

ersatzkasse magazin.

G20634



**„In Panik
zu verfallen, ist
nicht sinnvoll“**

Virologe Prof. Dr. Uwe
G. Liebert im Interview

Sozialwahlen

Stimmabgabe online ist
ein Meilenstein

Pflege: Im Heim oder zu Hause

Die Weichen für die Zukunft der Pflege müssen jetzt gestellt werden.
Entsprechende Reformvorschläge werden diskutiert. In dem Zuge gilt es,
auch die häusliche Pflege stärker mit in den Blick zu nehmen

GKV-Finanzlage

Zusätzliche Steuer-
zuschüsse erforderlich

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 360 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und 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
@vdek_Presse

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 16-111
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

Schleifufer 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,

So langsam bereiten sich die Parteien auf die Bundestagswahl im Herbst 2021 vor. Einige Gesetzesvorhaben werden wohl in dieser Legislaturperiode nicht mehr realisiert werden, etwa eine umfassendere Krankenhausreform oder die Reform der Notfallversorgung. Durch Corona sind andere Themen in den Vordergrund gerückt, vor allem was die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im nächsten Jahr anbelangt. Hier wurde kurzerhand ein Maßnahmenpaket aus Steuerzuschüssen, Entnahmen aus den Rücklagen der Krankenkassen und einem Anstieg der Zusatzbeiträge zur Stabilisierung der GKV-Finzen im Kabinett verabschiedet, das insbesondere in der Sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen für Kritik gesorgt hat. Denn klar ist, dass die Steuerzuschüsse in Höhe von fünf statt der benötigten 16,6 Milliarden Euro nicht ausreichen werden, um die Einnahmeausfälle und Ausgabenanstiege durch die Corona-Pandemie zu kompensieren.

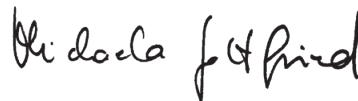
Lange erwartet, aber dann doch überraschend stellte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang Oktober in der Bild am Sonntag Eckpunkte für eine Pflegereform vor. Einen Zeitplan für das Gesetz gibt es allerdings nicht. Vorgesehen ist unter anderem, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen zu deckeln und eine Tarifpflicht für ambulante und stationäre Pflegedienste einzuführen. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, aber wohl nicht ausreichend, um die Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest zu gestalten und das Problem der Eigenanteile umfassend zu lösen. Immer mehr wird in der Diskussion um die Pflege auch gefordert, die häusliche Pflege nicht zu vernachlässigen. Ein wichtiges

Thema, denn gerade während der Pandemie waren private Haushalte überlastet.

Bei der Sozialen Selbstverwaltung und den Sozialwahlen stehen einige „historische“ Reformen an. Laut eines aktuellen Gesetzesentwurfs sollen die Wahlen mit direkter Wahlhandlung (Urwahlen) gestärkt und eine Geschlechterquote eingeführt werden. Die bereits beschlossene Einführung von Online-Sozialwahlen 2023 (alternativ zur Briefwahl) als Modellprojekt wird die Sozialwahlen modernisieren. Die Ersatzkassen haben bereits entsprechende Satzungsbeschlüsse getroffen. Prof. Dr. Christoph Bieber sieht das als eine echte Chance für einen Neustart der Diskussion um die digitale Modernisierung von Wahlen in Deutschland.

Währenddessen rollt die zweite Corona-Welle auf uns zu, die politischen Maßnahmen sind teilweise nicht mehr überschaubar. Was haben Virologen und Politik gelernt, welche Erfahrungen wurden gesammelt? Der Virologe Prof. Dr. Uwe G. Liebert vom Universitätsklinikum Leipzig warnt vor zu viel Lockerungen, beruhigt aber auch: Das Wissen um das Virus nehme Tag für Tag zu, es werde weltweit an Impfstoffen und Therapien geforscht und die Menschen wissen, wie sie sich schützen können. Da ist also noch Durchhaltevermögen gefragt verbunden mit dem Appell, sich (weiterhin) verantwortungsbewusst und solidarisch zu verhalten, um zusammen gut durch den Herbst und Winter zu kommen, meint

Ihre



Michaela Gottfried



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

5. Ausgabe 2020

POLITIK

G-BA: Ausweitung der Sicherstellungszuschläge	6
Leistungskatalog: Apps auf Rezept	7
Sozialgarantie2021: Kritik am Maßnahmenpaket	8
Aktuelle Gesetzesvorhaben	9
Zusätzliche Steuerzuschüsse	10
Aus der Corona-Krise lernen	12
Interview mit Virologe Prof. Dr. Uwe G. Liebert	14
RESIST: Rückgang der Antibiotika-Verordnungen	18
Spielraum für innovative Versorgung	20
Einwurf: Der Umsetzung steht nichts im Wege	21

AUS DEN KASSEN

Trotz Corona sinkt Angst vor Klinikaufenthalt	22
--	----

IM FOKUS SOZIALWAHLEN

Historische Reform	26
Ein Vorbild für politische Wahlen?	28
FAQ zu Online-Sozialwahlen	30

TITEL PFLEGE: IM HEIM ODER ZU HAUSE

Konzept für zukunftssteife Finanzierung	32
Pflegereform: Deckelung des Eigenanteils	34
Mehr Personal für die vollstationäre Pflege	35
Gemeinwohl in den Fokus rücken	36
Gewaltprävention gehört in die Pflegeausbildung	38
ReKo: Zentrale Organisation von Pflege	40

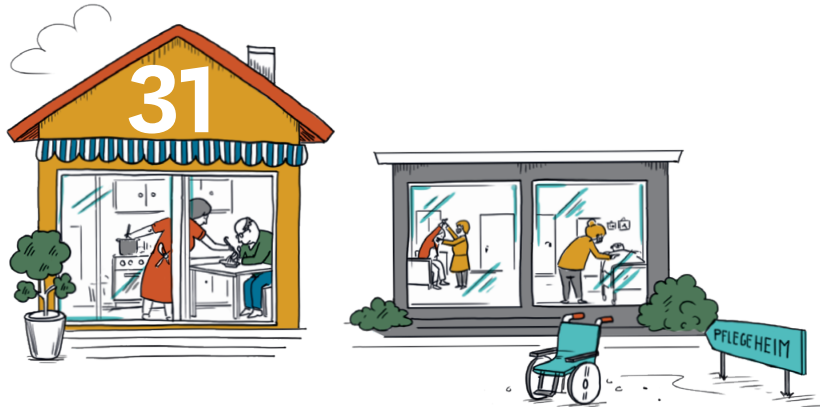
VERMISCHTES

Brachytherapie als Alternative	41
Für Sie gelesen: Bibliothek	42
Steckbrief: Dr. Melanie Leonhard	45
PS: Wohl bekomms!	46

TITELTHEMA

Pflege: Im Heim oder zu Hause

Die Weichen für die Zukunft der Pflege müssen jetzt gestellt werden. Gesundheitsminister Jens Spahn hat erste Vorschläge für eine Reform bekannt gegeben, die unter anderem eine Deckelung des Eigenanteils für die stationäre Pflege beinhalten. Daneben sieht der Kabinettsentwurf zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege neue Stellen für Pflegehilfskräfte vor. Der Blick muss aber auch stärker auf die häusliche Pflege gerichtet werden. Zudem braucht es innovative Projekte wie das Regionale Pflegekompetenzzentrum (ReKo) und Ansätze für gewaltfreie Pflege.



INTERVIEW

„In Panik zu verfallen, ist nicht sinnvoll“

Mit Blick auf die Herbst- und Wintermonate sowie die steigenden Infektionszahlen plädiert der Leipziger Virologe Prof. Dr. Uwe G. Liebert dafür, Ruhe zu bewahren. Jeder Einzelne könne dazu beitragen, das Infektionsrisiko zu minimieren, appellierte Liebert im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Anders als noch im Frühjahr sei jetzt hinreichend bekannt, wie sich die Menschen schützen können. Zur Eindämmung der Pandemie und zur Vermeidung eines zweiten Lockdowns sprach sich der Virologe für bundesweit einheitliche Regelungen aus.

IM FOKUS

Meilenstein Online-Sozialwahlen

Es ist ein echter Fortschritt und Ausdruck unserer Lebenswelt im digitalen Zeitalter, dass bei den Sozialwahlen 2023 als Alternative zur Briefwahl auch online gewählt werden kann. Es kann die Chance sein für einen Neustart der Diskussion um die digitale Modernisierung von Wahlen in Deutschland. Experimente zur digitalen Stimmabgabe hat es in der Vergangenheit schon gegeben. Eine ausgewogene Repräsentanz von Frauen und Männern zu erreichen, ist ein weiterer Meilenstein zur Modernisierung der Sozialwahlen und der Sozialen Selbstverwaltung.





DSVAE

Stellungnahme zum Demografiebericht

Die EU-Kommission hatte im Sommer 2020 ihren Demografiebericht vorgelegt, der zuvor aufgrund der Corona-Pandemie verschoben worden war. Zentrales Ergebnis des Berichts ist, dass in Europa der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung rückläufig ist. Aus diesem Grund müssten die Gesundheits- und Fürsorgesysteme angepasst werden, um die Herausforderungen der Finanzierung steigender altersbedingter öffentlicher Ausgaben zu begegnen. Regional seien außerdem unterschiedliche Bevölkerungsentwicklungen zu erwarten, die neue Chancen und Herausforderungen in Bezug auf Investitionen, Infrastruktur und Zugang zu Dienstleistungen auf tun.

Die Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (DSVAE) veröffentlichte zu diesem Bericht kürzlich eine Stellungnahme, in der sie für den Gesundheitsbereich ausreichende finanzielle Mittel und Investitionen für eine effiziente gesundheitliche und pflegerische Versorgung fordert. Darüber hinaus werden Konzepte für generations- und zielgruppenbezogene Präventions- und Versorgungsangebote, der erweiterte Einsatz von Telemedizin und digitaler Assistenzsysteme sowie eine verstärkte europäische Zusammenarbeit in den Bereichen Forschung und Digitalisierung gefordert.

Der Demografiebericht leitet weitere Arbeiten der EU-Kommission zu diesen Themen ein. Insbesondere wird er die Grundlage für ein Grünbuch über das Altern und die langfristige Planung für den ländlichen Raum bilden.

Der Bericht bestätigt den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) darin, durch gezielte Maßnahmen im Bereich Prävention, Pflege und Gesundheitsversorgung eine umfassende, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und solidarische und altersgerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen. *pm*

www.dsv-europa.de

MORBI-RSA

Sterbekosten als Regionalfaktor bleiben enthalten

Der 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist seit seiner Einführung kontinuierlich weiterentwickelt und ständig überprüft worden. Mit dem im letzten Jahr beschlossenen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) steht für das Jahr 2021 eine umfangreiche Reform des Finanzausgleichsverfahrens an. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat Ende September 2020 das Klassifikationsmodell für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) veröffentlicht. Dieses berücksichtigt auch das Merkmal „Sterbekosten“ als Regionalvariable als wichtigsten Erklärungsfaktor für regionale Ausgabenunterschiede.

Zuvor hatten vier Ortskrankenkassen kurzfristig mit einem Rechtsgutachten versucht, das BAS dazu zu bewegen, die Sterbekosten nicht wie geplant zu berücksichtigen. Die Ersatz- und Betriebskrankenkassen reagierten daraufhin mit einem Gegengutachten, dass die Rechtmäßigkeit des BAS-Vorgehens bestätigt. Entsprechend gelangte das BAS zu dem Ergebnis, die Sterbekosten als zu berücksichtigende regionale Risikokomponente beizubehalten. *ake*

www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/2021/03_Klassifikation_AJ2021_Festlegung.zip

www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/glossar/Morbi-RSA/vdek-bkk-gutachten-risikostrukturausgleich.pdf

> Seite 21

Die aktuelle Zahl

36

Die Zahl der Intensivbetten in Deutschland ist laut Destatis von 1991 bis 2018 um 36 Prozent gestiegen.

G-BA

Ausweitung der Sicherstellungszuschläge

Künftig gehören auch Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zum Basisangebot, das Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen für eine optimale Versorgung vorhalten sollen. Darauf hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anfang Oktober verständigt und den Umfang der sogenannten Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung erweitert.

Mit Sicherstellungszuschlägen werden jene Krankenhäuser im ländlichen Raum zusätzlich finanziell durch die Krankenkassen unterstützt, die aufgrund einer geringen Auslastung nicht kostendeckend arbeiten, für die regionale Versorgung der Bevölkerung aber notwendig sind. Um die Zuschläge mit den Krankenkassen zu vereinbaren, müssen die Krankenhäuser ein Defizit nachweisen und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Bisher hatte der G-BA als basisversorgungsrelevante Leistungen eines Krankenhauses im Sinne der Sicherstellungszuschläge bereits die Fachabteilung für Innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung und/oder eine Geburtshilfe oder Gynäkologie als Voraussetzung definiert.

„Mit diesem Beschluss zu den Sicherstellungszuschlägen helfen wir, bundesweit ein gutes Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche anzubieten“, erklärte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Bedarfsplanung. Trotzdem gelte: Sicherstellungszuschläge seien keine Garantie für den Bestand eines Krankenhauses und könnten keine Versäumnisse bei der Krankenhausplanung korrigieren. „Mit den durch das Versorgungsverbesserungsgesetz geplanten Änderungen können die Sicherstellungszuschläge für die Kinder- und Jugendmedizin richtigerweise zeitnah vereinbart werden und ihre Wirkung bereits 2021 entfalten“, so Hecken. *pm*

www.g-ba.de

Einsicht des Monats

„Nicht nur eine Infektion selbst kann krank machen, sondern auch die Sorge davor.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn anlässlich der „Offensive Psychische Gesundheit“, an der sich über 50 Institutionen aus dem Bereich Prävention beteiligen, um den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Belastungen stärker zu thematisieren.

LEISTUNGSKATALOG

Apps auf Rezept

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die ersten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zugelassen hat und sie somit allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Kassenleistung zur Verfügung stehen. Mit der Zulassung können Ärzte und Psychotherapeuten ab sofort eine DiGA zur Behandlung von Angststörungen beziehungsweise von Tinnitus verordnen, wenn dies medizinisch sinnvoll ist. Versicherte haben ebenfalls die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenübernahme direkt bei ihrer Krankenkasse zu stellen.

„Apps auf Rezept‘ sind ein wichtiger Baustein, um die Versorgung der Versicherten mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten zu verbessern“, sagte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Die zügige Aufnahme erster Anwendungen in den GKV-Leistungskatalog zeigt, dass die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens Fahrt aufnimmt. Damit sind wir weltweit Vorreiter.“

In den kommenden Wochen wird das BfArM über die Zulassung weiterer DiGA entscheiden. „Dadurch werden sich für viele Versicherte, vor allem mit chronischen Erkrankungen, neue Behandlungsoptionen ergeben“, so Elsner. Oberste Prämisse müsse jedoch immer sein, dass die Anwendungen einen nachweislichen medizinischen Nutzen haben und den höchsten Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit entsprechen. *pm*

STRATEGIE

Globale Gesundheit gemeinsam gestalten

Die Gesundheitssicherheit international zu verbessern und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu stärken – das sind wesentliche Ziele der Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit, die das Kabinett am 7. Oktober 2020 verabschiedet hat. Unter dem Titel „Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“ wird darin ein Leitbild für die Zeit bis 2030 formuliert. Zur Halbzeit soll eine Überprüfung erfolgen.

Mit der Strategie werden die Ziele und Prioritäten der Bundesregierung an neue Herausforderungen wie die Corona-Pandemie und den Klimawandel angepasst und zukunftsgerichtet weiterentwickelt. Die Prioritäten der Bundesregierung umfassen:

- Gesundheit und Prävention fördern
- sich für eine Minderung der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels einsetzen
- Gesundheitssysteme stärken und eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einem diskriminierungsfreien Zugang für alle ermöglichen
- sich langfristig und umfassend für den Schutz der Gesundheit, einschließlich des Schutzes vor Epidemien und Pandemien, einsetzen und sein Engagement in der humanitären Gesundheitshilfe fortsetzen
- Forschung und Innovation für globale Gesundheit vorantreiben

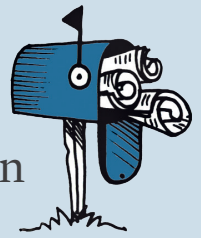
„Gesundheitsgefahren machen im 21. Jahrhundert nicht an Grenzen halt“, erklärte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

„Deshalb wollen wir den Gesundheitsschutz globaler denken, das ist eine zentrale Lehre aus der Corona-Pandemie. Neben nationalen Strategien brauchen wir eine verstärkte internationale Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik. Nur so können wir die Gesundheitssysteme weltweit widerstandsfähiger machen. Dazu gehört, die WHO zu reformieren und handlungsfähiger zu machen.“ *pm*

www.bundesgesundheitsministerium.de/Strategie-Globale-Gesundheit.pdf

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Pflege

„Im Kern geht es bei dieser Debatte darum, was für ein Land Deutschland sein soll, wie es mit seinen Schwächsten umgeht. Die Pflege im Alter mehr über Steuern zu finanzieren würde zeigen: Sie ist wie die Kindheit in der Schule kein Risiko, das es zu versichern gilt, sondern eine Zeit, in der sich die Menschen auf den Staat verlassen können. Es bleibt dann genug Zeit für Risiko in den Phasen dazwischen, das dann umso furchtloser einzugehen nebenbei jenes Wirtschaftswachstum begründen kann, das die Sicherheit in anderen Lebensphasen finanziert.“

DIE ZEIT, 8.10.2020

Öffentlicher Gesundheitsdienst

„Covid-19 hat nun eindrücklich gezeigt, wie gefährlich es ist, wenn sich der Staat aus öffentlichen Aufgaben zurückzieht und gesellschaftliche Risiken sowie die entsprechenden Kosten dem Einzelnen aufbürdet. Die Stärkung des ÖGD war überfällig. Sie muss aber über die Covid-19-Krise hinausreichen, um gesundheitliche Folgen der wachsenden sozialen Ungleichheit abzufedern.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 6.10.2020

Impfstoffe

„Es ist ja noch kein Impfstoff gegen das Coronavirus zugelassen. Keiner weiß, ob der Impfstoff bei minus siebzig Grad gekühlt werden muss oder nicht. Oder wie effektiv er sein wird, ob er nur schwere Verläufe verhindert oder die Ansteckung überhaupt. Trotzdem können die Mitglieder der Stiko abschätzen, was ungefähr passieren wird. Zum Beispiel, dass der Impfstoff am Anfang nicht für alle reicht, weil die Hersteller für den Weltmarkt produzieren und weil ihre Möglichkeiten endlich sind.“

FRANKFURTER ALLGEMEINE SONNTAGSZEITUNG, 4.10.2020



EINHALTUNG DER SOZIALGARANTIE 2021

Kritik an Maßnahmen der Bundesregierung

Für das Jahr 2021 wird eine Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 16,6 Milliarden Euro erwartet. Ursache sind vor allem die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Einnahmen und Ausgaben; hinzu kommen Ausgabenanstiege durch zahlreiche Reformgesetze der letzten Jahre. Laut der sogenannten Sozialgarantie 2021 der Bundesregierung sollen die Beiträge zur Sozialversicherung insgesamt jedoch nicht über 40 Prozent steigen. Ein aktueller Gesetzentwurf sieht nun ein Maßnahmenpaket aus Steuerzuschüssen, Entnahmen aus den Rücklagen der Krankenkassen und zuletzt einem Anstieg der Zusatzbeiträge zur Einhaltung der Sozialgarantie vor. Die Verwaltungsräte von GKV-Spitzenverband und Ersatzkassen halten die Maßnahmen für sozial unausgewogen und kritisieren die staatlichen Eingriffe auf die Autonomie der Sozialen Selbstverwaltung.

Das Maßnahmenpaket ist Teil des vom Kabinett am 23. September 2020 beschlossenen Gesetzentwurfes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG). Demzufolge ist vorgesehen, dass fünf der benötigten 16,6 Milliarden Euro vom Bund zur Verfügung gestellt werden. Acht Milliarden Euro sollen den aus Beiträgen gebildeten Rücklagen der einzelnen Krankenkassen entnommen werden. Die restlichen drei Milliarden Euro sollen durch höhere Zusatzbeträge ab 2021 geschultert werden.

„In Summe sollen Versicherte und Arbeitgeber also mit elf Milliarden Euro die Hauptlast der Pandemie-Folgen tragen. Angesichts der Herausforderungen, die die Corona-Krise auch in wirtschaftlicher Hinsicht an die gesamte Gesellschaft stellt, ist diese einseitige Belastung nicht akzeptabel“, kritisieren die Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Uwe Klemens und Dr. Volker Hansen. Die vorgesehene Abführung von acht Milliarden Euro aus dem Vermögen der einzelnen Krankenkassen stelle zudem einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten GKV dar. Es werde ein fatales Signal an die Krankenkassen gesendet, die Rücklagen in rechtlich zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise gebildet haben.

Ähnlich klar positionieren sich die Vorsitzenden der Verwaltungsräte von Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Handelskrankenkasse (hkk) und Hanseatische Krankenkasse (HEK) gegen die vorgesehenen Pläne zur Schließung der Milliardenlücke im Gesundheitssystem. Sie lehnen den „weiteren massiven, staatlichen Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung“ ebenso wie eine unverhältnismäßige Belastung der Beitragszahler gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) und Steuerkasse vehement ab. Das politische Versprechen „Sozialgarantie“ dürfe nicht auf Kosten von Beitragszahlern und Selbstverwaltung gehen.

