

ersatzkasse magazin.

G20634



„Die ePA braucht das Erlebnis des Nutzens“

gematik-Geschäftsführer Dr. Markus Leyck Dieken im Interview

Krankenversicherungsrecht

Was ändert sich durch den Brexit?

Deutschland erkennt Sepsis

Start der Aufklärungskampagne

Herausforderungen im Wahljahr 2021

Im Superwahljahr wird die Politik daran gemessen, wie sie die Corona-Pandemie bisher bewältigt hat und welche Zukunftskonzepte es gibt. Handlungsdruck besteht auch bei anderen gesundheitspolitischen Herausforderungen

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 201 a
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

Martinstraße 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 74 a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

die Corona-Pandemie will nicht enden, vielmehr kommen nun neue Mutationen erschwerend bei der Pandemiebekämpfung hinzu. Und als wäre der zweite Lockdown nicht schwierig genug, auch mit dem Impfen geht es nicht wie erhofft voran.

Kritik gibt es bei der Impfstoffbeschaffung und dem Impfmanagement. Wie erreicht man, dass gerade Risikogruppen sich impfen lassen, welcher Impfstoff kann bei welcher Risikogruppe eingesetzt werden, wie sieht es generell mit der Impfsicherheit aus? Mit all diesen Fragen muss sich die Politik ausgerechnet im Superwahljahr 2021 auseinandersetzen: sechs Landtagswahlen und die Bundestagswahl im September. Immerhin soll nach Aussage von Gesundheitsminister Jens Spahn jede(r) Bürger*in bis September 2021 noch ein Impfangebot bekommen, wohl gerade noch rechtzeitig bis zur Bundestagswahl. Denn das Pandemiemanagement wird sicherlich ein wahlentscheidendes Thema sein.

Aber es stehen noch weitere Gesundheitsthemen auf der Agenda: Da wäre vor allem die dringend notwendige Finanzreform in der Pflege mit der Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen sowie die Reform der Krankenhauslandschaft. Angesichts des demografischen Wandels und des erheblichen Fachkräftebedarfs kommt man an einem Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhäuser nicht vorbei. Dies wird durch die Corona-Pandemie noch einmal eindrucksvoll unterstrichen, wie Krankenhausbelegungszahlen des vdek zeigen. Spätestens ab Herbst 2021 wird sich die neue Bundesregierung auch erneut mit den Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung befassen müssen. Hier droht vermutlich erneut eine Erhöhung der Zusatzbeitragssätze, wenn die coronabedingten Mehrkosten nicht noch

einmal durch Steuerzuschüsse kompensiert werden. Und wichtig es ist, die Digitalisierung des Gesundheitswesens konsequent weiterzuführen. Seit dem 1. Januar 2021 steht nun allen Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung. Dr. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer der gematik, unterstreicht im Interview mit *ersatzkasse magazin*. den Nutzen für die Versicherten und ist überzeugt, dass die ePA zu einer noch besseren Gesundheitsversorgung beiträgt. Und er betont: „Welche medizinischen Informationen in die Akte hochgeladen werden und wer darauf zugreifen darf, entscheidet der Patient ganz alleine.“

Die Patientensicherheit zu verbessern, ist ebenfalls ein zentrales Anliegen der Ersatzkassen. Nachdem der vdek bereits 2018 das viel beachtete „Weißbuch Patientensicherheit“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) (finanziell) unterstützt hat, beteiligt er sich nun aktiv an der Aufklärungskampagne „Deutschland erkennt Sepsis“. 75.000 Todesfälle allein in Deutschland durch Sepsis oder Blutvergiftung ist eine bedrückend hohe Zahl, vor allem wenn man bedenkt, dass 15.000 bis 20.000 Fälle vermeidbar wären. Die Betroffenen und Angehörigen müssen in der Lage sein, Symptome einer Sepsis zu erkennen und dann rasch den Notruf 112 zu wählen. Dies will die Kampagne mithilfe eines Films, einer Website und von Informationsmaterial erreichen. Jede(r) kann mitmachen, jede(r) sollte mitmachen, denn Sepsis kann jede(n) treffen, auch in Coronazeiten, meint