„Die zentralen Finanzentscheidungen in der GKV trifft die Selbstverwaltung – mit diesem Grundsatz, nach dem Beitragszahler mitbestimmen, haben wir ein stabiles Gesundheitssystem aufgebaut, das sich auch während der Pandemie bewährt hat. Dass nun an diesem Grundsatz gerüttelt werden soll, ist ein Schlag ins Gesicht aller, die für das Solidarsystem eintreten“, so die Verwaltungsratsvorsitzenden. Eine Nachbesserung des Maßnahmenpakets sei dringend erforderlich. *ake*

[> Seite 10](#)

HONORARVERHANDLUNGEN

Schwierige Vorzeichen

Die Honorarverhandlungen im Bewertungsausschuss für die 175.000 in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in Deutschland haben unter schwierigen Vorzeichen stattgefunden. Die Finanzsituation der Krankenkassen ist aufgrund der coronabedingten Einnahmeausfälle angespannt. Hinzukommen für das Jahr 2021 erwartete Mehrkosten in Milliardenhöhe aufgrund zahlreicher gesetzlicher Neuregelungen sowie weiterer Unsicherheiten in der Ausgabenentwicklung durch die Pandemie.

Angesichts dieser Situation hatte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgeschlagen, für das Jahr 2021 auf eine Anpassung des Orientierungswerts als Indikator der Praxis-kostenentwicklung zu verzichten. Da die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) jedoch eine Erhöhung um drei Prozent forderte, muss der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) unter Leitung von Prof. Dr. Jürgen Wasem angerufen werden.

Das Schiedsgremium setzte am 15. September 2020 eine Erhöhung des Orientierungswertes um 1,25 Prozent fest. Dies entspricht einem Finanzvolumen von 465 Millionen Euro und liegt damit etwa 20 Prozent unter der Erhöhung des Vorjahres. Hinzukommt zusätzlicher Behandlungsbedarf aufgrund der steigenden Morbidität der Versicherten von bundesweit rund 40 Millionen Euro. Außerdem beschloss der EBA auf Drängen der Krankenkassen ein Verrechnungsverfahren, mit dem unter bestimmten Voraussetzungen ab dem vierten Quartal 2020 coronabedingte Mehrkosten, etwa im hausärztlichen Bereich, mit möglichen Leistungsrückgängen bei anderen Fachgruppen verrechnet werden können.

Auf Basis dieser Beschlüsse laufen seit Anfang Oktober die regionalen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Aufgrund der Beschlüsse auf Bundesebene besteht aus Sicht der Ersatzkassen dort jedoch kein Spielraum für weitere Vergütungssteigerungen. *bij*

ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

- Kern ist die Verankerung der Gleichpreisigkeit von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowohl in inländischen Vor-Ort-Apotheken als auch von ausländischen Versandapotheken in der Europäischen Union (EU) im Sozialgesetzbuch V. Versandapotheken dürfen demnach gesetzlich Versicherten keine Rabatte mehr auf rezeptpflichtige Arzneimittel gewähren.
- Apotheker erhalten für zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen (beispielsweise für die pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie) extra Geld. Hierfür stehen 150 Millionen Euro netto zur Verfügung.
- Enthalten sind ergänzende Regelungen zu Arzneimittelabgabeautomaten und für die Zubereitung von Parenteralia zur Erhöhung der Versorgungs- und Patientensicherheit.

Kabinettsentwurf vom 17. Juli 2019

Inkrafttreten: Nach Verkündung

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege – Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Liquiditätshilfen von Zahnärzten (eingeführt mit dem Covid-19-Bevölkerungsschutzgesetz), sodass sichergestellt ist, dass auch nach Auslaufen der entsprechenden Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (zum 31. März 2021) der Ausgleich möglicher Überzahlungen aus 2020 geleistet werden kann.
 - Erweiterung der Spielräume von Krankenkassen bei dem Abschluss von Selektivverträgen mit dem Ziel, regionale Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.
 - Aus Beitragsmitteln soll ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt werden. Von 2021 bis 2023 soll den Krankenhäusern pro Jahr 65 Millionen Euro für die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen zur Verfügung stehen.
 - Kinder- und jugendmedizinische Stationen/Kliniken sollen in die Sicherstellungszuschläge ländlicher Krankenhäuser aufgenommen werden. Jeweils zum 30. Juni wird eine Liste von Krankenhäusern erstellt, die pauschal 400.000 Euro zusätzlich erhalten, wenn sie für eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum notwendig sind, aber zu geringe Fallzahlen aufweisen.
 - Umsetzung der ersten Stufe zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege (SOCIUM-Studie). Ziel ist die Finanzierung von etwa 20.000 Altenpflegehilfskräften.
 - Maßnahmen zur Umsetzung der Sozialgarantie 2021: Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragsätze werden diejenigen Krankenkassen verpflichtet, deren Rücklagen über dem Grenzwert von 40 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe liegen, 66,1 Prozent aller darüber liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abzuführen. Außerdem wird die Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen, die bisher bei 100 Prozent einer durchschnittlichen Monatsrücklage lag, auf 80 Prozent abgesenkt. Stufenweise Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich.
- Kabinettsentwurf vom 23. September 2020
Inkrafttreten: Stufenweise ab Kabinettsbeschluss
> [Seiten 20 und 35](#)

Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)

- Beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wird ein Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) eingerichtet, dem ab 1. Januar 2021 drei Milliarden Euro an Bundesmitteln zur Verfügung stehen. Damit sollen Investitionen der Kliniken in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur gefördert werden. Die Länder und/oder Krankenhausträger übernehmen 30 Prozent der jeweiligen Investitionskosten. Die Länder können bis Ende 2021 Förderanträge stellen.
 - Vorhaben an Hochschulkliniken können mit bis zu zehn Prozent des Fördervolumens des Landes gefördert werden.
 - Der Stand der Digitalisierung der Krankenhäuser wird zum 30. Juni 2021 und 30. Juni 2023 evaluiert.
 - Erlösrückgänge der Krankenhäuser, die ihnen in diesem Jahr gegenüber dem Vorjahr wegen der Corona-Pandemie entstanden sind, können geltend gemacht und ausgeglichen werden.
 - Für Mehrkosten von Krankenhäusern aufgrund der Corona-Pandemie, die nicht anderweitig ausgeglichen werden, können für den Zeitraum 1. Oktober 2020 bis Ende 2021 krankenhaushausindividuelle Zuschläge vereinbart werden.
 - An die Krankenhauspflegekräfte wird ein Corona-Bonus ausgezahlt.
- Kabinettsentwurf vom 2. September 2020
Inkrafttreten: Stufenweise ab 1. Oktober 2020
> [Seite 12](#)

FINANZLAGE 2021

Zusätzliche Steuerzuschüsse erforderlich

Mit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 ist schnell klar geworden, dass dadurch in diesem und dem nächsten Jahr Mehrausgaben und ein erheblicher Finanzdruck auf die Leistungserbringer und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgelöst werden. Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen ist aus heutiger Sicht neben den bis jetzt schon eingebrachten Mitteln ein weiterer Steuerzuschuss in Höhe von 16,6 Milliarden Euro nötig.

/Text/ Manfred Baumann

Der entstehende Finanzdruck bei den Krankenkassen wurde in einem Ministergespräch am 4. September 2020 dargestellt. Das Ergebnis: Gesundheitsminister Jens Spahn wird sich für zusätzliche Steuermittel für die GKV zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes beim Finanzministerium einsetzen. Denn die Bundesregierung hat in den Koalitionsvereinbarungen fixiert, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht über 40 Prozent ansteigen darf.

Ausgabenseite

Coronabedingt ist auf der Ausgabenseite einerseits die Inanspruchnahme von Leistungen zurückgegangen, im Krankenhaussektor und im Reha-Bereich wurden planbare Leistungen zur Schonung von Kapazitäten bei Betten und Personal aufgeschoben. Für die damit verbundenen Ausgabenausfälle wurden schnell für die verschiedenen Leistungserbringergruppen durch die Bundesregierung Schutzschirme aufgespannt, die zum Teil direkt aus

Bundesmitteln oder aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wurden. Andere coronabedingte Nettomehrausgaben, wie etwa Schutzausrüstung, symptomabhängige Test- und Impfkosten, sind von den Krankenkassen zu tragen.

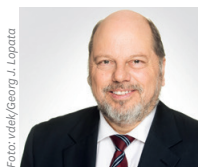
Einnahmeseite

Auf der der Einnahmeseite sind aber insbesondere durch den stärksten Konjunkturerinbruch seit Bestehen der Bundesrepublik Beitragsgrundlagen für die GKV weggebrochen, die aufgrund der speziellen Finanzierungsmechanik der GKV im Wesentlichen nicht in 2020 (die in 2019 geschätzten Zuweisungen an die Krankenkassen stehen fest), aber in 2021 zu Buche schlagen werden. Die Beitragsminderereinnahmen 2021 werden die Zuweisungshöhe an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds bestimmen. Die fast stagnierende Einnahmeentwicklung und die ungebremsst fortschreitende Ausgabenentwicklung werden die Deckungslücke bei den Krankenkassen vergrößern.

Die Ergebnisse der von Bundesgesundheitsministerium (BMG) und GKV gemeinsam getroffenen Einschätzung der finanziellen Lage für den Gesundheitsfonds beziehungsweise die Liquiditätsreserve und die Krankenkassen werden im Folgenden erläutert.

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Anfang des Jahres belief sich der Mittelbestand auf 10,2 Milliarden Euro. Diese Reserven wurden genutzt, um Schutzschirme für Leistungserbringer und bestimmte coronabedingte Ausgaben zu finanzieren (-2,4 Milliarden Euro). Aus der Liquiditätsreserve werden vor allem auch die Minderbeitrageinnahmen der GKV infolge des Konjunkturerinbruchs finanziert, denn die Zuweisungen an die Krankenkassen sind festgelegt (-3,7 Milliarden Euro). Die Mindereinnahmen bei den Beiträgen aus Versorgungsbezügen in Höhe von geschätzten -1,1 Milliarden Euro gehen auch zulasten der Liquiditätsreserve. Da die Liquiditätsreserve eine Mindestreserve von 4,3 Milliarden Euro nicht unterschreiten darf, wurde im Sommer 2020 kurzfristig ein Sonderbundeszuschuss in Höhe von 3,5 Milliarden Euro



Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek

beschlossen. Ende 2020 könnte sich letztendlich schätzungsweise ein neuer Mittelbestand in Höhe von 5,6 Milliarden Euro ergeben.

Bereits heute sind weitere gesetzlich vorgegebene Entnahmen aus der Liquiditätsreserve vorgesehen. Die Rücklagen könnten Ende 2021 in etwa auf die Höhe der Mindestreserve von über vier Milliarden Euro absinken.

Fazit: Damit entsteht zurzeit kein weiterer Handlungsbedarf zur Auffüllung der Liquiditätsreserve auf die gesetzlich vorgegebene Mindestreserve.

Krankenkassen

Im ersten Halbjahr 2020 wiesen die Krankenkassen einen Überschuss von 1,3 Milliarden Euro aus. Dieser resultiert aus der Corona-Situation mit den temporär entstandenen Leistungsausfällen mit entsprechend geringeren Abrechnungen im ambulanten und stationären Bereich. Für das Gesamtjahr 2020 kann aber nicht mit einem Überschuss gerechnet werden, umgekehrt muss infolge der allgemeinen Kostenentwicklung und der verschiedenen Gesetzeswirkungen (insbesondere durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)) mit einem Defizit von bis zu drei Milliarden Euro gerechnet werden.

Für die Ausgaben der Krankenkassen 2020 wird ein Volumen von 258,2 Milliarden Euro (+4,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr) geschätzt. Daraus resultiert eine GKV-weite Unterfinanzierung der Krankenkassen in Höhe von rund -18 Milliarden Euro für das Jahr 2020. Diese Mittel sind über Zusatzbeiträge der Kassen aufzubringen. Der durchschnittliche GKV-Zusatzbeitragssatz 2020 würde sich unter den getroffenen Annahmen rechnerisch auf 1,2 Prozent belaufen. Damit liegt dieser 0,1 Prozent über dem vom BMG zum 1. November 2019 festgelegten durchschnittlichen GKV-Zusatzbeitragssatz nach §242a SGB V von 1,1 Prozent für 2020.

In der Ausgangssituation 2020 entsteht also schon ein Beitragssatzanpassungsdruck, der die Kalkulation 2021 mitbeeinflusst.

Der eigentliche Finanzdruck für die Krankenkassen entsteht in 2021, weil die

Zusätzlicher Finanzbedarf der Krankenkassen 2021

In Milliarden Euro

Geschätzte Zuweisungsrelevante Ausgaben	274,7
Zuwachs gegenüber 2020 (+6,2%)	+16,5
Davon Corona-Mehrausgaben (Tests, Impfungen, Behandlungen)	+3,4
Davon Normalisierung der Leistungserbringung gegenüber 2020	+2,5
Einnahmen aus Zuweisungen des Gesundheitsfonds	241,3
Veränderung zu 2020 (+0,4%)	+1,1
Deckungslücke	33,4
Rechnerischer deckender Zusatzbeitragssatz	2,2%
Geschätzter zusätzlicher Finanzbedarf aus Bundesmitteln für stabilen Zusatzbeitragssatz bei 1,1%	16,6

Quelle: GKV-Spitzenverband; Stand: 4. September 2020

konjunkturbedingten Minderbeitrageinnahmen 2020 und 2021 die Zuweisungen 2021 bestimmen. Die Einnahmen nehmen nach der Schätzung nur um 1,1 Milliarden Euro (+0,4 Prozent) zu (s. Kasten oben).

Als Effekte kommen Corona-Mehrausgaben und eine Normalisierung der Leistungserbringung hinzu.

Demgegenüber steigen nach den Schätzungen die Ausgaben um 16,5 Milliarden Euro (+6,2 Prozent). Als quasi von einer Normalentwicklung abweichende Effekte kommen Corona-Mehrausgaben und eine Normalisierung der Leistungserbringung hinzu. Daraus resultiert eine GKV-weite Unterfinanzierung der Krankenkassen in Höhe von -33,4 Milliarden Euro für das Jahr 2021. Diese Mittel wären über Zusatzbeiträge der Kassen aufzubringen. Die Deckungslücke der GKV wäre damit, insbesondere aufgrund der schwachen Einnahmenentwicklung, deutlich angewachsen. Der durchschnittliche GKV-Zusatzbeitragssatz 2021 würde sich unter den getroffenen Annahmen rechnerisch auf 2,2 Prozent belaufen, damit verdoppeln.

Fazit: Für das Ziel eines konstanten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wäre ein zusätzlicher Bundeszuschuss in Höhe von 16,6 Milliarden Euro für 2021 notwendig. Damit wäre die Voraussetzung geschaffen, gemäß Koalitionsvereinbarung den Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes über 40 Prozent hinaus zu verhindern. ■

KRANKENHAUSZUKUNFTSGESETZ

Aus der Corona-Krise lernen

Die Corona-Krise hat deutlich vor Augen geführt, wie wichtig eine gut ausgebaute, moderne und funktionierende digitale Infrastruktur in allen Lebensbereichen ist. Vor allem in Krankenhäusern ist sie für die Patientenversorgung und damit auch zur Bewältigung der Corona-Pandemie essenziell. Doch ist die Digitalisierung noch längst nicht überall da angekommen, wo sie dringend gebraucht wird. Dieses Defizit hat auch die Politik erkannt und brachte kurzerhand das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) auf den Weg.

/ Text / Agnes Kübler und Florian Ortmann

Im Fokus des KHZG steht der Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von drei Milliarden Euro, der die Förderung notwendiger Investitionen, insbesondere die Digitalisierung, in Krankenhäusern vorantreiben soll. Er sieht folgende Fördertatbestände vor:

- Technische und insbesondere informations-technische Ausstattung der Notaufnahmen
- Die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung, um die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation zu digitalisieren, sowie zur Einführung oder Verbesserung von Telemedizin, Robotik und Hightech-Medizin
- Die Informationssicherheit, gezielte Entwicklung und Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen konzeptionell aufeinander abzustimmen



Agnes Kübler
Abteilung Stationäre
Versorgung beim vdek



Florian Ortmann
Abteilung Stationäre
Versorgung beim vdek

- Gefördert werden können auch Vorhaben von Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind

Der Krankenhauszukunftsfonds soll wie der bisherige Strukturfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angesiedelt werden. Er speist sich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Allerdings findet hier eine Refinanzierung durch den Bund statt. Mindestens 15 Prozent der Fördermittel sind für IT-Sicherheitsprojekte zu verwenden. Die Länder müssen gemeinsam mit den Krankenhausträgern 30 Prozent der Fördersumme als Eigenbeteiligung beisteuern. Finanzmittel, die 2021 nicht abgerufen wurden, fließen wieder zurück in die Liquiditätsreserve. Diese Restmittel können in den Folgejahren im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds abgerufen werden. Zudem sollen sich die Länder dazu verpflichten, ihre Haushaltspositionen für Krankenhausinvestitionen in Höhe des Durchschnitts der Jahre 2016 bis 2018 beizubehalten. Die Wirkung des Zukunftsfonds soll im Hinblick auf den Reifegrad der Digitalisierung in den Krankenhäusern evaluiert werden. Das Gesetz sieht auch eine „digitale Umsetzungsverpflichtung“ der Krankenhäuser vor. Krankenhäuser, die bis zum 31. Dezember 2024 keine digitalen Dienste bereitstellen, sollen einen Abschlag von bis zu zwei Prozent auf den Rechnungsbetrag eines voll- oder teilstationären Falls zahlen. Der Strukturfonds soll bis 2024 verlängert werden; das Fördervolumen wird nicht erhöht.

Mit dem Krankenhauszukunftsfonds kommt der Bund einer jahrelangen Forderung der Ersatzkassen nach und greift den Ländern mit Steuermitteln unter die Arme, die nach der dualen Finanzierung für die Investitionsförderung der Kliniken zuständig sind. Allerdings darf nicht der Eindruck entstehen, dass mit dem Zukunftsfonds die allgemeine Investitionsförderpflicht der Länder erledigt sei. Das Gesamtfördermittelvolumen der Länder nimmt seit Jahrzehnten stetig ab, was zu einem erheblichen Investitionsstau in den Kliniken geführt hat. Dies hat zur Folge, dass Krankenhäuser ihre Investitionen aus den Betriebskostenzahlungen der Krankenkassen und damit der Beitragszahler

quersubventionieren und auch die Leistungsmenge ausweiten. Zudem werden Fixkosten eingespart, indem beispielsweise Pflegekräftestellen abgebaut werden. Vor diesem Hintergrund ist der Zukunftsfonds sehr zu begrüßen.

Allerdings wird der bisherige Investitionsstau der Länder dadurch allein nicht behoben. Es ist wichtig, dass sich die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht entziehen, weder im Rahmen des Zukunftsfonds durch eine mögliche Kostenabwälzung auf die Krankenhausträger noch bei künftigen Investitionszahlungen. Daher ist auch die geplante Abschlagszahlung für Krankenhäuser zu begrüßen, die keine digitalen Dienste anbieten. Die Politik will der Problematik der Querfinanzierung aus Beitragsgeldern entgegenwirken; Beitragsgelder sollen so wieder an die Krankenkassen zurückfließen können. Das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Zugleich müsste eine Absenkung der im Bundesdurchschnitt stark überhöhten Betriebskostenfinanzierung (DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten) erfolgen.

Abschlussbericht des Beirats

Es ist davon auszugehen, dass die Corona-Krise im nächsten Jahr noch nicht ausgestanden sein wird. Insofern ist die im KHZG geplante Regelung sinnvoll, wonach für 2020 anonymisierte Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser zu Auswertungszwecken veröffentlicht werden. Damit können die Auswirkungen der Pandemie genauer untersucht werden.

Diese Daten standen auch dem zur Evaluierung des Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes eingesetzten Expertenbeirat zur Verfügung. Dessen Bericht zufolge war die wichtigste Regelung die Freihaltepauschale, die die Krankenhäuser zur Kompensation ihres Erlösrückgangs aufgrund freigehaltener Kapazitäten zur Versorgung von Covid-19-Patienten erhielten. Diese Maßnahme war zum Zeitpunkt des Gesetzesentwurfs nachvollziehbar, da nicht abzusehen war, wie viele Betten zur Bewältigung der Pandemie benötigt würden, und da die Krankenhäuser gleichzeitig Liquidität benötigten,

etwa zur Beschaffung von Schutzausrüstungen. Allerdings war absehbar, dass 560 Euro pro leerstehendem Bett für viele Krankenhäuser mehr als den üblichen Durchschnittserlös darstellten. Der Beirat kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Erlössituation der Krankenhäuser in den ersten fünf Monaten 2020 im Schnitt um zwei Prozent gegenüber 2019 verbesserte. Nur große Krankenhäuser, wie etwa Unikliniken, beklagten Verluste.

Folgerichtig schlug der Beirat eine Differenzierung der Pauschale vor. Damit konnte die Disbalance reduziert werden. Eine zielgenauere und damit gerechtere Verteilung der Finanzhilfen kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Höhe der Mittel auf Hausebene festgelegt werden. Daher empfahl der Beirat, die Pauschale nach dem 30. September 2020 nicht weiterzuzahlen, sondern die Kliniken mittels eines individuell berechneten Corona-Ausgleichs vor Erlöseinbußen zu schützen.

Der Krankenhauszukunftsfonds ist bestens dazu geeignet, die Digitalisierung von Krankenhausprozessen kurzfristig voranzutreiben. Die Anpassung der Notaufnahmen an den Stand der Technik, ein digitales Medikationsmanagement und die Digitalisierung krankenhauserinterner Kommunikationswege tragen zu einer qualitativ besseren Patientenversorgung, zu einer Entlastung von Krankenhauspersonal sowie zu mehr Patientensicherheit bei. Die gegenwärtigen Strukturen der Krankenhausversorgung sind durch Überversorgung, zu viele – kleinere – Standorte gekennzeichnet. Bislang konnte der Pandemieverlauf die bestehende Überversorgung, insbesondere in den städtischen Gebieten im Krankenhausbereich, nicht rechtfertigen, auch weil ein Großteil der Covid-19-Patienten ambulant behandelt werden konnte. Zudem zeigte sich, dass die Krankenhausstrukturen flexibel waren, da in kurzer Zeit freie Kapazitäten geschaffen werden konnten. Ebenso wurde deutlich, dass innerhalb kürzester Zeit neue Kapazitäten geschaffen werden können, wie das Beispiel der intensivmedizinischen Behandlungsplätze zeigt. Die Pandemie sollte daher zum Katalysator werden, die Krankenhausstrukturen für die Zukunft effizienter als bisher zu gestalten. ■.

Die gegenwärtigen Strukturen der Krankenhausversorgung sind durch Überversorgung gekennzeichnet.



INTERVIEW

„In Panik zu verfallen, ist nicht sinnvoll“

Die erste Welle der Corona-Pandemie hat Deutschland vergleichsweise gut überstanden. Mit der dunklen Jahreszeit steigen die Infektionszahlen wieder, die Politik erlässt Beschränkungen, will aber drastische Maßnahmen verhindern.

Prof. Dr. Uwe G. Liebert ist Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Leipzig. Er spricht im Interview mit *ersatzkasse magazin*. über die Erfahrungen mit Pandemien, den Umgang der Bevölkerung mit dem Coronavirus sowie den Sinn von Maßnahmen.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

Die Auslastung der Bettenkapazität lag nur noch bei höchstens 60 Prozent.

Wie haben Sie die letzten Monate am Universitätsklinikum erlebt?

UWE G. LIEBERT Ab Mitte Januar dieses Jahres war uns Virologen klar, dass Corona eine Herausforderung wird. Ab Februar ging es richtig los, der Bedarf an Tests stieg rapide an, unser Klinikum bekam waschkörbeweise Proben, bis zu 800 Stück mehrfach am Tag. Die operativen Tätigkeiten wurden stark zurückgefahren, die Auslastung der Bettenkapazität lag nur noch bei höchstens 60 Prozent. Zugleich wurde eine Reihe von Corona-Patienten an uns überwiesen. Am Universitätsklinikum Leipzig wurde eine Station zu einer Corona-Station sowie eine weitere zu einer Triage-Zone umfunktioniert, also zu einer Art Zwischenunterkunft für Patienten, auf deren Testergebnisse man noch wartete. Es gab viele Corona-Patienten, die nur milde Symptome aufwiesen, aber wir hatten auch viele ältere von Corona betroffene Menschen, von denen nicht wenige auf die Intensivstation kamen.



Was unterscheidet diese Corona-Pandemie von anderen Pandemien?

2002 trat BSE auf, 2003 das erste SARS-Coronavirus, 2009 die Schweinegrippe. Bei diesen früheren Pandemien kannten wir die Erreger schon, sicherlich nicht im Detail, aber wir wussten, wohin der Hase läuft. Das aktuelle Coronavirus war in dem Sinne etwas Neues, das wir überhaupt noch nicht kannten, abgesehen von vier saisonalen Coronaviren, die seit mehr als 30 Jahren bekannt sind, immer im Winter auftauchen und mit ganz wenigen Ausnahmen keine schwere Erkrankungen nach sich ziehen. Wir Virologen haben schon immer vor einer weiteren Pandemie gewarnt, weshalb auch 2009 die Pandemiepläne eingerichtet wurden, allerdings nicht vollständig umgesetzt, wie sich jetzt herausstellte. Dazu zählt zum einen insbesondere die lokale und überregionale Vernetzung von Krankenhäusern und zum Zweiten eine angemessene Ausstattung – Digitalisierung, personale Ressourcen – der Gesundheitsämter.

Wurde das Coronavirus zu Beginn verharmlost?

Wir wussten einfach zu wenig. Als es mit Corona in Europa losging, gab es rund 80.000 Infizierte in Wuhan, mehr als elf Millionen Menschen waren in Quarantäne, Todesfälle gab es nur wenige. Als Corona Deutschland erreichte, verzeichnete man offiziell ungefähr 600 Todesfälle weltweit. Das war zwar eine relativ hohe Anzahl und vor allem unerwartet, aber es war auch nicht dramatisch. Was sich ziemlich schnell herausstellte war, dass 80 Prozent der älteren Menschen einen schweren Verlauf aufwiesen, ganz anders als bei Kindern und jüngeren Menschen bis 30. Gefährdet waren also vor allem alte Menschen. Allerdings zeigt die nun ansteigende zweite Welle, dass wir alle dazugelernt haben und insbesondere die älteren Menschen, deren Infektionszahlen gottlob nun recht gering sind, und daher gar nicht mehr so sehr die „Alten“ von Corona betroffen sind.

Woran liegt das?

Ich behaupte, dass die Älteren gelernt haben, dass sie Risikogruppe sind und dass sie wissen, wie sie sich schützen können. Man spricht ja von der AHA-Formel: Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmaske tragen. Die Maske ist das Wichtigste. Sie ist der beste Schutz für diejenigen, die sich nicht infizieren wollen, und

die beste Maßnahme für diejenigen, die infiziert sind, da sie so ein viel geringeres Risiko für andere darstellen. Daher ist die Maskenpflicht in bestimmten Situationen richtig. Das Zweite ist Abstand halten, auch wichtig, ganz klar. Nur wissen wir gar nicht, ob es anderthalb, zwei oder sechs Meter sein müssen. Da hantieren wir mit mehr oder weniger gegriffenen Zahlen, und das wird weiter untersucht im Zuge der Aerosol-Forschung, was wir an unserem Institut sehr intensiv machen. Und das Dritte ist die Händehygiene. Auch sie ist wichtig, aber steht hinsichtlich der Verbreitung des Virus nicht an erster Stelle. Kürzlich wurde der Formel das L für Lüftung hinzugefügt. Um die Konzentration der Viren zu vermindern, ist regelmäßiges Stoßlüften auf jeden Fall sinnvoll.

Dennoch steigen die Infektionszahlen. Worauf führen Sie das zurück?

Weil ich mit offenen Augen durch die Stadt gehe, sehe ich beispielsweise im Supermarkt große Menschengruppen an der Fleischtheke stehen, einige tragen ihre Maske unterhalb der Nase oder haben sie sogar am Kinn hängen und da kann man es gleich vergessen. Meiner Wahrnehmung nach sind es überwiegend die 30- bis 50-Jährigen, die ihre Maske unsachgemäß tragen. Während ältere Menschen sowie Schüler ihre Masken inzwischen wie selbstverständlich tragen. Diese Disziplin würde ich mir von allen wünschen. Denn wenn wir wissen, wie wir uns schützen können – was wir im Frühjahr noch nicht gut genug wussten –, dann gibt es für mich beispielsweise auch keine zwingende Notwendigkeit, Angehörige aus den Pflegeheimen fernzuhalten. Sicherlich sind Beschränkungen sinnvoll und nötig, aber keine allgemeine Aussetzung der Besuchsmöglichkeiten. Denn gerade ältere Menschen brauchen Kontakt und Austausch. Im Krankenhaus sieht es mit Besuch allerdings anders aus, weil es dort akut kranke Menschen gibt.

Wie stehen Sie zu einer Lockerung der Maßnahmen?

Wir sollten keinen Wettbewerb der Lockerungsübungen veranstalten. Das ist ein dringender Appell an die Politiker. Der Allgemeinbevölkerung wäre viel leichter zu vermitteln, dass wir den ersten Ansturm der Corona-Pandemie in Deutschland ganz gut geschafft haben und dass wir das jetzt nicht aufs Spiel setzen





Uwe Gerd Liebert, geboren am **10. Oktober 1954 in Düsseldorf**, hat Humanmedizin, Germanistik und Philosophie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, an der **Medical School der University of Manchester** und an der **Cornell University, School of Medicine, in New York** studiert. Nach der **Approbation 1980** war er bis 1984 am Neuropathologischen Institut und der Neurologischen Universitätsklinik sowie an der Queen's University in Belfast tätig. **1982** erfolgte die **Promotion**. Von **1986 bis 1995** arbeitete er am **Institut für Virologie und Immunbiologie der Universität Würzburg**. **1991** habilitierte er sich. **Seit 1995** ist Uwe G. Liebert der **Direktor des Instituts für Virologie der Universität Leipzig**.



können, indem wir alles Mögliche wieder erlauben. Sinnvoll wäre es gewesen, von vornherein zu sagen, dass man nicht in Risikogebiete fährt, also ein Reiseverbot statt einer Reisewarnung. Allerdings ist auch wichtig zu vermitteln, dass es nicht sinnvoll ist, in Panik zu verfallen. Viel zu viele Menschen haben viel zu viel Angst, und zwar unbegründete oder nur teilweise nachvollziehbare Angst. Aber Angst war nie ein guter Ratgeber. Sinnvoll ist zu fragen, was wir – und ich meine damit jeden Einzelnen von uns – tun können, um uns zu schützen und das Infektionsrisiko zu minimieren.

Diskutiert wird, ob es flächendeckende oder regional ausgerichtete Beschränkungen geben soll.

Ich bin für einheitliche Regeln für ganz Deutschland und keinen Flickenteppich. Wenn es einzelne Land- oder Stadtkreise gibt mit auffällig hohen Infektionsraten, muss es für diese verschärfte Regeln geben. Ich halte es auch aus Solidaritätsgründen für richtig, dass wir Bedingungen, die zum Beispiel in Bayern oder Nordrhein-Westfalen notwendig sind, auch in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen durchführen; wohlwissend, dass Mecklenburg-Vorpommern massiv abhängig ist vom Tourismus. Natürlich ist es schwer nachvollziehbar, wenn es in Regionen mit wenigen Fällen genauso scharfe Maßnahmen gibt wie in Regionen mit hohen Infektionszahlen. Aber ein Herd von Infektionen kann überall entstehen. Und wir wollen keinen weiteren landesweiten Lockdown, das ist ganz klar.

War im Rückblick der Lockdown richtig?

Da bin ich sehr nah bei den Politikern, in diesem Fall Gesundheitsminister Jens Spahn, der sagte, dass man in der Rückschau natürlich einiges anders machen würde. Wir haben dazu gelernt und neue Erkenntnisse gewonnen. Aber im März haben wir gesehen, wie die Erkrankungszahlen explodierten. Stellen Sie sich vor, es hätte keinen Lockdown gegeben und es wären weitaus mehr Menschen erkrankt und verstorben. Wissen Sie, die Leute, die da entscheiden müssen, in deren Haut möchte ich nicht in jedem Fall stecken. Im Prinzip versuchen sie, das zu tun, was zum jeweiligen Zeitpunkt richtig und wichtig erscheint, und das ist gut so.

Was halten Sie von der Corona-Warn-App sowie dem diskutierten Immunitätsausweis?

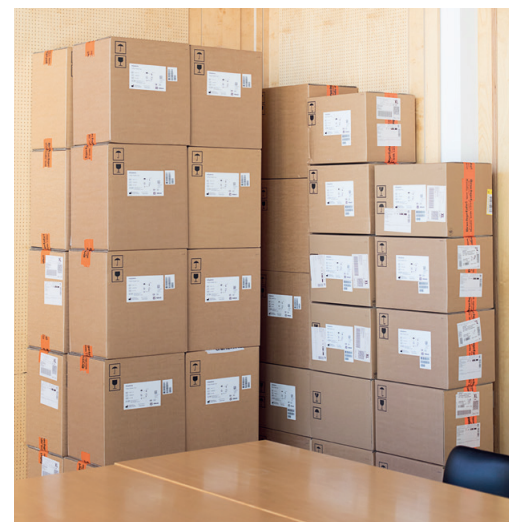
Die Corona-Warn-App halte ich für gut und nutze sie auch. Sie dient der Rückverfolgbarkeit und je mehr Menschen sich daran beteiligen, desto besser. Den Immunitätsausweis halte ich dagegen zum jetzigen Zeitpunkt für unsinnig. Die Immunität macht man am Nachweis von Antikörpern fest. Jedoch haben wir in unserem Patientengut bei einem Drittel der nachweislich infizierten Patienten zu keinem Zeitpunkt Antikörper gefunden. Was bedeutet, dass eine Immunität zumindest nicht leicht nachweisbar ist, wenn man sie denn überhaupt bekommt. Bei fast einem zweiten Drittel sehen wir nach acht, zehn, zwölf Wochen, dass der Antikörperspiegel progressiv und deutlich absinkt und zum Teil sogar unter die Nachweisgrenze.

Menschen könnten sich also erneut infizieren?

Viele Länder haben inzwischen gezeigt, dass es Zweitinfektionen gibt, teilweise sogar Drittinfektionen. Eine Patientin bei uns hatte Antikörper und hat sich trotzdem nach ungefähr acht Wochen neu infiziert. War es eine chronische Infektion, die wir nicht erkannt haben, oder eine echte Zweitinfektion? Das untersuchen wir jetzt, indem wir Virusproben aus der ersten und zweiten Infektion vergleichen und schauen, ob diese noch identisch sind.

Es heißt, dass sich ein Virus ein Stück weit anpasst an die Gesellschaft. Schwächt es sich mit der Zeit selbst oder kann unser Körper besser damit umgehen?

Es gibt sehr viele Beispiele, dass sich ein Virus durch Mutationen an seinen Wirt, also den Patienten, angepasst hat. Das Virus will seinen Wirt nicht umbringen, sonst kann es sich ja



nicht weiter vermehren. Letztlich geht es um ein parasitäres Wachstum, Virus und Wirt müssen sich miteinander arrangieren. Das ist dann gegeben, wenn das Virus den Wirt krank macht, aber nicht letal schädigt.

Ein gutes Signal ...

Trotzdem muss man es genau betrachten. Nehmen wir das Beispiel AIDS-Virus, das uns seit gut 40 Jahren bekannt ist. Die Menschen haben alles getan, damit sich das Virus möglichst wenig durch Mutation an den Menschen anpassen kann. Denn wir nutzen alle Möglichkeiten der Therapie, glücklicherweise. Aber dadurch verhindern wir zugleich, dass sich das AIDS-Virus an den Menschen anpasst. Und für das SARS-CoV-2 gilt: Das Anpassen an den Wirt – und damit Herdenimmunität – ist zumindest in Deutschland ethisch gar nicht vertretbar.

Entwicklung eines Impfstoffs oder Entwicklung von Therapien – worauf sollte der Fokus liegen?

Man muss das eine tun und das andere nicht lassen. Therapie ist absolut notwendig für schwerstkranken Menschen. Dafür muss man aber die Krankheit gut verstanden haben und da sind wir noch nicht am Ende der Fahnenstange, einiges verstehen wir einfach noch nicht. Doch nur aus Erkenntnissen leiten sich bestimmte Therapien ab. Und auch was den möglichen Impfstoff angeht, müssen wir wohl vielseitig weiterforschen. Neben den bisher bekannten Kandidatenimpfstoffen, die sich bereits in verschiedenen Phasen der Prüfung (zur Zulassung) befinden, sind meiner Erfahrung nach weitere innovative Ansätze erforderlich. Letztendlich wäre es gut und notwendig, mehrere Impfstoffe zur Verfügung zu haben. Daran wird weltweit in einer Vielzahl von Laboren geforscht.

Wann rechnen Sie mit einem Impfstoff?

Einen gibt es bereits, den russischen Impfstoff. Er hat den Vorteil, dass er aus einer staatlichen Institution heraus kommt, damit ist theoretisch alles nachvollziehbar, es gibt weder Patente noch Firmengeheimnisse, die zwischen Anwendung und Herstellung stehen. Ich sage aber ausdrücklich nicht, dass dieser Impfstoff wirkt und keine Nebenwirkungen hat, und ich sage auch nicht, dass es eine tolle Idee war, den Impfstoff so frühzeitig zu vermarkten. Es ist unheimlich wichtig, dass die Nebenwirkungen bis ins Letzte untersucht

werden. Und mögliche Impfstoffe müssen vor der Zulassung in Deutschland, in Europa, in Nordamerika, in mehreren Ländern der Welt getestet werden. Denn je nachdem, wo die Menschen leben, ob in Europa oder Australien oder Afrika, reagieren sie unter Umständen unterschiedlich auf den Impfstoff.

In welcher Rolle sehen Sie die Virologen, wenn es um Aufklärung geht, mit Blick auf Politik und Bevölkerung?

Wenn es um Politik geht, glaube ich, haben wir Virologen eine Bringschuld. Ein großer Teil von uns wird durch Steuergelder bezahlt und da müssen wir was zurückgeben, was jedem Einzelnen nutzen kann. Dass nicht alle Politiker auf uns hören, kann man im Einzelfall beklagen, aber gehört auch zur Demokratie dazu. Auch nicht alle Virologen sprechen mit einer Stimme, da gilt es, in einen Diskurs zu kommen. Insgesamt bin ich beeindruckt, dass die Politik an sich hinhört, losgelöst von der Parteizugehörigkeit. Das gilt für alle Funktionsträger in den Bundesländern. Was die Bevölkerung betrifft, da liegen die Fakten eigentlich auf dem Tisch, die AHA-Regeln erweitert um L beherzigen. Vielleicht brauchen wir auch noch mehr Antworten in Detailfragen. Aber letztlich geht es darum, wie man sich schützen und die Weiterverbreitung verhindern kann. Und das sollte inzwischen hinreichend bekannt sein.

Wenn Sie in die Zukunft blicken: Was werden die Menschen aus der Pandemie gelernt haben?

Ich habe die große Hoffnung, dass das Vertrauen in die Demokratie und Politik grundsätzlich steigt. Dass das Bewusstsein dafür gestiegen ist, dass Solidarität notwendig ist in der Gesellschaft. Und dass ein Anreiz für jüngere Leute geschaffen wurde, die sagen, dass ein naturwissenschaftliches Studium etwas Interessantes und Gutes für die Zukunft ist. ■

Wenn es um Politik geht, haben wir Virologen eine Bringschuld.





RESIST

Rückgang der Verordnungen von Antibiotika

Eine Vielzahl von Entwicklungen in der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass Resistenzen gegenüber Antibiotika bis heute weiter global zunehmen. Diesem Trend entgegenzuwirken und ein rationales Antibiotika-Verordnungsverhalten bei akuten Atemwegsinfektionen zu fördern, war das Ziel des Innovationsfondsprojektes RESIST. Der Evaluationsbericht zeigt nun, dass eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, gezielte Fortbildungen für Mediziner sowie anschauliche Patientennformationen entscheidend dazu beitragen, die Verordnungsrate zu senken.

/ Text / Attila Altiner, Christin Löffler, Maïke Schulz und Dominik von Stillfried

Das Projekt „RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“ führte der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und acht Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vom 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 bei 2.460

Haus-, Kinder- und HNO-Ärzten sowie bei Fachärzten für Innere Medizin durch. Behandelt wurden über eine Million Ersatzkassenversicherte mit akuten Infektionen der Atemwege. RESIST wurde vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wissenschaftlich begleitet.

Ein elementarer Bestandteil des Projekts war die Onlinefortbildung, die sich auf zwei Schwerpunkte fokussierte: Auffrischung des vorhandenen Wissens zur rationalen Antibiotikatherapie bei akuten Atemwegsinfektionen und Arzt-Patienten-Kommunikation. Wie die begleitende Prozessevaluation zeigte, bewerteten die teilnehmenden Ärzte insbesondere die mittels Videosequenzen aufgezeigten Lösungsmöglichkeiten für herausfordernde Gesprächssituationen und die Hinweise für eine gelungene Kommunikation im Sinne des Shared-Decision-Making als hilfreich. Durch die Anwendung der vorgeschlagenen Kommunikationstechniken gelang es einem Teil der Ärzte, die Konsultationsdauer zu verkürzen und gleichzeitig die eigene Zufriedenheit und die der Patienten bezüglich der Behandlungssituation zu steigern.

Neben der Onlinefortbildung bekamen die Ärzte auch Praxis- und Patienteninformationen wie Flyer, Praxisposter und Infozept mit Tipps zum Umgang mit Erkältungskrankheiten als Alternative zum Rezept. Zusätzlich wurde nach rund einem Jahr ein Feedback-Newsletter zum Verordnungsverhalten an die Teilnehmer versandt.

Innerhalb des Studienzeitraumes sank die Verordnungsrate von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfekten deutschlandweit bei Patienten der an RESIST beteiligten Fachgruppen um 16 Prozent. Während in der Wintersaison vom vierten Quartal 2016 bis zum ersten Quartal 2017 noch 29 Prozent der Patienten mit akutem Atemwegsinfekt ein Antibiotikum erhielten, waren es im Zeitraum vom vierten Quartal 2018 bis zum ersten Quartal 2019 nur noch 24 Prozent. Wird der Blick nur auf die Teilnehmer gerichtet, kann eine noch stärkere Reduktion festgestellt werden: Hier gelang



Prof. Dr. Attila Altiner
Direktor des Instituts für
Allgemeinmedizin der Uni-
versitätsmedizin Rostock



Dr. Christin Löffler
Wissenschaftliche Mit-
arbeiterin am Institut für
Allgemeinmedizin der Uni-
versitätsmedizin Rostock



Maïke Schulz
Fachbereichsleiterin Ver-
ordnungsdaten am Zi



Dr. Dominik von Stillfried
Vorstandsvorsitzender
des Zi

es, die Verordnungsrate im gleichen Zeitraum auf 20 Prozent zu senken. Hätten alle Ärzte ein mit den RESIST-Teilnehmern vergleichbares Verordnungsverhalten aufgewiesen, hätten allein in der Wintersaison vom vierten Quartal 2018 bis zum ersten Quartal 2019 über 950.000 Patienten weniger, die an einer akuten Atemwegsinfektion litten, ein Antibiotikum erhalten.

Der Blick auf die einzelnen Indikationen (Infektionen der oberen und unteren Atemwege, Pneumonie und Influenza) zeigt bei den Teilnehmern eine signifikant stärkere Reduktion der Verordnungsrate gegenüber den Nicht-Teilnehmern überall dort, wo eine Antibiose optional und in der Regel verzichtbar ist. Bei der Lungenentzündung (Pneumonie) hingegen, die die Gabe eines Antibiotikums erforderlich macht, konnten keine Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern festgestellt werden. Die Ärzte verzichteten also nicht generell, sondern sehr gezielt auf nicht unbedingt erforderliche Verordnungen.