Foto: vdek/Georg J. Lopata



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek

Ihre

Michaela Gottfried



Inhalt

1. Ausgabe 2021

POLITIK

DSO: Zahl der Organspender bleibt stabil	6
Gutachten: Genderwissen im Medizinstudium	7
Aktuelle Gesetzesvorhaben	8
Corona-Impfungen: Schritt Richtung Normalität	10
Impfstoffe: Drei Fragen an Prof. Dr. Martin Schulz	11
ePA: Test- und Einführungsphase gestartet	12
Fragen und Antworten zur ePA	13
Interview mit Dr. Markus Leyck Dieken	16
Was ändert sich durch den Brexit?	20
ESSR-Aktionsplan: Synergien für soziale Gleichheit	22
Einwurf: Was weiter zu tun ist	23

AUS DEN KASSEN

Einsatz von Psychopharmaka bei Demenz	24
---	----

IM FOKUS DEUTSCHLAND ERKENNT SEPSIS

Kampagne: Deutschland erkennt Sepsis	28
Forderungspapier: Sepsis besser erkennen	30
Fragen und Antworten rund um Sepsis	32
Sepsis-Schock überlebt: Bericht eines Betroffenen	34

TITEL HERAUSFORDERUNGEN IM WAHLJAHR 2021

GKV: Finanz- und Marktsituation	36
Krankenhausversorgung: Kliniken spezialisieren	38
DiGA: Höhere Akzeptanz	39
Pflege: Eigenanteile an der Belastungsgrenze	40
Gesundheitspolitik – wahlentscheidend wie nie	42

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	44
Steckbrief: Ursula Nonnemacher	45
PS: Herzlichen Glückwunsch!	46

TITELTHEMA

Herausforderungen im Wahljahr 2021

Das Superwahljahr 2021 ist zugleich ein Jahr großer gesundheitspolitischer Herausforderungen. Um den pandemiebedingten Finanzdruck abzumildern, der auf der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lastet, sind Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Beitragsätze dringend notwendig. Die Corona-Pandemie unterstreicht auch den Reformbedarf der Krankenhausstrukturen. Bund und Länder sind aufgefordert, den Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Weiteren politischen Handlungsbedarf gibt es unter anderem auch in der Pflege.



16



Foto: Marc-Steffen Unger

INTERVIEW

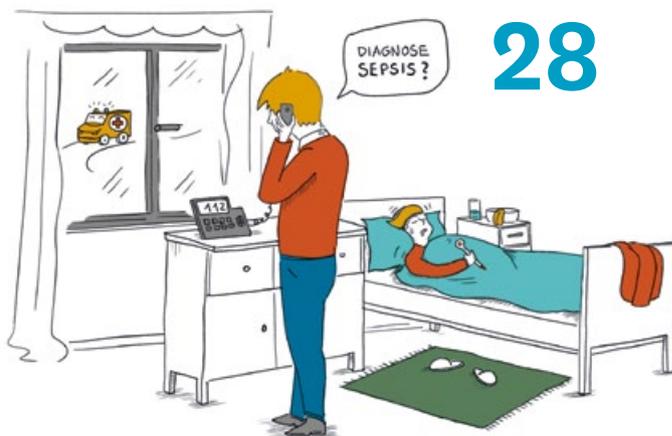
„Die ePA braucht das Erlebnis des Nutzens“

Seit dem 1. Januar 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Dr. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer der gematik, geht davon aus, dass sich die ePA in den kommenden Jahren etablieren wird. In den ersten zwei Jahren wäre es schon eine gute Entwicklung, einen höheren einstelligen Prozentsatz der Versicherten dafür zu gewinnen, sagte Leyck Dieken im Gespräch mit *ersatzkasse magazin*. Ab dann werde die Zahl vermutlich relativ rasch zunehmen, denn die ePA brauche das Erlebnis des Nutzens.

IM FOKUS

Deutschland erkennt Sepsis

Ein breites Bündnis hat am 16. Februar 2021 die Kampagne „Deutschland erkennt Sepsis“ gestartet, die vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) nachdrücklich unterstützt wird. Wichtigstes Ziel ist es, über die Gefahren der Sepsis (Blutvergiftung) aufzuklären und typische Warnzeichen in der Bevölkerung und beim medizinischen Personal bekannter zu machen. Denn Sepsis wird oft zu spät erkannt. Jedes Jahr sterben allein in Deutschland etwa 75.000 Menschen an einer Sepsis, 15.000 bis 20.000 Todesfälle sowie viele Folgeschäden gelten als vermeidbar.





PFLEGEPERSONAL

Vier neue Mindestgrenzen

Zum 1. Februar 2021 sind vier neue Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser in Kraft getreten. Damit gelten diese Mindestgrenzen künftig für zwölf pflegesensitive Bereiche. Pflegepersonaluntergrenzen legen für Bereiche mit besonders hohem Pflegeaufkommen fest, wie viel Pflegepersonal mindestens auf einer Station während einer Tages- oder Nachtschicht im Krankenhaus anwesend sein muss. Sie definieren somit einen Mindeststandard der personellen Besetzung und dienen damit dem Patientenschutz. Gerade bei hoher Arbeitsfrequenz im Krankenhaus zeigt sich, wie notwendig eine angemessene Personaldecke ist.

„Pflegepersonaluntergrenzen schützen sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Pflegekräfte. So ist beispielsweise da, wo die Untergrenzen gelten, Schluss damit, dass Pflegekräfte nachts alleine Dienst auf einer großen Station machen müssen. Pflegepersonaluntergrenzen können somit Patientengefährdung vermeiden, sie sind gelebter Patientenschutz“, so Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband. Deshalb sei es so wichtig, dass sie möglichst umfassend gelten. Mit den neuen Untergrenzen für Pflegepersonal ist in rund 70 Prozent aller bettenführenden Abteilungen eine pflegerische Mindestversorgung vorgeschrieben.

Pflegepersonaluntergrenzen gelten für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation, Neurologische Schlaganfalleinheit, Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie und Pädiatrische Intensivmedizin. Krankenhäuser sind dazu verpflichtet nachzuweisen, ob sie die pflegerische Mindestversorgung sicherstellen können. Sollten Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen-Anforderungen aufgrund der Corona-Pandemie nicht erfüllen können, sind Sanktionen ausgeschlossen. *pm*

DSO

Zahl der Organ-spender bleibt stabil

Im Jahr 2020 haben nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in Deutschland 913 Menschen nach dem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Das entspricht elf Spendern pro eine Million Einwohner. Damit liegen die Organ-spendezahlen in etwa auf dem Niveau des Vorjahres (932 Organspender; 11,2 Spender pro eine Million Einwohner).

Im zurückliegenden Jahr konnten 2.941 hierzulande postmortal entnommene Organe durch die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) an Patienten auf den Wartelisten zugewiesen werden; nur ein leichter Rückgang gegenüber dem Jahr zuvor (2019: 2.995 Organe). Dazu zählten 1.447 Nieren, 746 Lebern, 342 Lungen, 320 Herzen, 79 Bauchspeicheldrüsen sowie sieben Därme. Jeder der 913 Spender hat somit durchschnittlich mehr als drei schwerkranken Patienten die Chance auf ein neues Leben ermöglicht.

Dabei konnten Organspende und Transplantation in Deutschland trotz der Corona-Pandemie insgesamt ohne die teils in anderen europäischen Ländern zu beobachtenden großen Einbrüche fortgeführt werden. Das lag auch daran, dass die Kliniken weiterhin die Organspende im Blick hatten und frühzeitig mit beteiligten Institutionen Regelungen getroffen wurden, um die Sicherheit für die Empfänger im Organspendeprozess zu gewährleisten. *pm*

www.dso.de

Die aktuelle Zahl

600.000

Mit so vielen Krebsneuerkrankungen pro Jahr in Deutschland rechnet das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg bis zum Jahr 2030.