Neben der Verordnungsentscheidung konnte auch die Wirkstoffauswahl optimiert werden. So zeigt die Evaluation, dass die teilnehmenden Ärzte dem Leitgedanken von RESIST – „So schmal wie nötig, so breit wie möglich“ – folgten und häufiger als zuvor und auch häufiger als Nicht-Teilnehmer zu einem Antibiotikum mit einem schmalen Wirkspektrum griffen. Hervorzuheben sind an dieser Stelle die Fluorchinolone, die in der ambulanten Versorgung als Mittel der Reserve der Behandlung von schweren Infektionen vorbehalten sein sollten. Nach RESIST (vom vierten Quartal 2018 bis zum ersten Quartal 2019) verordneten 80 Prozent der teilnehmenden Ärzte maximal fünf Prozent der Patienten mit einer Infektion der unteren Atemwege ein Fluorchinolon. Vor RESIST (vom vierten Quartal 2016 bis zum ersten Quartal 2017) waren es hingegen nur 68 Prozent. Erfreulich ist auch der nachgewiesene reduzierte Einsatz von Cephalosporinen, da diese in Deutschland im ambulanten Bereich vergleichsweise häufig zum Einsatz kommen, oft aber durch Antibiotika mit einem für die Indikation und in Bezug auf die Resistenzsituation besser geeignetem Profil ersetzt werden können. ■

www.vdek.com unter Themen/Innovationsfonds/
Resist



Foto: vdek/Georg J. Lapata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des Verbandes der
Ersatzkassen e. V. (vdek)

„Die Evaluation zeigt, dass wir RESIST erfolgreich umsetzen konnten. Das ist keine Selbstverständlichkeit, da viele Innovationsfondsprojekte mit Rekrutierungsproblemen kämpfen. Mit den insgesamt fast 2.500 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ist uns dies sehr gut gelungen. **Dieser Erfolg beruht auch auf der Zusammenarbeit starker und versierter Partner und zeigt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung funktioniert.** Wir hoffen, dass der Innovationsausschuss sich der positiven Bewertung anschließt und das Konzept dauerhaft Eingang in die Versorgung findet.“



Foto: carentis.de/Georg J. Lapata

Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

„RESIST hat gezeigt, dass mit relativ einfachen Mitteln großes Engagement bei den Projektbeteiligten und messbare Erfolge zu erzielen sind. **Mit dem Maßnahmenpaket aus ärztlichen Online-Fortbildungen, Aufwandsentschädigungen zur Teilnahme sowie Informationsmaterialien für Patienten ist es gelungen, einen noch behutsameren Umgang mit Antibiotika bei akuten Atemwegserkrankungen zu erreichen.** Der zuvor schon im Vergleich zu anderen Ländern bewusste Umgang der Ärzte hierzulande mit Antibiotika und der bereits vorhandene weiter rückläufige Trend bei den Verordnungen konnten im Rahmen des Projekts noch einmal verbessert werden.“



SELEKTIVVERTRÄGE

Spielraum für innovative Versorgungsmodelle

Der Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) enthält eine Reihe von Verbesserungen für die Durchführung von innovativen Versorgungsmodellen. Dies wird die zukünftige Gestaltung von Selektivverträgen erleichtern und die Verbesserung der Versorgung ermöglichen.

/Text/ Eike-Christian Müller

Die Bundesregierung hat am 23. September 2020 den Kabinettsentwurf des GPVG beschlossen. Darin werden neue Möglichkeiten für die Krankenkassen zur Gestaltung der Versorgung geschaffen und die bestehenden Regelungen weiter ausgebaut.

Verträge zur besonderen Versorgung ermöglichen den Krankenkassen, innovative Versorgungsmodelle zu erproben und spezifische Lösungen für Probleme in der Regelversorgung anzubieten. Dies können zum Beispiel Versorgungsbrüche zwischen Sektoren oder unterschiedlichen Fachdisziplinen oder besondere Versorgungsbedarfe einzelner

Erkrankungen sein. Hier können Selektivverträge für Krankenkassen eine Möglichkeit sein, gemeinsam mit ausgewählten Leistungserbringern Versorgungskonzepte für die Versicherten anzubieten und die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Die Ersatzkassen nutzen die Möglichkeiten der Verträge zur besonderen Versorgung aktiv, um ihren Versicherten qualitativ hochwertige und innovative Versorgungsangebote anzubieten. Ein aktuelles Beispiel ist der Vertrag mit dem Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs. In diesem Vertrag wird Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs eine neue Behandlungsmethode an 15 universitären Krebszentren ermöglicht.

Bei der Umsetzung der Verträge zeigen sich allerdings immer wieder Hürden, die die innovativen Ideen behindern oder deren Ausgestaltung nur im engen Dialog mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) möglich machen. Das GPVG greift nun einige dieser Problemstellungen auf und möchte durch Änderungen am §140a SGB V die Umsetzungshürden beseitigen. Deutlich wird dies beispielsweise an der Klarstellung, dass bei Verträgen, die im Rahmen des Innovationsfonds gefördert werden, mit der Förderentscheidung des Innovationsausschusses bereits eine Aussage über das Innovationspotenzial der Versorgung getroffen wird und die Anforderungen des §140a Absatz 1 SGB V auch gegenüber der Rechtsaufsicht als erfüllt gelten. Dies ermöglicht die problemlose Umsetzung und Verstetigung der höchst innovativen Förderprojekte. Ein weiteres Beispiel ist die Ausweitung der besonderen Versorgung von der vertragsärztlichen Versorgung beziehungsweise für Vertragsärzte auf alle Leistungsbereiche und alle Leistungserbringer. Damit ist eine umfassende Flexibilisierung verbunden und es werden neue Gestaltungsmöglichkeiten beispielsweise mit Krankenhäusern geschaffen.

Die Änderungen im Rahmen des GPVG erweitern den Handlungsspielraum und die Flexibilität der Krankenkassen deutlich. Daher begrüßen die Ersatzkassen die Initiative der Bundesregierung und unterstützen die Umsetzung der Gesetzesänderung ausdrücklich. ■



Eike-Christian Müller
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

EINWURF

Der Umsetzung steht nichts im Wege

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat Ende September 2020 das Klassifikationsmodell 2021 für den Morbi-RSA nach neuem Recht veröffentlicht. Der neu gestaltete Finanzausgleich der Krankenkassen mit Einführung einer Regionalkomponente kann nun umgesetzt werden – trotz Versuche einiger AOK, dies in letzter Minute zu verhindern.

/ Text / Ulrike Elsner

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz beschloss die Politik im letzten Jahr ein umfassendes und austariertes Reformpaket zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Es war der vorläufige Schlusspunkt einer über Jahre anhaltenden Debatte zum Thema Fehlsteuerungen und unfaire Wettbewerbsbedingungen. Auf den Punkt gebracht: Einige Krankenkassen erhielten zu viel Geld für die Versorgung ihrer Versicherten, andere zu wenig. Das musste sich ändern.

Kurz vor Wirksamwerden des neu gestalteten Finanzausgleichs der Krankenkassen zum 1. Januar 2021 stellten nun einige AOK mit einem Gutachten die Rechtmäßigkeit des „Regionalfaktors“ als Teil des Maßnahmenpakets der Morbi-RSA-Reform infrage. Was war Stein des Anstoßes? Die sogenannte Regionalkomponente soll die finanziellen Belastungen zwischen den Krankenkassen ausgleichen, die auf regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen zurückzuführen sind. Beispielsweise können die Krankheits- und Sterbefälle von Region zu Region variieren. In Umsetzung der Reform musste das BAS auf Basis des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats statistisch signifikante regionale Variablen für Gemeinden und Gemeindeverbände definieren. Als eine der zehn Variablen wurden die „Sterbekosten“ identifiziert. Hiergegen wendeten sich die Regionalkassen AOK Plus, AOK Niedersachsen, AOK Sachsen-Anhalt und AOK Bremen/Bremerhaven. Die Variable Sterbekosten

wurde mithilfe eines Gutachtens als angeblich angebotsorientiert und damit nicht berücksichtigungsfähig eingeordnet. Dabei handelt es sich um genau die Krankenkassen, die vom Morbi-RSA in alter Fassung besonders profitierten und deshalb Zusatzbeitragssätze erheben konnten, die deutlich unter dem Durchschnitt von derzeit 1,1 Prozent liegen.

Doch das BAS ließ sich davon nicht beeindrucken und veröffentlichte pünktlich zum 30. September 2020 die Festlegung zum Klassifikationsmodell 2021. Die Sterbekosten sind weiterhin als Regionalmerkmal enthalten und dies wird ausführlich begründet. Man sei einhellig zu der Auffassung gelangt, „dass es sich bei den Sterbekosten weder um eine Angebotsvariable noch um ein Merkmal aus der Variablendimension ‚Preisstruktur medizinischer Leistungen‘ im Sinne des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes handelt“, so eine Sprecherin des BAS im Tagesspiegel Background vom 2. Oktober 2020. Damit bestätigt das BAS auch das von vdek und BKK-Dachverband beauftragte Rechtsgutachten. Die Sterbekosten sind demnach die Variable mit der höchsten statistischen Erklärungskraft für regionale Deckungsbeitragsunterschiede und ihre unterschiedliche Höhe begründet sich in den regional unterschiedlichen Mortalitäts- und Morbiditätsstrukturen.

Das Störmanöver der AOK ist der durchschaubare Versuch, Reformelemente quasi „auf den letzten Metern“ der Umsetzung zu verhindern und Wettbewerbsvorteile zu zementieren. Dies ist zum Glück nicht gelungen. Der Umsetzung des Morbi-RSA in neuer Fassung steht nichts mehr entgegen. ■



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie von
der Einbeziehung der Sterbe-
kosten als Variable halten.*

redaktion@vdek.com



FORSA-UMFRAGE

Trotz Corona sinkt Angst vor Klinik-aufenthalt

„Drei Arten von Lebewesen kämpfen im Krankenhaus um ihr eigenes Überleben: das medizinische Personal, die Patienten und die Bakterien. Die erfolgreichsten sind die Bakterien“, sagt Dr. Eckart von Hirschhausen im Vorwort des neuen Flyers „Patientensicherheit“ der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Welche Sorgen Patienten vor einem stationären Aufenthalt haben, hat die KKH in einer aktuellen forsa-Umfrage herausgefunden. Dass die Angst vor einem Klinik-aufenthalt dabei deutlich gesunken ist, erscheint angesichts der Corona-Krise überraschend.

/ Text / Maren Teichmann

Abgesagte Operationen und die Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus: In der Pandemie-Hochphase haben viele Menschen einen Krankenhausaufenthalt gemieden. Dass Kapazitätsengpässe auf Intensivstationen und Horrorszenarien von beatmeten Patienten auf Klinikfluren hierzulande ausgeblieben sind, hat das Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen aber offenbar wieder gestärkt. Denn die deutliche Mehrheit der Befragten (83 Prozent) hat aktuell keine Sorgen in Bezug auf eine stationäre Behandlung. Im Jahr zuvor bekundeten dagegen lediglich 68 Prozent der Umfrage-Teilnehmer Vertrauen in Krankenhausärzte und Pflegepersonal.



Maren Teichmann
Pressestelle/Redakteurin
KKH

Nach wie vor haben Frauen deutlich mehr Sorgen vor einem Klinikaufenthalt als Männer. Demnach fürchten sich aktuell jede fünfte Frau und nur jeder siebte Mann vor einer stationären Behandlung. Im vergangenen Jahr waren es jede dritte Frau und jeder vierte Mann, die Sorgen vor einem stationären Eingriff geäußert hatten. Immer mehr Menschen begründen ihre Ängste allerdings mit negativen Erlebnissen: Mittlerweile ist es jeder Zweite, der aufgrund eigener schlechter Erfahrungen Angst vor einem Krankenhausaufenthalt entwickelt hat. 2019 war es hingegen jeder dritte Befragte.

Angst vor Covid-Ansteckung in Kliniken gering

Aufgrund der Corona-Infektionsgefahr wurden in den vergangenen Monaten die Hygienemaßnahmen zum Schutz von Patienten und Klinikpersonal in den stationären Einrichtungen intensiviert. Dies hat möglicherweise das Sicherheitsgefühl bei vielen Patienten erhöht. So haben nur neun Prozent aller Befragten Sorgen, sich in einem Krankenhaus mit dem neuartigen Coronavirus anzustecken. Auch die Angst vor der Infektion mit einem Krankenhauskeim ist deutlich gesunken: Während dies im vergangenen Jahr noch fast jeder Vierte befürchtete, ist es aktuell nur noch jeder Siebte. Auch die Sorgen vor anderen möglichen Vorkommnissen wie Medikamentenunverträglichkeit oder Vergessen von OP-Besteck im Körper sind zurückgegangen. So befürchten beispielsweise nur noch fünf Prozent Komplikationen bei der Narkose, im vergangenen Jahr war dies für 15 Prozent ein Grund zur Sorge.

Auch die etwaige Notwendigkeit einer erneuten Operation befürchten nur noch neun Prozent aller Befragten (versus 16 Prozent in 2019). „Das ist eine positive Entwicklung, wenn Patienten hierzulande mehr Vertrauen in die medizinische Behandlung haben“, sagt Dr. med. Bastian Resch, Leiter des Kompetenzteams Medizin bei der KKH, zu den Umfrage-Ergebnissen. Das Marktforschungsinstitut forsa hatte im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse bundesweit 1.002 Personen vom 17. bis 29. Juli 2019 sowie 1.001 Personen vom 6. bis 11. August 2020 im Alter von 18 bis 70 Jahren repräsentativ befragt.

Der Welttag der Patientensicherheit erinnert uns aber daran, dass trotz der modernen und hochwertigen Versorgung immer wieder Fehler passieren können.

Diese können weitreichende Auswirkungen für die Patienten haben. Deshalb bedarf es der Anstrengung aller an der Versorgung Beteiligten, diese Fehler auch in Zukunft zu verhindern“, appelliert Resch. Seit 2015 ruft das Aktionsbündnis für Patientensicherheit, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt und in dem der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und die KKH seit vielen Jahren Mitglied sind, in Deutschland zum Tag der Patientensicherheit auf. Da Keime und Bakterien aber nicht vor Ländergrenzen haltmachen, hat die Weltgesundheitsversammlung der WHO den 17. September im vergangenen Jahr erstmalig zum Welttag der Patientensicherheit ernannt. „Dass damit nun international auf das Thema aufmerksam gemacht wird, ist begrüßenswert. Ob groß angelegte Digitalisierungsprojekte, der Mangel an qualifizierten Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern oder sichere Arzneimittel und Medizinprodukte – viele Themen sind nicht nur in Deutschland aktuell. Als starke Gemeinschaft können wir diese Probleme in den Griff bekommen, damit Patienten keine Ängste und Sorgen vor medizinischen Eingriffen haben müssen“, erklärt Resch.

Auch im Krankenhaus passieren Fehler

Beim Welttag für Patientensicherheit am 17. September standen in diesem Jahr die beiden Themen „Versorgung der Patienten während der Corona-Pandemie“ und „Mitarbeitersicherheit“ im Vordergrund. Dr. Eckart von Hirschhausen, Arzt und Gründer der Stiftung „Gesunde Erde Gesunde Menschen“, hat während der Corona-Krise Eindrücke aus dem Alltag eines Uniklinikums für eine Fernsehreportage gewinnen können. Er sagt: „Nach der anfänglichen Begeisterung für die Pflegekräfte wollte ich zeigen, dass für sie die Krise überhaupt noch nicht vorbei ist, sondern dass die zusätzlichen Schutzmaßnahmen vor allem ein Mehr an Arbeit, an Risiko und an

körperlichen Strapazen bedeuten – und davon wird sich so schnell nichts lockern lassen.“ Auch er setzt sich seit vielen Jahren für mehr Patientensicherheit in Deutschland ein: „Wo Menschen handeln, passieren Fehler – auch im Krankenhaus. Jeder zweite in einem Krankenhaus gemachte Fehler ist die Folge ungenügender Kommunikation.“

Informierte Patienten erhöhen eigene Sicherheit

Deshalb fordern er und die KKH in einem neuen Patientenflyer gemeinsam dazu auf, sich vor einem Krankenhausaufenthalt gut zu informieren und bei Verständnisproblemen konkret nachzufragen. „Wir reden zu wenig, wir röntgen und operieren zu viel. Sie als Patienten können mit Ihrem Feedback einen Unterschied machen, und gute Pflegekräfte und Ärzte werden es Ihnen danken“, meint von Hirschhausen. Denn informierte und aufmerksame Patienten können dazu beitragen, ihre eigene Sicherheit zu erhöhen. Viele Sorgen und Unklarheiten können vor einem medizinischen Eingriff oder einer anstehenden Therapie beseitigt werden. Je mehr Patienten über den Ablauf einer Behandlung, mögliche Risiken und die anschließende Therapie wissen, desto besser können sie auftretende Komplikationen abschätzen. Wer informiert und aufmerksam ist, gewinnt Vertrauen und Sicherheit! ■

www.kkh.de/patientensicherheit

Die deutliche Mehrheit der Befragten (83 Prozent) hat aktuell keine Sorgen in Bezug auf eine stationäre Behandlung.





BARMER

Neurodermitis – vor allem Kleinkinder betroffen

Bei mehr als 3,6 Millionen Menschen in Deutschland haben Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2018 Neurodermitis diagnostiziert. Davon waren allem voran Kleinkinder betroffen. Dies geht aus einer aktuellen Analyse der BARMER hervor. So stellten Ärzte bei 14,22 Prozent der ein- bis fünfjährigen Jungen eine Neurodermitis fest und bei 12,3 Prozent der Mädchen derselben Altersgruppe. Dies entsprach mehr als 226.000 Jungen und knapp 186.000 Mädchen.

„Neurodermitis ist Ausdruck einer geschädigten Hautbarriere und macht die Haut anfällig für Keime. So kann es zu Infektionen mit schlimmstenfalls lebensbedrohlichem Verlauf kommen. Das Ziel einer Neurodermitis-Therapie ist die Symptombefreiheit. Auch wenn eine Neurodermitis nicht heilbar ist, sollte man frühzeitig den Arzt aufsuchen, um die Symptome zumindest zu lindern oder die symptomfreien Phasen zu verlängern“, sagt Dr. Utta Petzold, Dermatologin bei der BARMER.

Unter den Fünf- bis Neunjährigen lagen laut BARMER-Analyse die Betroffenenraten mit

9,91 Prozent bei Jungen und 9,81 Prozent bei Mädchen praktisch gleichauf. Ab dem zehnten bis zum 85. Lebensjahr litten Frauen häufiger unter atopischem Ekzem als Männer. Besonders eklatant war der Unterschied mit beinahe 80 Prozent in der Altersklasse der 40- bis 45-Jährigen. Hier stellten Ärztinnen und Ärzte bei 2,47 Prozent der Männer und 4,43 Prozent der Frauen eine Neurodermitis fest. „Das Auftreten einer Neurodermitis wird möglicherweise auch durch den Hormonhaushalt beeinflusst. So ließe sich erklären, dass vor der Pubertät häufiger die Jungen und danach verstärkt die Frauen betroffenen sind“, sagt Petzold.

Nach der BARMER-Analyse tritt Neurodermitis allen voran in den ostdeutschen Bundesländern auf. Im Jahr 2018 wurde die Krankheit bei 5,54 Prozent der Bevölkerung von Sachsen diagnostiziert, gefolgt von Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Die niedrigsten Raten gab es in Bayern mit 3,82 Prozent und Schleswig-Holstein mit 3,83 Prozent. *pm*
www.barmer.de

TK

Zwei Versorgungsprojekte prämiert

Bei der Verleihung der renommierten Awards des Dienstes für Gesellschaftspolitik (dfg) sind in diesem Jahr gleich zwei Versorgungsprojekte der Techniker Krankenkasse (TK) erfolgreich gewesen. Die im Februar gestartete digitale Virtual-Reality-Angsttherapie Invirto gewann den ersten Preis in der Kategorie „Beste Start-up-Lösung im Gesundheitswesen“. Das schleswig-holsteinische Fernbehandlungsprojekt „Telemedizin im ländlichen Raum“ war in der Kategorie „Herausragende digitale Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen“ erfolgreich.

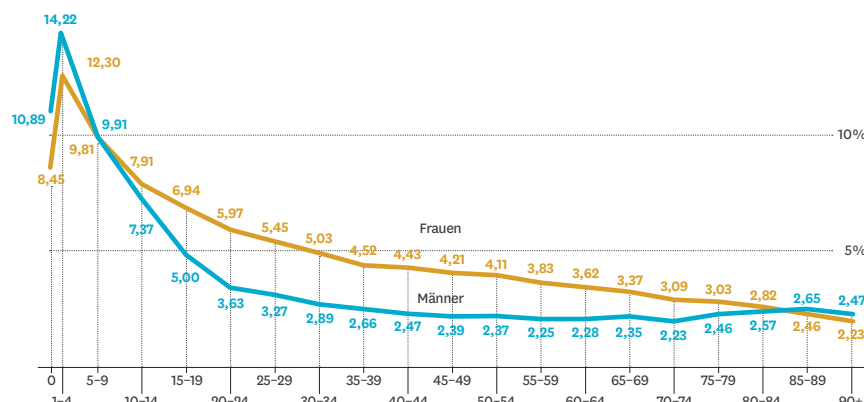
Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der TK, Thomas Ballast, erklärt zur Preisverleihung: „Ich freue mich außerordentlich über den Erfolg unserer Projekte. Die Fachwelt betont schon seit Langem, dass wir die Virtual-Reality-Technik stärker für die Therapie von Angststörungen nutzen müssen. Gemeinsam mit den jungen Machern des Start-ups Sympatient ist es uns gelungen, dazu ein erfolgreiches Projekt aufzusetzen. Seit Februar sind wir die erste Kasse, die mit Invirto ein solches Therapiekonzept im Angebot hat. Mit der absolut leitliniengerechten Therapie können wir den Menschen mit Angststörungen besser und komfortabler helfen. Gleichzeitig nutzen wir die knappe Ressource unserer Psychotherapeuten effizienter.“

Ballast lobt die Macher des Projekts „Telemedizin im ländlichen Raum“ für ihre konsequente Patientenzentrierung. Bei dem Projekt können mehrere hausärztliche Praxen per Video einen Augenarzt für die Behandlung eines Patienten hinzuziehen. Ballast: „Gerade in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein werden Digitalisierung und Telemedizin feste und wertvolle Bestandteile der medizinischen Versorgung sein. Durch die digitalen ärztlichen Konsultationen bleiben Patienten lange Anfahrtswege und Wartezeiten beim Spezialisten erspart. Die Ärzte können zudem ihre Arbeitszeit effektiver einsetzen.“ *pm*

www.tk.de

Neurodermitis vor allem bei Kindern und Jugendlichen

Anteil der Versicherten mit Diagnose atopisches Ekzem im Jahr 2018 nach Altersgruppe und Geschlecht; Angaben in Prozent



Quelle: BARMER

TK

Extremer Preisanstieg bei Arzneimitteln

Die Kosten für neu auf den Markt gekommene Arzneimittel sind stark gestiegen. Das ist ein Ergebnis des diesjährigen Innovationsreports, den die Techniker Krankenkasse (TK) gemeinsam mit der Universität Bremen vorgestellt hat. So stieg der durchschnittliche Packungspreis dieser Medikamente um fast 140 Prozent von rund 1.300 Euro auf rund 3.100 Euro.



Der Report bewertet 31 neue Arzneimittel des Jahres 2017 in Form eines Ampelschemas. Für die Bewertung entscheidend sind der therapeutische Nutzen für die Patienten, die Verfügbarkeit von Therapiealternativen und die Angemessenheit der Kosten. Der Report zeigt: Es gibt zwar einige echte Innovationen unter den neuen Medikamenten – immerhin acht bekamen eine „grüne Ampel“ –, insgesamt gesehen ist der Innovationsgrad jedoch mäßig. Die Wissenschaftler vergaben 16 „rote Ampeln“, damit weist mehr als die Hälfte der bewerteten Medikamente insgesamt keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen auf, darunter zum Beispiel zwei Präparate zur Behandlung von Hepatitis C.

Der extreme Preisanstieg ist auf einige besonders teure Medikamente zurückzuführen.

Sechs der Arzneimittel kosten jeweils mehr als 10.000 Euro pro Packung. „Es ist überhaupt keine Frage, dass innovative Arzneimittel wichtig sind und dass diese auch ihren Preis haben dürfen. Fortschritt kann jedoch nicht die Rechtfertigung sein, Preise unendlich in die Höhe zu treiben“, sagt Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK. www.tk.de

BARMER

Digitaler Pflegecoach hilft im Alltag

Mit einem digitalen Pflegecoach erleichtert die BARMER den Alltag pflegender Angehöriger. Ziel ist es, rund um die Uhr einfache, verständliche und intuitiv nutzbare Module anzubieten. Dabei werden für die betroffenen Angehörigen ganz praktische Fragen geklärt. Wie können Pflegenden sich im Alltag Auszeiten verschaffen? Und was hilft, wenn ein an Demenz erkrankter Mensch das Essen und Trinken verweigert? Die Module knüpfen direkt an die Pflege- und Lebenssituation und die damit verbundenen Belastungen, Probleme und Sorgen der Angehörigen an.

„Angehörige benötigen Hilfen, um die Herausforderungen der Pflege zu Hause bewältigen zu können. Dies hatte bereits der BARMER-Pflegereport 2018 deutlich gemacht. Darauf reagieren wir unter anderem mit Angeboten wie dem Online-Pflegeantrag und nun mit dem digitalen Pflegecoach“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Der Coach ergänze als Wissens- und Informationsplattform die bereits seit Langem bestehenden Informations- und Kursangebote der BARMER für pflegende Angehörige. Auch so komme die BARMER dem von der Mehrheit der pflegenden Angehörigen geäußerten Wunsch nach, mehr Unterstützung bei der Pflege zu erhalten. Aktuell gibt es bundesweit rund 6,7 Millionen pflegende Angehörige.

Der Pflegecoach werde sukzessive auf bis zu 20 Themenfelder erweitert. Er solle helfen, den Pflegealltag mit praktischen und leicht umzusetzenden Ratschlägen zu erleichtern. Im Fokus stünden dabei auch Tipps, wie die Pflegenden ihre eigene Gesundheit schonen können, beispielsweise mit regelmäßigen Ruhepausen. Zu Wort kämen außerdem pflegende Angehörige, die über ihre Erfahrungen berichteten. Angeboten würden die Ratschläge dabei nicht nur als Text. Per Audio-Datei oder Video äußerten sich sowohl Experten als auch Betroffene. www.barmer.de

HKK

Zu wenig Versicherte ab 60 gegen Grippe geimpft

Nur 39 Prozent aller bei der hkk Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Land Bremen waren in der Grippesaison 2019/2020 gegen Grippe geimpft. Bundesweit waren es unter den hkk-Versicherten sogar nur 35 Prozent. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Datenanalyse der hkk Krankenkasse von rund 118.000 Versicherten.

Ziel der Europäischen Union (EU) ist eine Influenza-Impfquote von mindestens 75 Prozent unter EU-Bürgern ab 60 Jahren.

Dieses Ziel ist auch im Nationalen Impfplan für Deutschland vorgesehen. Doch diese Vorgaben werden nicht erreicht. „Es bedarf dringend mehr Aufklärung, um die Impfbereitschaft zu steigern. Die Erhöhung des Schutzes ist insbesondere im Hinblick auf das Parallelrisiko Corona-Virusinfektion unbedingt anzuraten“, sagt Dr. Cornelius Erbe, Bereichsleiter Versorgungsmanagement der hkk Krankenkasse.



Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt nicht nur älteren Menschen, sich impfen zu lassen, sondern auch Schwangeren, chronisch Kranken, Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen sowie medizinischem und pflegerischem Personal. Erbe: „Die Impfung ist alternativlos für einen effektiven Schutz vor einer Influenza-Erkrankung.“ Die beste Zeit für die saisonale Grippeimpfung sind die Monate Oktober und November. Aber selbst wenn die Grippewelle bereits rollt, kann es sinnvoll sein, eine versäumte Impfung nachzuholen. Nach etwa zehn bis 14 Tagen ist der Impfschutz vollständig aufgebaut. www.hkk.de



SOZIALWAHLEN

Historische Reform

Viele Anläufe sind in der Vergangenheit fehlgeschlagen, um die Sozialwahlen zu modernisieren. Seit 1974 hat es keine grundlegende Reform mehr gegeben. Die Kommunikations- und Mitbestimmungsgewohnheiten der Versicherten aber haben sich geändert. Daher ist die Einführung der Frauenquote sowie der Online-Wahlen äußerst bedeutsam und wichtig.

/ Text / Uwe Klemens

Im politischen Reformgeschäft ist es sinnvoll, nicht alles, was bedeutsam erscheint, gleich als historisch zu bezeichnen. Wer kann schon mit Sicherheit sagen, dass aktuelle Maßnahmen im Rückblick als bedeutende Wendepunkte der Entwicklung herausragen werden? Für die Soziale Selbstverwaltung und die sie konstituierenden Sozialwahlen erleben wir gerade eine Reform der Strukturen und Abläufe, wie wir sie seit 1974 nicht erlebt haben. Damals führte man für die Wahlen in Selbstverwaltungsgremien die Briefwahl ein. Das war epochal. Zuvor hatte man wohnortnah in kommunalen Einrichtungen, in Betrieben und in Geschäftsstellen gewählt. Die Stimmzettel zu Hause auszufüllen und einsenden zu können, motivierte 1974 neue Versichertengruppen, sich an der Abstimmung zu beteiligen. Die Wahlbeteiligung sprang sprunghaft an von 20,45 Prozent im Jahr 1968 auf 43,7 Prozent in 1974: eine deutliche Stärkung der Mitbestimmung und der Beteiligung der Versicherten.

Seitdem hat sich am Wahlsystem nichts Tiefgreifendes mehr geändert, obwohl Modernisierungen von vielen Seiten seit Jahrzehnten eingefordert werden. Die Bundeswahlbeauftragten weisen in ihrer Berichterstattung nach den Sozialwahlen regelmäßig auf Reformbedarfe hin und machen konkrete Vorschläge

zur Umsetzung. Modernisierungen des Wahlrechts und der Selbstverwaltung wurden aber regelmäßig ergebnislos vertagt. Der letzte Anlauf für eine Sozialwahlreform scheiterte in der vergangenen Legislaturperiode. Die Regierungskoalition aus Union und SPD hatte sich 2013 vorgenommen, die Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen unter anderem durch Online-Wahlen zu modernisieren und das repräsentative Verhältnis von Frauen und Männern in der Selbstverwaltung zu verbessern. Beide Schritte werden seit Langem auch von den Ersatzkassen gefordert. Dem Vernehmen nach konnte man sich dann im entscheidenden Moment aber nicht über die Frage verständigen, eine Geschlechterquote verbindlich einzuführen. Die Folge war, dass die Sozialwahlen 2017 grundsätzlich nach den gleichen Regeln abliefen wie schon 1974.

Das wird 2023 anders sein, wenn die Versicherten zu den nächsten Sozialwahlen aufgerufen sind. Fast unbemerkt wurde dem MDK-Reformgesetz im parlamentarischen Verfahren per Änderungsantrag eine Regelung hinzugefügt, nach der Sozialwahllisten bei der Wahl in die Verwaltungsräte der Krankenkassen beide Geschlechter zu mindestens 40 Prozent enthalten müssen: Eine echte Frauenquote ist also ohne Wenn und Aber einzuhalten und zu beachten durch die kandidierenden Listen.

Der zweite Modernisierungsschritt gelang durch das 7. SGB IV-Änderungsgesetz. Es enthält detaillierte Regelungen für Online-Wahlen in Form eines Modellprojekts bei den Sozialwahlen 2023. Krankenkassen können die Sozialwahlen als Online-Wahlen durchführen, wenn sie dies in ihrer Satzung regeln und in einer gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft mit den anderen teilnehmenden Krankenkassen eine einheitliche, gemeinsame Technik einrichten und nutzen. Zum Tragen kommt das natürlich nur, wenn dann bei dem Träger auch Urwahlen stattfinden.

Für gesetzlich vorgeschriebene, bundesweite Wahlen in Deutschland ist die Einführung einer Online-Wahlmöglichkeit zusätzlich zur Briefwahl ein Novum. 21,3 Millionen Versicherte der Ersatzkassen waren 2017 wahlberechtigt. Ihnen nun Online-Wahlen anzubieten, ist in der Tat historisch und



Uwe Klemens
Verbandsvorsitzender
des vdek



wird die Digitalisierung in Deutschland nach einer erfolgreichen Durchführung nicht nur im Gesundheitswesen entscheidend voranbringen.

Derzeit befindet sich mit dem Gesetz Digitale Rentenübersicht der dritte Modernisierungsschritt für die Sozialwahlen im parlamentarischen Verfahren. Das Gesetz stärkt das Prinzip der demokratischen Urwahl, also die Wahl mit direkter Wahlhandlung. Listen, die zur Wahl eingereicht werden und Unterstützerunterschriften benötigen, müssen ab der Wahl 2023 nur noch etwa halb so viele Unterschriften vorlegen. Hier werden insbesondere neue Listen profitieren, die bisher nicht bei einem Träger vertreten sind. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten reduziert, unterschiedliche Sozialwahllisten zu vereinigen. Diese Möglichkeiten wurden bisher genutzt, um Selbstverwaltungsgremien ohne Wahlhandlung zu besetzen. Die bisher bestehende Fünfprozentklausel wird gestrichen, was den Einzug von kleinen Listen in große Verwaltungsräte leichter macht. Die Vorschlagslisten der Versicherten erhalten außerdem grundsätzlich die Möglichkeit, in ihrer Listenbezeichnung den Versicherungsträger aufzunehmen, was die Gleichbehandlung der unterschiedlichen Listenträger stärkt. Die Listenaufstellungsverfahren werden außerdem transparenter gestaltet. Bewerber müssen in einem für jeden nachvollziehbaren demokratischen Verfahren aufgestellt werden. Die Protokolle dazu sind zu veröffentlichen.

Auch die Rahmenbedingungen für Ehrenamtliche in der Sozialen Selbstverwaltung verbessern sich. Der gesetzliche Freistellungsanspruch für die Zeit der Kollision von Ehrenamtstätigkeit und Arbeitsverpflichtung wird gestärkt. Für Weiterbildungsmaßnahmen steht nun ein angemessener, zusätzlicher Urlaubsanspruch von fünf Tagen zur Verfügung. Hier fehlt jetzt nur noch der Schritt, für die steuerrechtliche Bewertung der Aufwandsentschädigung, die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane für ihre Arbeit erhalten, angemessene Freibeträge einzuführen und bundesweit einheitlich anzuwenden. Die sogenannte Übungsleiterpauschale für die Tätigkeit in Sportvereinen ist ein passendes Vorbild.

Die Beratungen zum Gesetz Digitale Rentenübersicht sind noch nicht abgeschlossen. Vorausgesetzt die Reformelemente für die Sozialwahlen bleiben hier im Kern unverändert, wird damit erstmals seit 1974 ein wirklicher Reformschub für die Soziale Selbstverwaltung und die Sozialwahlen umgesetzt: Online-Wahlen, Frauenquote, mehr Transparenz, neue Chancen für die Beteiligung der Versicherten und eine Stärkung der Urwahlen. Die Sozialwahlen und das ganze Prinzip der Selbstverwaltung als Beteiligung der Betroffenen werden davon profitieren. Das Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung ist urdemokratisch und wird auf diese Weise fit gemacht für die nächste Generation. Dafür ist historisch mit Sicherheit der passende Begriff. ■

Das Gesetz stärkt das Prinzip der demokratischen Urwahl.



SOZIALWAHL GEHT ONLINE

Ein Vorbild für politische Wahlen?

Die drittgrößte Wahl in Deutschland mit 22 Millionen Wahlberechtigten ist nicht zum ersten Mal Gegenstand eines digitalen Modellversuchs: Bereits 1999 gab es Experimente zur digitalen Stimmabgabe und für 2011 war ein Feldversuch geplant. Nun also liegt die nötige Gesetzesänderung vor und erstmalig wird 2023 alternativ zur Briefwahl die digitale Stimmabgabe bei den Sozialwahlen möglich sein.

/ Text / **Christoph Bieber**

Prof. Dr. Christoph Bieber
Leiter des Forschungsinkubators am Center for Advanced Internet Studies (CAIS) in Bochum. Von seiner Johann-Wilhelm-Welker-Stiftungsprofessur an der NRW School of Governance der Universität Duisburg-Essen ist er derzeit beurlaubt.

Dieser Schritt ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert, denn der Einsatz computergestützter Wahlverfahren hat in Deutschland bisher eine wechselvolle und eher unrühmliche Geschichte hinter sich. Bis zum sogenannten Wahlcomputer-Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2009 kamen in einigen Wahlbezirken elektronische Wahlgeräte zum Einsatz, auf eine Datenübertragung via Internet wurde dabei jedoch stets verzichtet. Damit blieb die „Digitalisierung von Wahlen“ beschränkt auf den Einsatz stationärer Wahlcomputer, die eine automatisierte Stimmauszählung ermöglichen und auf diese Weise die Organisation und Durchführung von Wahlen vor Ort erleichtern und die Kosten senken sollten.

Wesentlicher Ansatzpunkt für das Gerichtsurteil ist die „Öffentlichkeit der Wahl“, also die Möglichkeit zur Nachverfolgung aller wichtigen Schritte des Wahlverfahrens. Die seinerzeit eingesetzten Wahlgeräte sind jedoch als klassische „black boxes“ zu bezeichnen – Außenstehende, insbesondere Wahlberechtigte ohne Computerkenntnisse, können nicht nachvollziehen, ob ihre Stimme tatsächlich in der von ihnen gewünschten Weise gespeichert, verarbeitet und weitergegeben wird.

Gleichwohl hat das Bundesverfassungsgericht den Einsatz computergestützter Wahlgeräte ausdrücklich nicht verboten – Hersteller und Nutzer mussten jedoch sicherstellen, dass jederzeit eine „zuverlässige Richtigkeitskontrolle“ möglich ist. Dafür hätten die damals eingesetzten Geräte modernisiert und erweitert werden müssen – zum Beispiel um die Möglichkeit zur „anderweitigen Erfassung“ der Stimmen, etwa durch den Ausdruck auf Papier. Die Karlsruher Vorgaben besiegelten das Ende einer kurzen Phase des computergestützten Wählens in Deutschland, seitdem ist die Bundesrepublik für die Hersteller von Wahlgeräten schlicht kein Markt mehr.

Blick nach Brasilien und Estland

In – wenigen – anderen Ländern sieht das anders aus: Brasilien wählt seit der Parlamentswahl 2000 mit den sogenannten urnas electrônicas, die eine papierlose Stimmabgabe in den Wahllokalen ermöglichen. Bereits 2010 wurden dort Systeme mit biometrischer Authentifizierung durch einen Fingerabdruck erprobt. Allerdings: Die Stimmen werden dort nicht in einem Online-Verfahren direkt weitergeleitet, sondern lokal gespeichert und in einem von der Stimmabgabe getrennten Prozess weitergeleitet. „Echte“ Online-Wahlen sind bislang nur in Estland standardmäßig in die Wahlorganisation integriert. Hier hat sich die Stimmabgabe via Internet seit 2005 zum festen Bestandteil des Wahlvorgangs entwickelt – und dabei ist ein kontinuierlicher Anstieg der digitalen Beteiligung zu verzeichnen. Bei den Parlamentswahlen 2015 nutzten etwa 20 Prozent der Wählerinnen und Wähler

diese Option, 2019 waren es bereits 43,9 Prozent. Der digitale Urnengang ist in Estland ein weiteres Puzzleteil in der Digitalisierung der Lebenswelt und hat sich als politische Kulturtechnik etabliert.

In Estland wie in Brasilien gründet die Nutzung der digitalen Wahlformate auf einer umfangreichen Verwaltungsmodernisierung, die frühzeitig auf verschiedene Formen von E-Government gesetzt hat und dafür auch ausreichend staatliche Ressourcen bereitstellt. Während in Estland die Digitalisierung ein wichtiger Treiber für das Image als Technologie- und Innovationsstandort ist, gibt es in Brasilien einen eigenen „Wahlgerichtshof“, der in einem aufwändigen Verfahren die Sicherheit von Verfahren und Geräten kontrolliert. So sehen vertrauensbildende Maßnahmen aus, die ganz offenbar dazu beitragen, dass die Bürgerinnen und Bürger die neuen Formen der Stimmabgabe akzeptieren und nutzen.

Testfall Online-Sozialwahlen

Genau an dieser Stelle setzen nun die Online-Sozialwahlen ein wichtiges Zeichen, denn sie eröffnen eine echte Chance für einen Neustart der Diskussion um die digitale Modernisierung von Wahlen in Deutschland. Gewiss, in der Zwischenzeit ist auch hierzulande einiges passiert: Gleich mehrere Parteien haben interne Abstimmungen via Internet organisiert, etwa im Rahmen von Programmparteitagen oder auch bei der Personalauswahl in der Führungsetage. Doch dabei war das Elektorat eher überschaubar, die Delegiertenzahlen auf Parteitagen sind nur selten vierstellig, und bei Mitgliederbefragungen der „Volksparteien“ sind nur wenige Hunderttausend Stimmen zu zählen. Eine Sozialwahl mit mehr als 20 Millionen Wahlberechtigten ist von anderem Kaliber, damit wird sie zugleich zu einem Test auf die Skalierbarkeit bislang erprobter Verfahren.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Wahlen und Abstimmungen in Organisationen etwas anderes sind als „echte“ politische Wahlen, die der Wahl von Volksvertreterinnen und -vertretern dienen – hier gelten besondere Regeln, dies hat das Urteil

des Bundesverfassungsgerichtes deutlich gemacht. Genau dieser Unterschied hat jedoch dazu geführt, dass die Möglichkeit zur Durchführung einer Online-Wahl Eingang in das Sozialgesetzbuch gefunden hat.

Neue Form der Fernwahl

Sozialversicherungswahlen sind von der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgesetzes nicht betroffen, da sie etwas anderes sind als Kommunal-, Bürgermeister-, Landtags- oder Bundestagswahlen. Und sie sind auch deshalb verschieden, weil gerade keine „Wahlcomputer“ zum Einsatz kommen sollen, sondern die Stimmabgabe online erfolgen soll. In dieser Perspektive ist die Online-Wahl eine andere Form der „Fernwahl“ – die es im deutschen Wahlrecht bereits seit den 1950er Jahren gibt, nämlich in Gestalt der Briefwahl. Diese Parallele ist nicht ganz unwichtig, denn genau diese Variante der Stimmabgabe jenseits des Wahllokals erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Bei der letzten Bundestagswahl 2017 wurden 28,6 Prozent der Stimmen per Wahlbrief abgegeben. Insofern ist die „Fernwahl“ ein gelernter Bestandteil der deutschen „Wahlkultur“, die nun technologisch auf einen neueren Stand gebracht werden kann.

Selbstverständlich ist es notwendig, diesen Prozess so zu gestalten, dass er technisch solide, benutzerfreundlich, manipulationssicher sowie datenschutz- und verfassungskonform ist – das sind keine kleinen Aufgaben, doch jüngere Erfahrungen mit Online-Abstimmungen gerade durch politische Akteure geben in vielen Fällen schon eine Richtung vor. Nun gilt es also, bis 2023 eine technologische Plattform und ein Verfahren zu entwerfen, das den gestellten Anforderungen entspricht – möglicherweise bietet hier die Entwicklung der Corona-Warn-App etwas Orientierung. Deren Gestaltung als offenes Software-Projekt mit einem transparenten Entwicklungsprozess sowie dem starken Fokus auf Datenschutz-Aspekten hat einen neuen Standard gesetzt. Es bleibt also zu hoffen, dass sich möglichst viele Kassen an diesem Modellprojekt beteiligen – denn dann bleibt die Briefwahl vielleicht nicht die einzige deutsche Fernwahltechnologie. ■

Die Online-Sozialwahlen eröffnen eine echte Chance für einen Neustart der Diskussion um die digitale Modernisierung von Wahlen in Deutschland.