HOSPIZARBEIT

Wichtige Stütze für Betroffene

Mehr als 100.000 Menschen engagieren sich in Deutschland in der Hospizarbeit. Allein in den ambulanten Hospizdiensten leisten Ehrenamtliche jährlich rund 2.800 Sterbebegleitungen bei Kindern und rund 58.000 Sterbebegleitungen bei Erwachsenen. Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), hat anlässlich des Tages der Kinderhospizarbeit am 10. Februar den Einsatz gewürdigt. „Die Ehrenamtlichen sind eine wichtige Stütze für viele sterbensranke Kinder und ihre Angehörigen.“ Den gesetzlichen Krankenkassen sei es ein wichtiges Anliegen, dieses Engagement zu unterstützen.

Die gesetzlichen Krankenkassen förderten 2019 die ambulante Hospizarbeit mit rund 98 Millionen Euro. Das waren zehn Millionen mehr als 2018. Die Ausgaben für stationäre Hospize lagen 2019 bei rund 220 Millionen Euro, 40 Millionen mehr als im Vorjahr. Die Einrichtungen erhalten für qualifiziertes Personal, Sachkosten sowie eine kind- bzw. familiengerechte Ausstattung durchschnittlich 650 Euro pro Tag und Kind. Das ist mehr als das Doppelte des gesetzlich vorgesehenen Mindestsatzes von derzeit 296 Euro.

Die Versorgung in einem stationären Hospiz und die Sterbebegleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sind für gesetzlich Krankenversicherte und ihre Angehörigen kostenlos. Bei der Suche nach einem geeigneten Hospiz oder ambulanten Hospizdienst hilft das Portal vdek-Hospizlotse, das derzeit bundesweit mehr als 1.000 ambulante Hospizdienste, mehr als 300 stationäre Hospize für Erwachsene sowie 19 stationäre Kinder- und Jugendhospize verzeichnet. *pm*

www.hospizlotse.de

KRANKENHÄUSER

Pauschale Förderung

In diesem Jahr erhalten 140 ländliche Krankenhäuser eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 bis 800.000 Euro je Krankenhaus. Damit unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz direkt alle Kliniken, die für die flächendeckende Grundversorgung oder die Geburtshilfe notwendig sind.

Diesen Pauschalzuschlag erhalten ländliche Krankenhäuser, die die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen. Die Kriterien sind geringer Versorgungsbedarf, bedarfsnotwendige Fachabteilungen und Erreichbarkeitsmaß. Dabei geht es um die Fachbereiche der allgemeinen Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie), Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Mit dem GKV-Kliniksimulator kann im Internet für jedes Krankenhaus dieser Versorgungsbereiche dessen Schließung simuliert werden. So kann sich jeder selbst einen Eindruck verschaffen, wie sich im Falle einer Klinikschließung die Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus verändern würde. Damit ist der GKV-Kliniksimulator ein wichtiges Instrument für eine patientenorientierte Zukunftsplanung und Sicherung der Patientenversorgung und für den Erhalt der zusätzlichen Förderung. *pm*
www.gkv-kliniksimulator.de

Einsicht des Monats

„Als Gesellschaft sind wir dankbar für diesen Einsatz.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn würdigte auf einer Pressekonferenz Anfang Februar 2021 die Arbeit, die Ärzte, Reinigungspersonal, aber vor allem die Pflegekräfte auf den Intensivstationen in den vergangenen Monaten versehen hätten.

GUTACHTEN

Genderwissen im Medizinstudium

Wie steht es um das Genderwissen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen? Zu diesem Thema hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Forschungsprojekt finanziert, das entsprechende Gutachten ist nun verfügbar. Ein zentrales Ergebnis: An 70,4 Prozent der medizinischen Fakultäten in Deutschland werden Medizinstudierende nur punktuell in einzelnen Lehrveranstaltungen auf die Geschlechterunterschiede bei Krankheiten, Symptomen und Therapien aufmerksam gemacht.