SOZIALWAHLEN 2023

Fragen & Antworten

Bei den Sozialwahlen 2023 können die Wählerinnen und Wähler neben der Briefwahl erstmals auch online wählen. *ersatzkasse magazin*. beantwortet die wichtigsten Fragen rund um das Thema Online-Sozialwahlen.

Wann finden die nächsten Sozialwahlen statt?

Die nächsten Sozialwahlen finden im Jahr 2023 statt. Die Wählerinnen und Wähler können ihre Stimme per Brief oder online abgeben. Der offizielle Wahltag wird von der Bundeswahlbeauftragten der Bundesregierung für die Sozialversicherungswahlen bekanntgegeben.

Warum finden die Sozialwahlen 2023 parallel als Brief- und als Onlinewahlen statt?

Die Onlinewahlen finden bei den Sozialwahlen 2023 als Modellprojekt statt. Das Briefwahlverfahren ist nach wie vor der Standard. Durch das Modellprojekt für Online-Wahlen wird das neue Verfahren erprobt. Die Wahlberechtigten bei den teilnehmenden Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) haben die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie ihre Stimme online oder per Briefwahl abgeben wollen.

Wer hat festgelegt, dass die Kassen die Sozialwahlen 2023 als Brief- und Onlinewahlen durchführen können?

Diese Entscheidung hat der Gesetzgeber 2020 mit dem 7. SGB-IV-Änderungsgesetz getroffen. Eine Stimmabgabe per Online-Wahl ist gemäß der gesetzlichen Vorschrift dann möglich, wenn die Wahl bei der jeweiligen Krankenkasse als Urwahl durchgeführt wird und wenn die Kasse in ihrer Satzung bis Ende September 2020 vorgesehen hat, dass ihre Wahlberechtigten zwischen beiden Abstimmungsmöglichkeiten wählen können: online und wie bisher per Brief.

Warum begrüßen die Ersatzkassen die Online-Sozialwahlen?

Die Digitalisierung ist in viele Lebensbereiche vorgedrungen und hat vieles erleichtert. Mit den Online-Wahlen wird nun auch die

Beteiligung an den Sozialwahlen weiter erleichtert. Vor allem jüngere und technikaffine Menschen sollen durch das Angebot zur Stimmabgabe motiviert werden. Die Ersatzkassen und insbesondere ihre Sozialparlamente haben sich seit vielen Jahren für die Möglichkeit von Online-Wahlen stark gemacht. Sie erhoffen sich von der zusätzlichen Online-Option eine noch größere Beteiligung an den Sozialwahlen. Eine höhere Wahlbeteiligung durch Online-Wahlen stärkt die Soziale Selbstverwaltung und die demokratisch legitimierten Versicherten- und Arbeitgebervertreter.

Welche Vorarbeiten sind für die Online-Sozialwahlen 2023 nötig?

Mit der Änderung ihrer Satzungen haben die Ersatzkassen die Grundlage für eine digitale Stimmabgabe bereits gelegt. Ein weiterer Meilenstein ist die Online-Wahl-Verordnung, die das Bundesgesundheitsministerium im September erlassen hat. Sie regelt die technischen und organisatorischen Vorgaben für die Wahl. Alle Krankenkassen, die die Möglichkeit der Online-Wahl nutzen wollen und dies in ihrer Satzung geregelt haben, bilden nun eine verbindliche Arbeitsgemeinschaft. Diese übernimmt die praktische Vorbereitung der Wahl. Ab Oktober 2020 beginnt die Vorbereitung einer europaweiten Ausschreibung für die Software zur Stimmabgabe und zur Wahlauswertung, die bis Juni 2022 abgeschlossen sein wird.



Pflege: Im Heim oder zu Hause



Um die Pflege zukunftsfit zu gestalten, müssen die stationäre Pflege und die häusliche Pflege gleichermaßen ins Zentrum der Reformbemühungen rücken. Denn etwa 70 Prozent der rund 3,4 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden in häuslicher Umgebung gepflegt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will eine Pflegeform auf den Weg bringen, die einen herausfordernden Spagat zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Pflege darstellt. In einem ersten Konzept schlägt Spahn mehr Geld für Pflegekräfte, die Deckelung des Eigenanteils von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege und höhere Leistungen für pflegende Angehörige vor.

Neben Reformplänen, Gesetzen und Finanzierungskonzepten sind auch innovative Projekte gefragt, um die Pflege voranzubringen. Ein gutes Beispiel, das in vielen Regionen Deutschlands Schule machen könnte, ist das Regionale Pflegekompetenzzentrum (ReKo). Ziel des ReKo ist es, zunächst in einer Modellregion in Niedersachsen alle an der Pflege beteiligten Akteure zentral zu koordinieren und die Pflegebedürftigen individuell zu versorgen. Dringend notwendig sind darüber hinaus auch Präventionsansätze zum gewaltfreien Umgang im Pflegealltag, die den Pflegenden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden sollten.

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Konzept für zukunfts feste Finanzierung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) steht vor großen finanziellen Herausforderungen. Daher sind tragfähige Konzepte für eine zukunfts feste Finanzierung dieser wichtigen Säule der Sozialversicherung gefragt. Zwei wesentliche Dinge müssen unbedingt angegangen werden: Den steigenden Finanzbedarf der SPV abzusichern und die zunehmende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen zu begrenzen.

/ Text / Oliver Blatt und Jörg Meyers-Middendorf



Oliver Blatt
Abteilungsleiter Gesundheit beim vdek



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

Die Finanzlage in der SPV ist angespannt. Die Pflegereformen der Vergangenheit gingen mit erheblichen Leistungsverbesserungen für alle Pflegebedürftigen und einer Erweiterung des Personenkreises an Leistungsberechtigten einher. Man kann heute davon ausgehen, dass allein die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 einmalig bis zu sieben Milliarden Euro gekostet hat und jährliche Mehrausgaben von mindestens zwei Milliarden Euro nach sich ziehen. Die demografische Entwicklung trägt ein Übriges zur Ausgabensteigerung bei: Waren im Jahr 2000 rund 1,8 Millionen Bundesbürger auf Leistungen aus der SPV angewiesen, sind es aktuell knapp über vier Millionen Menschen. Trotz der Beitragssatzanhebung im Jahr 2019 auf

2,95 beziehungsweise 3,05 Prozent werden die Rücklagen in der SPV in 2021 die Mindestreserve wieder unterschreiten und in 2023 voraussichtlich aufgebraucht sein.

Die coronabedingten Mehrausgaben für die SPV (Finanzielle Schutzschirme und Corona-Prämie) belaufen sich nach aktuellen Auswertungen des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) bereits auf rund 1,9 Milliarden Euro. Diese werden einmalig und überwiegend mit dem Steuerzuschuss von 1,8 Milliarden Euro abgedeckt. Aber bereits die mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) angelegte Verlängerung des finanziellen Schutzschirms (rund 0,3 Milliarden Euro) und die im Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetz (GVPG) enthaltenen Maßnahmen zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften (0,3 Milliarden in 2021 und dann jährlich 0,6 Milliarden Euro) sind damit nicht mehr abgedeckt.

Dauerhafter Steuerzuschuss

Mit dem einmaligen Steuerzuschuss von 1,8 Milliarden Euro ist ein erster Schritt getan, der die Finanzsituation der SPV aber nicht dauerhaft stabilisiert. In §8 SGB XI ist explizit die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung genannt. Die Absicherung des Pflegerisikos ist also eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher dauerhaft durch einen Steuerzuschuss mit hoher Verbindlichkeit und unabhängig von konjunkturellen Schwankungen gesichert werden. Ein solcher Zuschuss könnte regelgebunden zum Beispiel als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im Gleichtakt mit den Ausgaben der Pflegeversicherung steigt.

Die Verlagerung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege von der SPV in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist im Übrigen keine tragfähige Finanzierungsalternative, handelt es sich hierbei doch nur um einen „Verschiebeparkplatz“ zulasten der GKV, welcher die ohnehin sehr angespannte Finanzsituation der Krankenkassen weiter verschärfen und in der Folge zwangsläufig zu weiteren Beitragssatzsteigerungen führen würde. Auch wäre diese Verlagerung mit einem erheblichen Bürokratieaufwand bei den Krankenkassen verbunden. Die Leistungen müssten zukünftig

durch einen Arzt gesondert verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden.

Private Pflegeversicherung beteiligten

Angesichts der finanziellen Herausforderungen in der SPV bleibt unerklärlich, wieso sich die private Pflegeversicherung nicht an dem gemeinsamen Solidarausgleich finanziell beteiligt. Bis heute findet keine ausgewogene Lastenverteilung zwischen den beiden Systemen statt, da die Versicherten in der privaten Pflegeversicherung eine deutlich günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen. Bei gleichem Leistungsrecht und gleichen Beurteilungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben nur 40 Prozent der Ausgaben in der SPV. Hier findet aktuell eine unsolidarische Risikoselektion statt. Ein solcher Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Die SPV ist so angelegt, dass – je nach Grad der Pflegebedürftigkeit – gesetzlich festgelegte Leistungsbeträge gewährt werden. Waren diese Beträge bei Einführung der SPV (1995) der Höhe nach noch geeignet, die durchschnittliche Pflegevergütung abzudecken, zeigt sich heute, dass die Pflegebedürftigen erheblich finanziell belastet werden. Dabei hat diese Belastung eine Dimension angenommen, die zumindest im stationären Bereich die Schwelle der Tragfähigkeit vieler Pflegebedürftiger überschreitet. Im Schnitt bezahlt aktuell jeder stationär versorgte Pflegebedürftige für pflegebedingte Aufwendungen, Ausbildungsumlage, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung zusammen monatlich durchschnittlich rund 2.000 Euro (Stand 1. Juli 2020). Im ambulanten Bereich sind die Effekte monetär so eindeutig nicht zu beziffern, da die Eigenanteile der Pflegebedürftigen nicht genau angegeben werden können. Gegebenenfalls verzichten die Pflegebedürftigen auch auf eine weitergehende Versorgung durch ambulante Pflegedienste.

Kurz- und mittelfristig werden weiterhin steigende Löhne und insbesondere auch das neue Personalbemessungssystem in der Pflege die Vergütungssätze und damit die finanzielle

Belastung für die Pflegebedürftigen steigen lassen. Um eine kurzfristig spürbare Entlastung für die Pflegebedürftigen zumindest bei den pflegebedingten Eigenanteilen zu schaffen, sollten die im SGB XI verankerten Leistungsbeträge einmalig angehoben werden. Im vollstationären Bereich könnte damit der vom Pflegebedürftigen zu tragende einrichtungseinheitliche Eigenanteil reduziert werden. Im ambulanten Bereich könnten die Pflegebedürftigen sich mehr Leistungen einkaufen, was auch zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen führen würde.

Länder in der Pflicht

Daneben darf nicht aus dem Blick geraten, dass als weiterer wesentlicher Kostenblock für den Pflegebedürftigen die Investitionskosten (453 Euro/Monat) anfallen. Dabei ist Förderung von Investitionskosten gemäß den Vorschriften des SGB XI Aufgabe der Länder. Bei Einführung der SPV sollte so eine Kompensation für die damalige erhebliche finanzielle Entlastung der Länder bei der Sozialhilfe durch die Einführung der SPV erreicht werden. Dieser Aufgabe kommen die Länder bis heute nicht umfassend nach und nutzen die unverbindliche Regelung im SGB XI, um sich ihrer finanziellen Verantwortung zu entziehen. Möglich wird dies, indem die Investitionskosten auf die Vergütungssätze und damit auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden. Eine verbindliche Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten ist auch eine zentrale Voraussetzung, um eine gleichmäßigere Versorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeleistungen in Ballungsgebieten und im ländlichen Raum sicherzustellen.

Die SPV braucht möglichst kurzfristig ein solides Finanzierungskonzept. Ein dauerhafter Steuerzuschuss muss ein Bestandteil eines solchen Konzeptes sein, denn Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch müssen die finanziellen Eigenanteile im Leistungsfall begrenzt werden, da sie eine kritische Marke erreicht haben und ansonsten eine Entsolidarisierung droht. Und die Länder sind gefragt, bei den Investitionskosten endlich ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen und nicht länger den Pflegebedürftigen die Kosten hierfür aufzubürden. ■

Die Förderung von Investitionskosten ist gemäß den Vorschriften des SGB XI Aufgabe der Länder.

VDEK

Pflegebedürftige auch von Investitionskosten entlasten

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt das von Gesundheitsminister Jens Spahn vorgelegte Konzept für eine Pflege-reform. Die Politik gehe drängende Probleme an, erklärt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Die Reform sei im Sinne der Pflegebedürftigen und Beschäftigten.

„Dass Minister Spahn die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege bei 700 Euro deckeln und auf 36 Monate begrenzen will, ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die steigenden finanziellen Belastungen sind für immer mehr Bewohner von Pflegeeinrichtungen und ihre Angehörigen kaum noch zu stemmen“, sagte Elsner. Die Ersatzkassen fordern seit vielen Jahren eine finanzielle Entlastung der Betroffenen. Derzeit müssen sie für einen Heimplatz im Bundesdurchschnitt 2.015 Euro monatlich aus eigener Tasche zuzahlen – für Pflege, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung.

Elsner forderte zugleich weitere Reformmaßnahmen: „Es muss geklärt werden, wer die Investitionskosten zu tragen hat. Auch hier brauchen die Pflegebedürftigen eine Entlastung. Denn die Kosten, die sie übernehmen, belaufen sich im Bundesschnitt bereits jetzt auf 455 Euro pro Monat. Eine verbindliche Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten durch die Länder muss daher Teil der Pflegereform werden.“

Für die Reform ist ein Steuerzuschuss geplant. Dies sei richtig, so Elsner. „Zugleich sollte sich die private Pflegeversicherung (PPV) aber über einen gemeinsamen Solidar-ausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung (SPV) an der Finanzierung beteiligen.“ Dies sei solidarisch, da die PPV vor allem einkommensstarke Personen mit einer günstigeren Alters- und Geschlechtsstruktur versichert. Ein gemeinsamer Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten. *pm*

PFLEGEREFORM

Deckelung des Eigenanteils

Anfang Oktober sind erste Eckpunkte für eine Pflegereform bekannt geworden. Darin enthalten sind eine Deckelung des Eigenanteils für die stationäre Pflege, Entlastungen für pflegende Angehörige und Tariflöhne für alle Pflegekräfte.



Foto: Matthias Buehner/Adobe Stock

Die Debatte um eine Pflegereform hat Gesundheitsminister Jens Spahn mit Bekanntwerden erster Ideen einer Reform begonnen. „Mein Vorschlag ist, dass Heimbewohner für die stationäre Pflege künftig für längstens 36 Monate maximal 700 Euro pro Monat zahlen. Das wären maximal 25.200 Euro“, sagte Spahn gegenüber der Bild am Sonntag. Zwar bleibe die Pflegeversicherung auch dann eine Teilkaskoversicherung, allerdings werde der Eigenanteil dadurch berechenbar.

Die geplante Deckelung begründete Spahn mit steigenden Kosten für Pflegebedürftige.

Seit 2017 sei der monatliche Eigenanteil für die stationäre Pflege um durchschnittlich 238 Euro monatlich gestiegen. Das würde für immer mehr Familien zum Problem werden. „Pflegebedürftige und ihre Angehörigen brauchen Planungssicherheit. Das schaffen wir, indem wir den Eigenanteil begrenzen.“ Zuletzt lag der Eigenanteil für die reine Pflege im Schnitt bei 786 Euro monatlich. Daten des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zeigen, dass der Eigenanteil zuzüglich weiterer Kosten, etwa für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen der Heime, im bundesweiten Schnitt zuletzt bei 2.015 Euro monatlich lag.

Des Weiteren will Spahn pflegende Angehörige entlasten. „Für Verhinderungs- und

Kurzzeitpflege möchte ich ein Jahresbudget von 3.330 Euro einführen“, erklärte er. Dieses könne nach Bedarf eingesetzt werden. Das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen sollten jedes Jahr automatisch um einen Inflationsfaktor steigen.

Drittens sollen Pflegeheime zu einer besseren Entlohnung der Mitarbeiter verpflichtet werden. „In der Pflege sollte mindestens nach Tarif bezahlt werden“, so Spahn. Die Abrechnung von Leistungen über die Pflegeversicherung soll künftig daran gebunden sein, dass Heime ihre Mitarbeiter nach Tarif bezahlen, beispielsweise im Zuge eines Haus- oder Branchentarifvertrags. 2018 hätten nur 40 Prozent der Pflegeheime ihre Angestellten nach Tarif bezahlt, bei den ambulanten Pflegediensten seien es nur 26 Prozent gewesen. „Auch Urlaubsansprüche und Sonderzahlungen fallen deutlich geringer aus als angemessen. Das muss sich ändern“, so Spahn.

Spahn rechnet für diese Reform mit Kosten in Höhe von rund sechs Milliarden Euro im Jahr.

„Ganz grob kann man sagen: Die Deckelung der Eigenanteile macht rund drei Milliarden Euro aus, die bessere Bezahlung der Pflegekräfte rund zwei Milliarden, die Leistungen für die Pflege zu Hause etwa eine Milliarde.“ Finanziert werden soll die Reform mit einem Zuschuss aus dem Bundeshaushalt. *ake*

VERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ

Mehr Personal für die vollstationäre Pflege

Ab 2021 können nach den im Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)) angelegten gesetzlichen Regelungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen 20.000 neue Stellen für Pflegehilfskräfte geschaffen werden. Der Anspruch auf zusätzliche Stellen orientiert sich an der Verteilung der Bewohner auf die Pflegegrade. Die Stellen werden mittels Zuschlägen über die Soziale Pflegeversicherung finanziert.

/ Text / Matthias Volke

Mit dem GPVG wird der Weg frei gemacht, um kurzfristig neues Personal in Pflegeeinrichtungen aufzubauen. Der Gesetzgeber folgt damit einer

Empfehlung aus dem Abschlussbericht des Forschungsprojektes zur „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“, welcher Ende September 2020 veröffentlicht wurde. Die Forschergruppe unter Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) hat ein Instrument entwickelt, mit dem je Einrichtung der fachlich angemessene Personalbedarf einer vollstationären Pflegeeinrichtung festgestellt werden kann. Erstmals liegt damit ein bundesweit einheitliches Berechnungsverfahren zur erforderlichen Personalausstattung

in der stationären Pflege vor, das neben der erforderlichen Menge je Einrichtung auch den erforderlichen Qualifikationsmix – den Anteil von Pflegefach- und Pflegehilfskräften – bestimmt.

Bei bundesweiter Anwendung des Instruments wird vor allem im Bereich der Pflegeassistenzkräfte ein erheblich erhöhter Personalbedarf prognostiziert. Die Forschungsgruppe empfiehlt daher, umgehend mit dem Aufbau dieses Personals zu beginnen. Mit der im GPVG vorgesehenen Finanzierung von 20.000 Hilfskräften wird der empfohlene unverzügliche Personalausbau gestartet, um alsbald eine Entlastung der Pflegefachkräfte zu erreichen. Der gesetzliche Ansatz ist begrüßenswert. Das gilt vor allem für die angedachte Finanzierung analog des Zuschlagsverfahrens für die zusätzlichen Betreuungskräfte, da damit sichergestellt ist, dass sich die zusätzlichen Kosten für diese Stellen nicht auf die Vergütungssätze und damit auf die Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen niederschlagen. Kritisch kann hingegen gesehen werden, dass der Anspruch jeder Einrichtung auf die zusätzlichen Hilfskräfte völlig losgelöst von der tatsächlichen Personalausstattung und damit vom Bedarf der jeweiligen Einrichtung besteht. Mit diesem „Gießkannenprinzip“ werden bestehende Unterschiede in der personellen Ausstattung der Einrichtungen zunächst bundesweit fortgeschrieben.

Flankierend wird derzeit in der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) die Entwicklung einer Roadmap beraten, mit der sich die beteiligten Akteure auf die erforderlichen Schritte und einen möglichst konkreten Zeitplan für die flächendeckende Umsetzung des Verfahrens verständigen. Um das neue Personalbemessungsverfahren überall vor Ort zu etablieren, müssen zum einen die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, zum Beispiel Länderregelungen zur Fachkraftquote oder die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten im Hilfskräftebereich. Zum anderen muss eine Reform der Pflegefinanzierung erfolgen, um die finanziellen Folgen in der Sozialen Pflegeversicherung abzufedern. ■

www.gs-qa-pflege.de unter Dokumente zum Download



Foto: Verena Brünig

Matthias Volke
Abteilung Gesundheit
beim vdek

HÄUSLICHE PFLEGE

Gemeinwohl in den Fokus rücken

Es ist der Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die Pflege möglichst lange in der eigenen Wohnung sicherzustellen. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Deutschland wird so versorgt. In der Corona-Krise ist diese Zahl weiter angestiegen. Der Grund: Heime und Tagespflegeeinrichtungen mussten schließen. Die häusliche Pflege als Infektionsherd wurde gleichzeitig sträflich vernachlässigt. Nur regelmäßige Corona-Tests der Betroffenen, der sie umgebenden Familien und der sie pflegenden Fachkräfte können dafür sorgen, dass ihr Infektionsrisiko gemindert oder die Weiterverbreitung frühzeitig unterbrochen wird.

/ Text / Armin Lang und Myriam Moser



Armin Lang
Landesvorsitzender VdK
Saarland



Myriam Moser
Referentin für Sozialpolitik
VdK Saarland

Eine Kurzstudie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin stellte Ende April 2020 fest, dass sich in der Corona-Krise „Gefährdete um besonders Gefährdete kümmern“. Von den 3,7 Millionen Menschen, die in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, lebten Ende 2018 nur knapp 800.000 in Pflegeheimen. In mehr als der Hälfte der Haushalte mit Pflegebedarf stellen ausschließlich Familienmitglieder die Gesamtversorgung sicher: Vier Millionen Deutsche leisten sogenannte informelle Pflege bei Angehörigen. Oft sind es Partnerinnen und Partner, meist Frauen, in

vielen Fällen die eigenen Kinder. Ein Großteil der Pflegenden ist in einem fortgeschrittenen Alter und trägt damit im Falle einer Infektion selbst ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Über

ber 9.000 Menschen, bei denen das Coronavirus festgestellt wurde, sind in Deutschland bislang gestorben. Obwohl die Mehrzahl der stationären Pflegeeinrichtungen nicht von Corona betroffen war, lebte etwa ein Drittel der im Zusammenhang mit dem Coronavirus Verstorbenen zuvor in Pflegeheimen oder anderen Betreuungseinrichtungen, vermeldete das Robert Koch-Institut (RKI) im April 2020. Jetzt ist wichtig, durch eine unabhängige Studie die verursachenden Bedingungen für Corona-Infektionen in stationären Einrichtungen herauszufinden, damit zukünftig gezielt präventiv gehandelt werden kann.

Einheitliche Test-Strategie ist notwendig

Eher zögerlich verschafften sich einzelne Bundesländer durch Corona-Reihentests bei Bewohnern und Personal der Pflegeeinrichtungen Klarheit darüber, wo Risiken bestehen, und verhinderten dadurch Infektionsketten. Die häusliche Pflege aber bleibt außen vor, trotz zahlreicher öffentlicher Mahnungen. So viel Einigkeit ländersübergreifend bei der Schließung von Schulen und Geschäften herrschte, so wenig Konsens gab es dabei, eine gemeinsame Strategie für diesen sensiblen und gefährdeten Bereich zu entwickeln. Deshalb muss für die Zukunft gelten: Weil die Risiken in stationären Einrichtungen und in den Pflegehaushalten vergleichbar sind, müssen alle Pflegebedürftigen sowie ihre informellen und professionellen Helfer regelmäßig getestet werden.

Blackbox 24-Stunden-Betreuung

Besonders bitter erlebten die Pflegehaushalte die Pandemie, in denen osteuropäische Betreuungskräfte tätig sind. Deutlich wurde in dieser Zeit: Die 24-Stunden-Betreuung fristet ein Schattendasein. Es braucht dringend einen passenden rechtlichen Rahmen. Nur

rund zehn Prozent der Betreuungskräfte werden auf legalem Wege über Agenturen vermittelt und arbeiten mit Arbeitsvertrag, zum Beispiel nach dem EU-Entsenderecht. Die meisten Betreuungskräfte arbeiten schwarz. Gerade in dieser Versorgungs-Grauzone ist es auch nicht die Regel, dass die Betreuungskräfte und die sonstigen Haushaltsmitglieder mit Maske, Kittel und weiteren Hygienemaßnahmen vor Infektionsgefahren geschützt sind. Mehr als 300.000 Familien in Deutschland leben ständig in dieser Rechtsunsicherheit und mussten in der Pandemie-Zeit noch zusätzliche Risiken ertragen. Auch hier gilt: Diese systemrelevante Arbeit muss schnellstens einen gesetzlichen Rahmen mit Versorgungsstandards und passenden arbeitsrechtlichen Regeln erhalten.

Mobile Tagespflege bei Bedarf

Die Schließung der Tagespflege-Einrichtungen hat den Pflegehaushalten viel abverlangt. Die Tagespflege vermittelt Struktur, fördert Selbstständigkeit, sichert Teilhabe sowie körperliche und geistige Stabilität bei den Betroffenen.

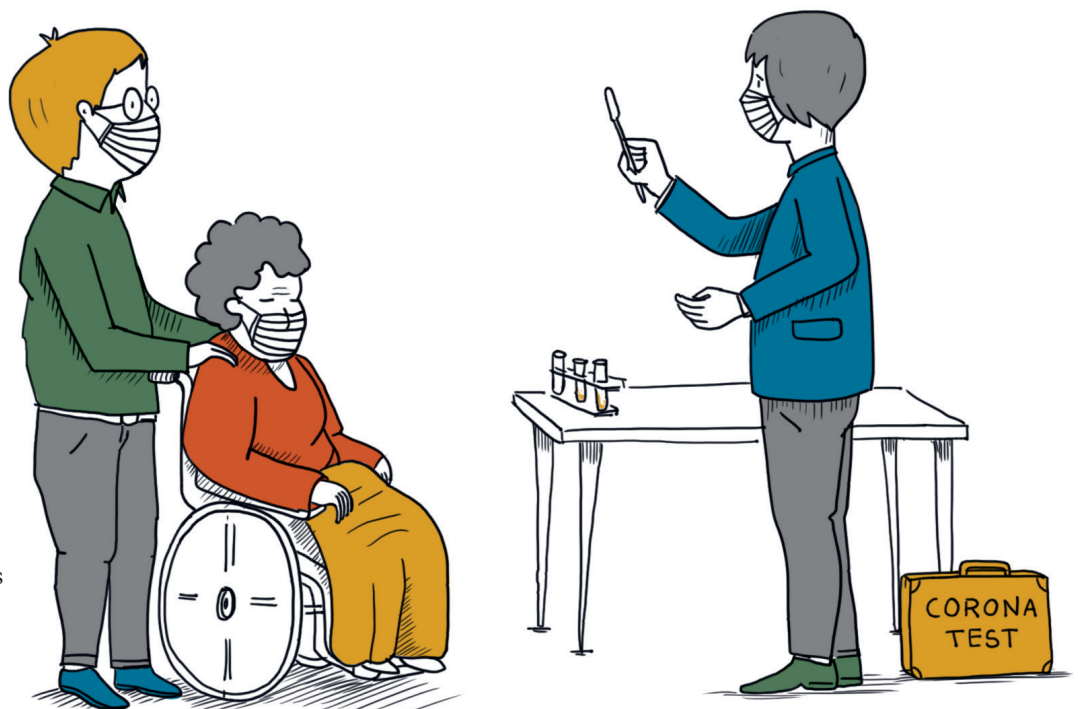
Unabhängig von der Krise gibt es schwer pflegebedürftige Menschen, die von der Tagespflege nicht profitieren, weil es kein wohnortnahes Angebot gibt oder beispielsweise eine fortgeschrittene Demenz den Transport verhindert. Einige Pflegekassen gewährten in den vergangenen Monaten die tagespflegerische Versorgung in der Wohnung des Hilfesuchenden. Dadurch wurde die passgenaue Unterstützung der Betroffenen, ergänzend zum ambulanten Pflegedienst, ebenso sichergestellt wie die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Durch eine gesetzliche Klarstellung des Tagespflege-Rechtsanspruches muss dieser auch in mobiler Form einlösbar sein. Dazu braucht es eine konzeptionelle Weiterentwicklung des Angebots.

Bei der Versorgung von Kindern und der Pflege von hilfebedürftigen Menschen aus der eigenen Familie müssen die versorgenden Angehörigen endlich gleichgestellt werden, beispielsweise bei Lohnersatzleistungen. Dies gilt auch für die Sicherung einer verlässlichen Altersvorsorge für die pflegenden Angehörigen. Ihr Rentenbeitrag während ihrer Pflegezeit muss Armut im Alter vermeiden.

Nach der Krise ist vor der Krise

Die Corona-Krise wirkt wie ein Brennglas. Darunter sehen wir die Schwächen des Sozialsystems in Deutschland. Der sogenannte Markt im Pflege- und Gesundheitssektor garantiert weder sichere Pflege noch die Gesundheit der Menschen. Gerade in dieser Zeit ist mehr öffentliche, am Gemeinwohl orientierte Verantwortung gefragt. Eine stärkere Gemeinwohlorientierung von Wirtschaft, Gesellschaft und allen staatlichen Ebenen ist der beste Schutz für alle Bürgerinnen und Bürger, ganz besonders aber derjenigen, die sich (noch) nicht oder nicht mehr selbst helfen können. Corona darf gerade für benachteiligte Menschen nicht zur Falle werden. ■

Gerade in dieser Zeit ist mehr öffentliche, am Gemeinwohl orientierte Verantwortung gefragt.



PFLEGEALLTAG

Gewaltprävention gehört in die Pflegeausbildung

Gewalt stellt eine unerwünschte, aber nicht seltene Erscheinung im Kontext Pflege dar. Bereits 2017 hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) Angehörige der Pflegeberufe zum Thema Gewalt in der Pflege befragt. Die Ergebnisse wurden breit diskutiert und legen auch heute noch Nachsteuerungsbedarfe offen.

/ Text / Frank Weidner und Daniel Tucman



Prof. Dr. Frank Weidner
Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)



Daniel Tucman
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für Angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)

Gewalt ist ein vielschichtiges Phänomen, das in allen Aspekten des Lebens auftreten kann und jedem Menschen bekannt ist. Laut Beck ist „Verletzt zu werden und andere verletzen zu können, [...] eine der

Grundbedingungen der menschlichen Existenz.“¹ Aus neurologischem und phylogenetischem (stammesgeschichtlichem) Blickwinkel muss diese Aussage als richtig und zugleich wichtig eingeschätzt werden. Der Mensch als das am höchsten entwickelte Lebewesen verfügt über eine große Bandbreite an Möglichkeiten zur Kommunikation und damit auch zur Konfliktlösung. Dennoch kommt es unter Menschen immer wieder zu aggressivem oder gar gewalttätigem Verhalten. Insbesondere das nicht seltene Phänomen ein- oder wechselseitiger Gewalt zwischen formell oder informell Pflegenden und Pflegeempfängern ist in diesem Zusammenhang zu nennen.

Dabei kann Gewalt viele Formen annehmen. Aggression geht gewalttätigem Verhalten – vereinfacht gesagt – meist voraus und nimmt Einfluss auf dieses. Aggressionen und Gewalt sind je nach theoretischer Perspektive die Äußerungen von Trieben oder von Hilflosigkeit und Frustration, wobei sie nicht zwangsläufig in Gewalt münden müssen. Zwei Faktoren sind entscheidend dafür, ob und wie mit diesen Auslösern umgegangen wird. Zum einen sind die Erfahrungen und Kompetenzen eines Menschen für eine gelingende Deeskalation von großer Bedeutung. Der Grad der individuellen Resilienz gegenüber persönlichen und beruflichen Herausforderungen ist zugleich Ausdruck von Verhaltensprävention. Zugleich nimmt aber auch die Pflegesituation in ihrer Spezifität großen Einfluss auf die in sie involvierten Personen: Zeitdruck, personelle Überlastung, strukturelle Defizite usw. können den Handlungsspielraum Pflegenden so weit einschränken, dass deren Erfahrungen und Kompetenzen nicht genügen, eine Gewaltanwendung zu verhindern.² Parallel kann auch bei Pflegeempfängern die Widerstandsfähigkeit gegenüber aggressiven Emotionen aufgrund von Überforderung, Schmerzen, Ängsten, Desorientierung oder Verlust der Autonomie sinken. Hier geht es dann vorbeugend um gezielte Strategien der Verhältnisprävention.

Gewalt ist Teil des Pflegealltags

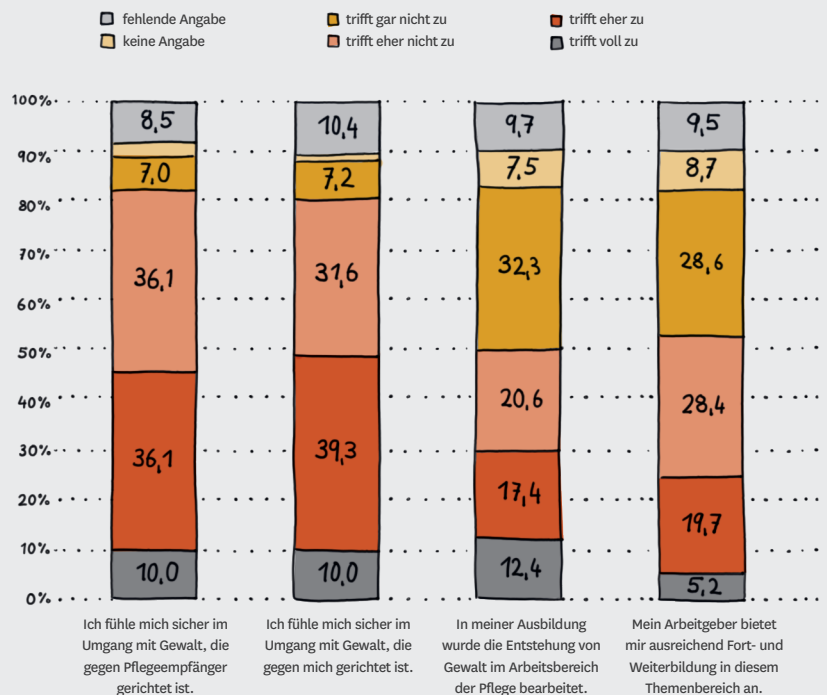
Vor diesem Hintergrund befragte das DIP im Jahr 2017 in Zusammenarbeit mit der B. Braun-Stiftung 402 Pflegefachpersonen und -schüler mittels standardisierter Fragebögen zu deren persönlichen Gewalterfahrungen in der Pflege. Der Untersuchung wurde die Gewalt-Definition von Rupp und Rauwald zugrunde gelegt. Demnach ist Gewalt „[...] eine unangemessene (d. h. vermeidbare oder unverhältnismäßig heftige) bzw. nicht legitimierte Anwendung von Machtmitteln zur Durchsetzung einer Absicht gegen den Willen einer anderen Person.“³ Einbezogen wurden dabei auch jene Gewaltformen, welche in irgendeiner Form legitimiert vorlagen. Richterlich angeordnete Fixierungen oder Zwangsmedikationen beispielsweise sind juristisch legitimiert. Dennoch handelt es hierbei zweifellos um Formen der Gewaltanwendung.

Die Ergebnisse der Untersuchung decken sich mit denen der einschlägigen Literatur und offensichtlichen Teil des Pflegealltags. Gefragt nach den Häufigkeiten bestimmter Gewalterfahrungen der vergangenen drei Monate, gab knapp ein Drittel der befragten Pflegenden an, sehr häufig bzw. eher häufig Pflegehandlungen gegen den Willen von Pflegeempfängern durchzuführen. Bezogen darauf, wie häufig die Pflegenden in den vergangenen drei Monaten selbst Opfer von Gewalt wurden, beantworteten lediglich 17,9 Prozent, keine derartigen Erfahrungen gemacht zu haben.

Obwohl Gewalt in der Pflege ein so verbreitetes Phänomen darstellt, gaben nur 23,1 Prozent der Pflegenden an, in ihrer Institution ein Deeskalationsmanagement vorzufinden. Das Vorliegen regelmäßiger Angebote zur Supervision beantworteten immerhin 31,1 Prozent positiv. Wie die Abbildung verdeutlicht, fühlt sich nur knapp die Hälfte der befragten Pflegenden sicher im Umgang mit selbst erlebter Gewalt. Etwas mehr Unsicherheit besteht bei Gewalt, die gegen Pflegeempfänger gerichtet ist. Ein ebenfalls auffallender Widerspruch liegt in der Vermittlung dieses Themenkomplexes in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Nur knapp 30 Prozent der Pflegenden gaben an, dass benötigtes Wissen hierzu in ihrer Ausbildung vermittelt worden sei. Darüber hinaus konnte lediglich knapp ein Viertel der Pflegefachpersonen ausreichende Fort- und Weiterbildungsangebote zur Thematik durch deren Arbeitgeber bestätigen.

In der Gesamtschau wird deutlich, dass Pflegende und Pflegeempfänger in einer komplexen Beziehungsform mit situativ unterschiedlichem Machtgefälle agieren, in der Gewalt eine unerwünschte, aber nicht seltene Begleiterscheinung darstellt. Um dem zu begegnen, sind besonders aufseiten der Pflegenden dringend Kompetenzen und unterstützende Rahmenbedingungen und Strukturen geboten. Dem entgegen steht der mangelnde Raum für die Thematik innerhalb der Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch ein Fehlen von Problembewusstsein und Wille zum Ausbau schützender oder unterstützender Strukturen für Beschäftigte wie auch für Pflegeempfänger seitens der Arbeitgeberseite. Eine zentrale Frage ist daher, wie

Einschätzung zum Umgang mit Gewalt und der Vermittlung der notwendigen Kompetenzen



Quelle: DIP

in der Weiterentwicklung und Ausgestaltung des SGB XI und auch des SGB V Anreize zur Förderung von Gewaltprävention und der Bewältigung von Erfahrungen mit unerwünschten Ereignissen sowohl seitens der Pflegenden als auch der zu Pflegenden geschaffen werden können. Eine weitere zentrale Thematik betrifft die konkrete Interaktionsebene in der formellen und informellen Pflegepraxis und die notwendigen Mechanismen zur Früherkennung von Aggressionen, zur Deeskalation von Gewaltsituationen und zur systematischen Aufarbeitung von Gewalterfahrungen. ■

- 1) Beck, T.K. 2015: Sozialwissenschaftliche Gewalttheorie heute
- 2) Needham, I.; Sauter, D. 2011: Aggression und Gewalt. In: Sauter, D. et al. (Hrsg.) Lehrbuch Psychiatrische Pflege.
- 3) Rupp, M.; Rauwald, C. 2004: Von der Aggressivität zur Eskalation: Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen R. et al. (Hrsg.) Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.

Besonders aufseiten der Pflegenden sind dringend Kompetenzen und unterstützende Rahmenbedingungen und Strukturen geboten.



REGIONALES PFLEGEKOMPETENZZENTRUM

Zentrale Organisation von Pflege: Projekt ReKo

Eine zentrale Organisation der Versorgung, die den Pflegebedürftigen zugutekommt: Das ist die Idee hinter dem Regionalen Pflegekompetenzzentrum. Das gemeinsame Projekt von DAK-Gesundheit, der Universität Osnabrück und der Gesundheitsregion EUREGIO ist jetzt in die Phase der praktischen Arbeit gestartet.

/ Text / Helge Dickau

Das erste Regionale Pflegekompetenzzentrum, kurz ReKo, nimmt seine Arbeit auf. Nachdem das ReKo vergangenen Oktober im Beisein von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eröffnet wurde,

kümmern sich jetzt planmäßig 15 Case Managerinnen und Manager um die ersten Pflegebedürftigen und ihre Familien in der Region rund um Nordhorn in Niedersachsen. Sie sind damit das Herzstück des Projekts.

Die Idee des ReKo: Alle an der Pflege beteiligten Akteure werden zentral koordiniert, um Pflegebedürftige optimal und auf ihre individuelle Situation zugeschnitten zu versorgen. In Nordhorn sind die Voraussetzungen ideal, sodass das erste ReKo in der niedersächsischen Modellregion Landkreis Graftschaft Bentheim/Landkreis Emsland verwirklicht wird. Dort gibt es bereits ausgeprägte, gut funktionierende Pflegestrukturen. Gleichzeitig ist die Gegend als ländliche Region geeignet, um die Vorteile der Vernetzung im ReKo ausprobieren zu können.



Helge Dickau
Pressereferent
DAK-Gesundheit

Die Case Managerinnen und Manager sind die Stelle, an der alle Fäden zusammenlaufen. Sie arbeiten dezentral bei den beteiligten Kooperationspartnern und sorgen für eine professionelle Organisation von Pflegeleistungen, Terminen und Schnittstellen, etwa zwischen Pflegediensten und Arztpraxen. So können beispielsweise Drehtüreffekte vermieden werden – die Lebensqualität der Pflegebedürftigen steigt. Auch die Angehörigen werden vom Case Management eingebunden und begleitet.

Grundlage der vernetzten Arbeit ist eine neue, sektorenübergreifende IT-Plattform. Hier laufen alle für die Pflege einer Person relevanten Informationen zusammen. Sozialdienste, Senioren- und Pflegestützpunkte, Ärzte, Pflegeheime und -dienste oder Caterer können sich vernetzen und zum Beispiel wichtige Dokumente austauschen. Auch pflegende Angehörige haben Zugriff auf die Plattform und finden umfangreiche regionale Informationen zur Pflege an einer Stelle. Als weitere Unterstützung werden in den kommenden Monaten Angehörige bei Bedarf mit Tablets ausgestattet.

Derzeit werden Menschen ausgewählt, die an der nun gestarteten Projektphase teilnehmen. 200 Personen sollen bis Ende des Jahres 2020 im ReKo betreut werden – entweder, weil sie pflegebedürftig sind, weil sie in Zukunft auf Pflege angewiesen sein werden oder weil sie Angehörige pflegebedürftiger Menschen sind. Das Ziel ist es, die Teilnehmerzahl bis Anfang 2023 auf 1.200 zu erhöhen. Zusätzlich zur bereits angelaufenen praktischen Arbeit wird das ReKo auch wissenschaftlich evaluiert. Alle Teilnehmenden werden daher gebeten, einen Evaluationsbogen auszufüllen.

Vorbild für andere Regionen

Wegen der Innovationskraft des Projekts wird das ReKo mit zehn Millionen Euro vom Innovationsfonds der Bundesregierung unterstützt. Mit diesem Fonds fördert die Bundesregierung neue Versorgungsformen und Forschungsprojekte. Darüber hinaus besteht bei den Projektpartnern der Wunsch, das Konzept ReKo auch in anderen Teilen Deutschlands zu etablieren. Erste Gespräche mit interessierten Regionen haben bereits stattgefunden. ■

G-BA

Brachytherapie als Alternative

Patienten mit Niedrig-Risiko-Prostatakrebs erhalten mit der Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie nun auch in der ambulanten Versorgung eine weitere Behandlungsalternative. Den entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gefasst. Die Brachytherapie ist ein organerhaltendes, minimalinvasives Bestrahlungsverfahren, bei dem die Strahlenquelle in den Körper eingebracht wird. Im Vergleich zu den anderen verfügbaren Therapiealternativen, wie Entfernung der Prostata oder äußere Strahlentherapie, weist die Brachytherapie ein anderes, häufig für den Patienten vorteilhafteres Nebenwirkungsprofil auf.