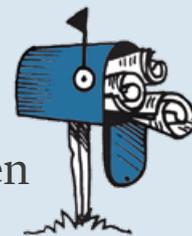
„Soweit es die Humanmedizin betrifft, ist die Vermittlung von geschlechtersensiblen Wissen an den Universitäten leider absolut unzureichend“, berichtet Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk. Die Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) gehört zu den Autorinnen des Projekts, das von der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem DÄB gemeinsam bearbeitet wurde. Den Studierenden selbst sei die Bedeutung der Gendermedizin für die Qualität der medizinischen Versorgung inzwischen oft bewusst. Das habe eine Umfrage des DÄB unter Medizinstudentinnen im vergangenen Jahr ergeben. Der Umfrage zufolge wünschten sie sich mehr genderspezifische Inhalte im Studium.

Das Forschungsprojekt zeigt nun, dass in den Modell- und Reformstudiengängen die Integration von geschlechtersensiblen Inhalten häufiger gelungen ist als in den traditionellen Regelstudiengängen, wenn auch selbst hier nur bei rund der Hälfte solcher Fakultäten. Zudem zeigt das Gutachten Hinweise auf, woran es bei der Lehre von Gendermedizin hapert. Als maßgebliche Barrieren wurden eine mangelnde Bereitschaft beziehungsweise ein geringes Problembewusstsein der Lehrkräfte genannt sowie deren fehlende Qualifizierung. Auch würden Genderaspekte in den einschlägigen Fach- und Lehrbüchern der medizinischen Fächer bisher nicht systematisch berücksichtigt. *pm*

www.bmg.bund.de
www.aerztinnenbund.de

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Impfstoffe: Verteilung

„Impfnationalismus ist die falsche Antwort. Stattdessen benötigt die EU eine starke Behörde, die im Krisenfall schnell und mit viel Geld reagieren kann – so wie das US-Vorbild Barda. Dank dieser Agentur stehen die USA recht gut da bei ihrer Impfkampagne, trotz mancher Fehler des Corona-Verharmlosers Donald Trump. Tatsächlich plant Brüssel den Aufbau einer ähnlichen Behörde. Das ist gut so. Allerdings sollte diese Behörde wirklich unabhängig und mächtig sein und nicht bloß ein Anhängsel der EU-Kommission. Sonst wäre nicht viel gewonnen.“

[SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 11.2.2021](#)

Impfstoffe: Wirksamkeit

„Es bleibt zu hoffen, dass sich diese ersten Daten in weiteren Studien nicht bestätigen, dass AstraZenecas Vakzin also gegen B.1.351 nicht nur schwere Erkrankungen verhindert, sondern auch die Verbreitung dieser Virusvariante maßgeblich bremst. Tut es das nicht, wäre Abwarten die bessere Lösung. Erst wenn der AstraZeneca-Impfstoff angepasst ist und auch gegen die Verbreitung von B.1.351 hilft, wäre das Vakzin eine echte Hilfe im Kampf gegen die Pandemie.“

[DIE WELT, 9.2.2021](#)

Impfstoffe: Patentschutz

„Das Nein der reichen Industriestaaten zur Aussetzung der Patentrechte ist nicht nur ein moralisches und politisches Versagen. Es ist auch überaus kurzsichtig. Denn die Coronapandemie wird weder in Deutschland noch in der EU überwunden werden. Auch wenn im Laufe dieses Jahres die erforderliche Milliarde Impfdosen allen EU-BürgerInnen zur Verfügung stehen sollten – überwunden wird die Coronapandemie, wenn überhaupt, nur global.“

[DIE TAGESZEITUNG, 5.2.2021](#)