„Insbesondere für Patienten, die eine Entfernung der Prostata als zu belastend ablehnen und für die auch eine mehrwöchige äußere Strahlentherapie nicht infrage kommt, kann die LDR-Brachytherapie die geeignete Therapieoption sein. Da die individuelle Lebenssituation eines Patienten bei der Entscheidung von besonderer Bedeutung ist, hat der G-BA die Brachytherapie mit einer standardisierten Patienteninformation verbunden, die der Arzt oder die Ärztin dem Patienten verpflichtend aushändigen muss. Ziel ist es, den persönlichen Abwägungsprozess zu unterstützen“, so Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung.

Als Behandlungsmöglichkeiten stehen daneben die operative Entfernung der Prostata und die äußere Strahlentherapie zur Verfügung. Da ein Niedrig-Risiko-Prostatakrebs oft nur sehr langsam oder gar nicht wächst, kommt für die betroffenen Männer zudem die Strategie der aktiven Überwachung in Betracht. In diesem Fall kontrollieren Ärztinnen und Ärzte den Krebs mithilfe regelmäßiger Bluttests und Gewebeentnahmen. Erst wenn der Tumor wächst, greifen sie auf andere Therapien zurück. *pm*

www.g-ba.de

EUROPÄISCHER DROGENBERICHT

Große Nachfrage nach Kokain

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat den jährlich erscheinenden Drogenbericht mit aktuellen Daten zur Situation illegaler Drogen in Europa sowie mit Daten aus Norwegen und der Türkei veröffentlicht. Der Bericht gibt einen Überblick über die neuesten Zahlen zu Drogenkonsum und Trends, Angebot und Märkten sowie Schadensminimierung und Behandlung.

In Deutschland ist und bleibt Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz. Insbesondere bei drogeninduzierten Todesfällen und gesundheitliche Begleiterscheinungen spielen Opiode die wichtigste Rolle. Anlass zur Sorge bereiten seit einigen Jahren neben den neuen psychoaktiven Stoffen auch Hinweise auf Veränderungen der Verfügbarkeit von Stimulanzien auf dem europäischen und deutschen Markt.

Die Produktion illegaler Drogen in Europa hat zugenommen und ist vielfältiger geworden. So werden vermehrt Ausgangsstoffe für Heroin, Kokain, Amphetamine und andere Drogen nach Europa eingeführt und dort in Drogenlaboren weiterverarbeitet. Gleichzeitig sind die Sicherstellungen von Kokain noch nie so hoch wie zuvor, was auf eine höhere Verfügbarkeit in Europa schließen lässt. Darüber hinaus deutet der hohe Reinheitsgrad der Droge zusammen mit den Daten von Behandlungseinrichtungen sowie der Zahl der drogenbedingten Todesfälle darauf hin, dass Kokain eine immer größere Rolle in Europa spielt. „Die große Nachfrage nach Kokain hier in Europa ist Teil des Problems, ohne gezielte Prävention geht es nicht“, so Daniela Ludwig, Drogenbeauftragte der Bundesregierung. *pm*

www.emcdda.europa.eu/edr2020

ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

Ausbau der Telemedizin

Um das Potenzial der Telemedizin künftig noch stärker zu nutzen, können Zahnärztinnen und Zahnärzte ab Oktober neue Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbringen. Darauf haben sich Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss geeinigt. Die Übereinkunft sieht die Aufnahme von Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien sowie eines Technikzuschlages in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) vor.

„Digitale Lösungen und Anwendungen werden für Zahnarztpraxen und Patienten im Behandlungsalltag zunehmend wichtiger“, so Martin Hendges, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZBV. Insbesondere die Videosprechstunde sei ein sehr hilfreiches Instrument. Mit dieser Leistung können bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Beeinträchtigung zum Beispiel im Vorfeld eines Zahnarzttermins Symptome abgeklärt und die aufsuchende Versorgung besser organisiert werden. Weitere mögliche Szenarien wären in der Nachkontrolle einer umfangreicheren Behandlung sowie in der Erörterung anstehender prothetischer Planungen zu sehen. „Ebenso sind Videofallkonferenzen mit dem Pflegepersonal und gegebenenfalls videogestützte Telekonsilien arztgruppenübergreifend sinnvoll.“

„Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung kann der Erstkontakt zum Zahnarzt per Video erfolgen“, ergänzte Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband. „Eine große Hilfe, denn für diese Personengruppen bedeutet ein Praxisbesuch häufig auch einen großen organisatorischen Aufwand. Nun kann die Behandlung per Videoübertragung geplant und vorbereitet werden. Dank Videotechnik wird es nun viel einfacher, zahnärztlichen Kontakt zu bekommen, wenn es darauf ankommt. Beratende Videofallkonferenzen entlasten zudem Betreuende, Pflege- sowie das zahnmedizinische Personal.“ *pm*



BIBLIOTHEK

KONZEPT

Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht

Mit zunehmendem Alter baut der menschliche Körper ab. Ein unebener Boden oder falsches Schuhwerk genügen manchmal schon, um ältere Menschen ins Straucheln zu bringen. Die Folgen sind Stürze mit schmerzhaften und langwierigen Verletzungen. Hier setzt das LiFE Programm an. Es wurde erstellt, um die körperliche Fitness zu verbessern und damit das Sturzrisiko im Alltag zu senken. Die Teilnehmer lernen dabei, wie sie Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts und der Muskelkraft in ihren Alltag integrieren können. Selbstständigkeit und Lebensqualität bleiben so bis ins hohe Alter erhalten.



Lindy Clemson, Jo Munro, Maria Fiatarone Singh, Michael Schwenk, Clemens Becker
Aktiv und sicher durchs Leben mit dem LiFE Programm
 2018, XVI, 124 S., € 19,99
 Springer-Verlag, Berlin

ANALYSE

Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Krankenhaus Rating Report 2020 beleuchtet die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Er analysiert bestehende Krankenhausstrukturen in den einzelnen Kreisen Deutschlands und identifiziert Krankenhäuser mit instabilen Strukturen, die ohne geeignete Anpassung bald schon einem existenziellen Risiko ausgesetzt sein könnten. Zudem beschäftigt sich der Report mit den Effekten der zahlreichen neuen Gesetze auf die Krankenhäuser, inklusive des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes. Ein weiterer Beitrag befasst sich mit Themen wie „Insolvenzen“ und „wachsenden Haftpflichtprämien“.



Prof. Dr. Boris Augurzký, Dr. Sebastian Krolow, Dr. Adam Pilny, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Christiane Wuckel
Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt
 2020, 236 S., € 349,99 (inkl. E-Book)
 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

VORSORGE

Patienten- und Betreuungsverfügung

Dieser Wegweiser bietet bundesweit gültige Verbundformulare (im DIN-A4-Format und leicht heraustrennbar) zu Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und deren Ergänzung im Fall schwerer Erkrankung. Er informiert über Vorsorge durch Vollmacht, warum eine Generalvollmacht allein nicht ausreicht, was eine Betreuungsverfügung ist, weshalb eine Patientenverfügung so wichtig ist und vieles mehr. Die Erläuterungen und Formularmuster entsprechen dabei der aktuellen Rechtslage.



Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Hg.)
Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
 19. Auflage 2019, 47 S. + Einhefter, € 5,90
 Verlag C. H. Beck, München

Schadenersatz im Fokus

Im Schadensfall mit Drittbeteiligung stellt sich regelmäßig die Frage, ob und falls ja, in welchem Umfang ein Schadenersatzanspruch für welchen der Beteiligten besteht. Das SGB SF setzt genau an diesem Punkt an. Im umfangreichen Erläuterungsteil werden sämtliche Fragen zu Haftung, Umfang und Durchsetzung von Erstattungsansprüchen, Teilungsabkommen oder zur Verjährung beantwortet.

SGB SF – Schadenersatz und Forderungen
 66. Lfg., 10/2019, € 189,90.
 Gesamtwerk 1.640 S. in einem Ordner, € 149
 Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Regelungen des SGB V

Das Handbuch kommentiert ausführlich und praxisnah die Vorschriften des SGB V und bietet Auskunft zu allen Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung. 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 Frehe und Prof. Dr. Ernst Hauck (Hg.)
Handbuch der Krankenversicherung – Teil II – Sozialgesetzbuch V
 92. Lfg., 12/2019, € 214.
 Gesamtwerk 6.560 S. in vier Ordnern, € 309
 W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Neues zum Bundesreisekostengesetz

Neben dem Bundesreisekostengesetz (BRKG) werden auch die Regelungen der Auslandsreisekostenverordnung (ARV) und der Trennungsgeldverordnung (TGV) erklärt. Die Auslandstrennungsgeldverordnung (ATGV), Auszüge aus den Tarifvorschriften im Bereich des Bundes sowie über 30 nützliche Formularvordrucke runden das Werk ab.

Rolf Biel
Das Reisekostenrecht des Bundes – einschließlich Trennungsgeld – Kommentar
 109. Lfg., 03/2020, 344 S., € 93,90.
 Gesamtwerk 2.608 S. in zwei Ordnern, € 99 bei Fortsetzungsbezug; € 259 bei Einzelbezug; Lizenz für 1–2 Nutzer der Digitalausgabe im Jahresabonnement € 209 (inkl. Updates)
 Verlag W. Reckinger, Siegburg

DIGITALISIERUNG

Entwicklungen und Potenziale

Schlagworte wie Medizin 4.0, Big Data, Digitalisierung, Wearables oder Internet der Dinge werden systematisch analysiert und hinsichtlich ihres Potenzials ausgewertet. Experten aus Deutschland und der Schweiz befassen sich in sieben Themenblöcken unter anderem mit Digitalisierung im stationären Sektor sowie Selbstmanagement durch Versicherte und Patienten. Ziel ist, die Thematik zu systematisieren, zu ordnen und Themen und Begriffe zu unterscheiden und zu definieren. Vor allem sollen Anregungen für weitergehende Diskussionen dieses Zukunftsthemas entwickelt werden.



Herbert Rebscher und Stefan Kaufmann (Hg.)
Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen
Schriftenreihe der DSGG – Deutsch-Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Band 9, 2017, X, 412 S., € 69,99
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

ÄLTERWERDEN

Denkanstöße und Praxistipps

Die zukünftigen Älteren haben eine lange Lebenszeit mit vielen Gestaltungsmöglichkeiten vor sich. Wie gut das Altern gelingt, hängt von jedem Einzelnen, aber auch von der Vorbereitung ab. Im Buch erörtert wird, wie man das Alter und Älterwerden frühzeitig in den Blick nehmen und gestalten kann. Mit vielen Beispielen, Denkanstößen und Tipps dient es als praktischer Leitfaden für Menschen zu Anfang der zweiten Lebenshälfte. Im ersten Teil des Buches wird der Frage nachgegangen, was überhaupt „Alter“ ist, während im zweiten Teil das Älterwerden im Zusammenhang mit der Arbeit betrachtet wird.



Sabine Schröder-Kunz
Gutes Leben und Arbeiten in der zweiten Lebenshälfte – Frühzeitig den Weg zum Älterwerden gestalten
2019, X, 279 S., € 19,99
Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

RATGEBER

Übungen für Dauersitzer

Verspannungen, Dauerschmerzen, Haltungsschäden oder Herz-Kreislauf-Beschwerden: Wer seine Tage überwiegend in sitzender Haltung verbringt, leidet häufig unter den Folgen von Bewegungsmangel. Vielsitzen ist eine große Belastung für den Körper. Der Autor präsentiert Formen eines bewegten Ausgleichs – von der gesunden Sitzhaltung über den optimalen Arbeitsplatz bis hin zu Übungsreihen, die das Beste aus klassischer Physiotherapie mit Faszien- und Vielseitigkeitsübungen kombinieren. Dazu liefert er eine Fülle an Informationen, um trotz Dauersitzens fit und beschwerdefrei zu werden und zu bleiben.



Kay Bartrow
Fit als Vielsitzer – Die besten Übungen und Alltagstipps für den Schreibtisch und zuhause
2020, 152 S., € 19,99
humboldt / Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Kommentar zum Rentenrecht

Die fundierten Kommentierungen zu den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) unterstützen bei der Einarbeitung in das Rentenrecht und dessen Anwendung. Dabei erläutert das Werk auch die Gesamtkonzeption und Systematik des Rentenrechts sowie die sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen.

Dr. Wolfgang Fichte (Hg.)

SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung
4. Lfg., 11/2019, € 60,80; 1. Lfg., 04/2020, € 79,80; 2. Lfg., 05/2020, € 63,40.
Gesamtwerk 8.184 S. in fünf Ordnern, € 182
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Rund um die Notfallversorgung

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

Werner Gerlach

Krankentransport und Rettungsdienst
4. Lfg., 12/2019, € 67,60; 1. Lfg., 02/2020, € 72,20.
Gesamtwerk 4.447 S. in drei Ordnern, € 157
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Allgemeiner Teil zum SGB I

Entscheidungshilfen gibt dieser Kommentar zum SGB I allen, die bei der Anwendung oder Gestaltung des Sozialrechts mitwirken. Zudem wendet er sich an die Wissenschaft, indem er Gesamtkonzeption und Systematik des Sozialgesetzbuchs verdeutlicht und auf sozial- und rechtspolitische Entwicklungen hinweist. Lösungsorientierte Hinweise zur Umsetzung der Regelungen bieten wertvolle Unterstützung.

Prof. Dr. Ulrich Becker, LL. M. (EHI) (Hg.)

SGB I – Allgemeiner Teil
44. Lfg., 12/2019, € 59,80.
Gesamtwerk 1.856 S. in einem Ordner, € 94
Erich Schmidt Verlag, Berlin



BIBLIOTHEK

ORIENTIERUNGSHILFE

Umstellung der Eingliederungshilfe

Durch das Bundesteilhabegesetz wurde die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen völlig neu geregelt. Die bisher im SGBXII (Sozialhilfe) stehenden Vorschriften sind jetzt in einem ganz neu in das SGBIX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) eingefügten Teil geregelt. Die Neuerscheinung stellt bereits alle wesentlichen Auswirkungen der Reformen auf die Rechtsbeziehungen im Verhältnis von Hilfeberechtigtem, Leistungserbringer und zuständigem öffentlichen Leistungs- und Kostenträger vor.



Dr. Sebastian Weber
Die neue Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen
2020, XV, 122 S., € 39
Verlag C. H. Beck, München

ÜBERSICHT

Teilhabe und Inklusion im Betrieb

Das Buch soll mit seinen Erläuterungen zu den verschiedenen Regelungen den Zugang zum Behindertenrecht im Arbeitsleben erleichtern und als Hilfsmittel für den Umgang mit den Neuerungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) dienen. Dazu werden die wichtigen Gesetze, Verordnungen und Vorschriften aus dem Recht der Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf die Arbeitswelt vorgestellt. Die Grundlage bilden neben dem SGBIX 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, Dr. Maren Conrad-Giese, Henning Groskreutz, Dr. Daniel Hlava und Dr. Diana Ramm
Behindertenrecht in der Arbeitswelt – Gesetze, Verordnungen, Einleitungen, Übersichten, Rechtsprechung
4. Auflage 2020, 609 S., € 29,90
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

KRANKENHÄUSER

Finanzierung und Vergütung

Der Report 2020 analysiert die aktuellen Entwicklungen in der Krankenhausfinanzierung und zeigt die Perspektiven der Weiterentwicklung auf. Jedes System der Krankenhausfinanzierung und -vergütung setzt zwangsläufig positive und negative Anreize. Auch mit dem in Deutschland 2003 eingeführten Fallpauschalensystem waren bestimmte Ziele verbunden. Das als „lernes System“ angelegte G-DRG-System erfuhr im Lauf der Zeit eine Vielzahl von Modifikationen und Ergänzungen, die Ausgliederung der Pflegekosten ab 2020 gilt allerdings als die wesentlichste Veränderung.



Jürgen Klauber, Prof. Dr. Max Geraedts, Jörg Friedrich, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Andreas Beivers (Hg.)
Krankenhaus-Report 2020 – Schwerpunkt: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg
2020, XXII, 488 S., mit Online-Files/Update, € 53,49
Springer-Verlag GmbH, Berlin

Arzneimittelrecht im Fokus

Neben den Texten und amtlichen Begründungen enthält das Werk ausführliche Kommentierungen arzneimittelrechtlicher Vorschriften. Im Mittelpunkt steht dabei der Kommentar zum Arzneimittelgesetz. Außerdem werden auch EU-Recht, alle das Arzneimittelgesetz betreffenden Rechtsverordnungen und arzneimittelrechtliche Nachbarggebiete erläutert.

Dorothea Prütting, Valentin Saalfrank, Frank Stollmann, Sabine Wesser (Hg.)
Begründet von Arno Kloesel / Walter Cyran
Arzneimittelrecht – Kommentar
135. Lfg., 04/2019; 136. Lfg., 04/2020, € 164.
Gesamtwerk 13.868 S. in 17 Ringordnern, € 239
Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Kommentar enthält alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen und zeigt die Zusammenhänge des SGBII 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., 01/2020, € 65; 2. Lfg., 03/2020, € 64,80.
Gesamtwerk 5.544 S. in vier Ordnern, € 136
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Ergänzende Gesetze von A–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
91. Lfg., 03/2020, € 149,90.
Gesamtwerk in einem Ordner, € 149
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied



STECKBRIEF

Dr. Melanie Leonhard

Alter 43

Wohnort Hamburg

Tätigkeit Sozialsenatorin in Hamburg (SPD)

Ausbildung Historikerin

Hobbys Hörspiele, Kreuzworträtsel

Liebblingsgericht Schmorbraten

Gesundheit bedeutet für Sie ...

... ein gutes Lebensgefühl ohne Einschränkungen.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Ein ruhiger Abend auf dem Sofa, mit einer Tasse Tee.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Currywurst & Pommes

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Schlechte Laune.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Eine gute und professionelle Versorgungsstruktur.

Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... dass sich auch künftig genug Menschen finden, die als Hausarzt tätig werden wollen.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf viele lange Abende.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Rock Hudson.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Nicht aufgeben!



Wohl bekomms!

Ungezügelt, schnelles Essen hat eine unangenehme Begleiterscheinung: Es geht auf die Hüften. Je schneller wir essen, desto mehr nehmen wir zu uns. Doch wie lässt sich die Essgeschwindigkeit bremsen? Mit klassischer Musik zum Beispiel, die während der Mahlzeiten im Hintergrund spielt. Dies hat eine kürzlich veröffentlichte Studie der Universität Aarhus ergeben.

Ein Selbstversuch lohnt sich also, aber es gibt einiges zu beachten, damit er gelingt. Das fängt bei der Musikauswahl an. Ein Stück in Legato-Spielweise muss es sein, bei der die Töne ohne Klangpausen aneinander gebunden werden und die Musik sanft dahinfließt wie ein plätschernder Bach. Womit wir auch beim Komponisten wären. Bestimmte Stücke von J. S. Bach eignen sich gut für das Klangexperiment am Frühstückstisch oder beim Abendessen.

Konkrete Musiktippis gibt es übrigens vom dänischen Studienteam selbst. Mitautorin Signe Lund Mathiesen empfiehlt Interpretationen der sechs Bach-Partiten durch den ungarischen Pianisten András Schiff – und hier insbesondere „Nummer 5, BWV 829: Sarabande“. Aber auch Arvo Pärts Musikstück „Spiegel im Spiegel“ eigne sich. Beide Titel sind auf YouTube schnell gefunden, die Müslischale steht gut gefüllt auf dem Tisch, der Play-Button ist gedrückt. Der Versuch in eigener Sache kann beginnen.

Der Rhythmus des Kauens passe sich dem Takt der Musik an, lautet ein Erklärungsversuch für die Auswirkungen langsamer Musik auf das Essverhalten. So verhielt es sich vermutlich auch bei den über 300 Testpersonen, die im Rahmen der dänischen Studie verschiedene Schokoladensorten probierten, während sie über Kopfhörer langsamere und schnellere Varianten eines klassischen Stücks hörten. Die Teilnehmenden wussten allerdings nicht, dass es bei der Untersuchung weniger um Geschmackstests ging, sondern vielmehr um die Essgeschwindigkeit, die beim Verzehr der Schokolade gemessen wurde.

Bei langsamer, in Legato gespielter Musik dauerte der Verzehr der Schokolade am längsten. Umgekehrt hatten die Versuchspersonen ihre Schokolade am schnellsten aufgegessen, wenn sie keine Musik hörten. Vielleicht hilft diese Erkenntnis gerade mit Blick auf die kältere Jahreszeit, wenn der Appetit auf Süßes steigt.

Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen – und einen Spaziergang durch die bunte Herbstlandschaft!

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Dr. Tanja Grootz

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-1205
Fax 030/2 69 31-2900
redaktion@vdek.com
www.vdek.com/magazin
@vdek_Presse

Layout

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

Repro und Druck

X-PRESS Grafik & Druck GmbH
Nunsdorfer Ring 13 | 12277 Berlin
www.x-press.de

Erscheinungsdatum

Oktober 2020 / 100. 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/presse
@TK_Presse



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 040-2364 855-0
Fax: 040-334 70-123456
service@dak.de
www.dak.de
@DAKGesundheit



hkk – Handelskrankenkasse

Martinistraße 26
28195 Bremen
Tel.: 0421-36 55-0
Fax: 0421-36 55-3700
info@hkk.de
www.hkk.de



BARMER

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



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
@KKH_Politik



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 0800-0213213
Fax: 040-656 96-1237
kontakt@hek.de
www.hek.de
@HEKonline



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Redaktion *ersatzkasse magazin*.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel 030/26931-1206

Fax 030/26931-2900

www.vdek.com/magazin

[@vdek_Presse](https://twitter.com/vdek_Presse)