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- Mindestmengen für die stationäre Versorgung sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden.
- Für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern soll ein fixes Ausgabenvolumen in Höhe von 30 Cent pro Versicherten ab 2022 (inklusive einer Dynamisierungsklausel) bis einschließlich 2028 vorgesehen werden.
- Für jährlich zwei weitere operative Eingriffe soll der G-BA strukturierte Zweitmeinungsverfahren entwickeln.
- Innerhalb von 24 Monaten soll der G-BA ein Disease-Management-Programm Adipositas entwickeln.
- Der unparteiische G-BA-Vorsitzende erhält eigenes Antragsrecht im Plenum.
- Die Krankenkassen sollen künftig gemeinsam mit den Kommunen lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke etablieren.
- Im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollen Anpassungen beim Kinderkrankengeld und bei den Auslandsversicherten vorgenommen werden.
- Ab dem vierten Quartal 2021 soll ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung etabliert werden.
- Vertragsärzte, -zahnärzte sowie -psychotherapeuten werden zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet.
- Ein bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren für ambulante ärztliche Notfallbehandlung soll zukünftig vom G-BA beschlossen werden. Dieses soll insbesondere Vorgaben für Qualität, Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie zur Form der Abrechnungsunterlagen enthalten.
- Ambulante Krebsberatungsstellen sollen vom 1. Januar 2021 mit jährlich 42 Millionen Euro durch den GKV-Spitzenverband gefördert werden. Der Anteil der privaten Krankenversicherung entspricht sieben Prozent.
- Hausärzte können bei Bedarf ihre Patienten über die Organ- und Gewebespende alle zwei Jahre ergebnisoffen beraten.
- Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sollen im Jahr 2021 Zahlungen von 190 Millionen Euro an das Bundesministerium für Gesundheit zur Finanzierung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln für Ärzte und Zahnärzte erfolgen.

Kabinettsentwurf vom 16. Dezember 2020
Inkrafttreten: Nach Verkündung

Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung (KKWerbeV)

- Die Gewährung geldwerter Vorteile für den Wechsel oder für den Verzicht auf den Wechsel der Krankenkasse wird untersagt.
- Krankenkassen sind im Falle einer grundsätzlich zulässigen vergleichenden Werbung zu besonderer Fairness angehalten. Beitragssatzvergleiche sind nur zulässig, wenn zugleich über etwaige Leistungsvergleiche aufgeklärt wird.
- Krankenkassen dürfen zukünftig Angebote Dritter nur bewerben, wenn es sich um gesetzlich oder satzungsgemäß vorgesehene Leistungen der jeweiligen Kasse handelt. Durch die Neuregelung sollen Werbemaßnahmen der Krankenkassen bei Sportveranstaltungen stark eingeschränkt werden. Künftig soll insbesondere die Banden- und Trikotwerbung im Spitzensport und Profisport untersagt werden, weil dies als reine Marken- bzw. Imagewerbung angesehen wird.
- Aufwandsentschädigungen für das Werben von Mitgliedern durch externe Dienstleister müssen in das Gesamtbudget einbezogen werden.
- Zukünftig dürfen Leistungsbescheide der Krankenkassen keine Werbemaßnahmen beinhalten.

Referentenentwurf vom 2. Dezember 2020
Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

- Zur Verbesserung der Versorgung und Forschung in der Onkologie sollen die klinischen und epidemiologischen Daten der Krebsregister der Länder bundesweit in einem zweistufigen Prozess unter dem Dach des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) beim Robert Koch-Institut zusammengeführt werden.
- Der an das ZfKD zu liefernde epidemiologische Datensatz soll in einer ersten Stufe um weitere Daten der klinischen Krebsregistrierung, insbesondere zur Therapie und zum Verlauf der Erkrankung, erweitert werden. Personenbezogene Angaben zu den Meldern werden nicht übermittelt.
- Die Krebsregisterfallpauschale soll von 119 Euro auf 137,21 Euro erhöht werden und für jede erstmals in diesem Register verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor ausgezahlt werden (Mehrfachauszahlung der Pauschale).

Referentenentwurf vom 10. Dezember 2020
Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

- Die Telemedizin wird ausgebaut und die Möglichkeiten zur Videobehandlung in verschiedenen Leistungsbereichen werden erweitert. Die Terminservicestellen können zukünftig auch Videosprechstunden bei einem Vertragsarzt vermitteln. Heilmitteltherapien und Leistungen von Hebammen werden dauerhaft im Rahmen einer Videobehandlung ermöglicht.
- Die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wird weiterentwickelt. Die Anforderungen an DiGA im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit sollen erhöht werden. Es wird ein verpflichtendes Zertifikat für die Informationssicherheit eingeführt.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, dem bereits bestehenden Nationalen Gesundheitsportal Daten zu Vertragsärzten und -zahnärzten einschließlich Sprechstundenzeiten und Angaben unter anderem über Schwerpunkte und besondere Qualifikationen zur Verfügung zu stellen.

Kabinettsentwurf vom 20. Januar 2021
Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

- Ab 2023 sollen Versicherte und Leistungserbringer, z. B. zur Authentifizierung bei der Videosprechstunde, von den Krankenkassen digitale Identitäten erhalten, die dabei unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte sind und als Versicherungsnachweis dienen.
- Für die Bereiche der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege, der Soziotherapie, der Heil- und Hilfsmittel, der Betäubungsmittel und weiterer verschreibungspflichtiger Arzneimittel werden elektronische Verordnungen eingeführt.
- Zukünftig sollen digitale Anwendungen, auch zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen, Teil des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung sein. Über die Notwendigkeit der Versorgung mit einer sogenannten Digitalen Pflegeanwendung (DiPA) entscheidet die Pflegekasse.



GASTKOMMENTAR

Corona- Impfungen – großer Schritt in Richtung Normalität

Ein kleiner Pieks für den Einzelnen, ein großer Schritt in Richtung normales Leben. Impfungen können helfen, die Pandemie zu beenden.

Seit über einem Jahr hält uns die Corona-Pandemie gefangen. Wir haben viele Millionen Infizierte und über eine Million Verstorbene weltweit. Viele Maßnahmen wie AHA-Regeln, Lockdown oder Reisebeschränkungen zeigten nur langsam Wirkung. Die Sorgen vieler nicht nur um die eigene Gesundheit und kranke Angehörige, sondern auch um die Existenz bzw. die Folgen des Lockdowns belasten uns alle schwer.

Seit Ende 2020 sehen wir endlich Licht am Ende des Tunnels. In Rekordzeit wurden Impfstoffe entwickelt, die die Möglichkeit bieten, die Pandemie in den Griff zu bekommen. Nicht ohne Stolz können wir sagen, dass der erste wirksame Impfstoff bei uns in Deutschland entwickelt wurde.

Mittlerweile haben wir in Deutschland drei zugelassene Impfstoffe, die sehr gut nach internationalen, wissenschaftlichen Standards erprobt und zugelassen worden sind. In den nächsten Monaten werden weitere wirksame Impfstoffe dazukommen.

Trotz der teilweise noch stockenden Versorgung mit den Impfstoffen zeigen sich erste Effekte. Nicht unerhebliche Teile der Seniorenheimbewohner konnten geimpft werden. Die ersten Berichte aus Israel, dem momentanen Impfweltmeister, zeigen, dass es in der Gruppe der Geimpften praktisch keine schweren Erkrankungen gibt, aber auch deutlich weniger Ansteckungen im Umfeld.

Deshalb gibt es für uns alle nur eine Möglichkeit, um unser normales Leben wiederzubekommen: Dass sich möglichst alle Bürger impfen lassen. Dies dient nicht nur dem Schutz des Einzelnen, sondern auch dem Schutz unserer Mitmenschen. Denn es gilt, eine sogenannte Herdenimmunität zu erreichen. Das heißt, mindestens 60 bis 70 Prozent der Bevölkerung sollten immunisiert sein, um dem Virus keine Chance mehr bei der Verbreitung zu lassen. ■



Foto: Biocientia

Dr. med.
Georg-Christian Zinn
Direktor des Zentrums
für Hygiene und
Infektionsprävention (ZHI)

DEUTSCHER ETHIKRAT

Keine Sonderregeln für Geimpfte

Der Deutsche Ethikrat geht in seiner Anfang Februar 2021 herausgegeben Ad-hoc-Empfehlung der Frage nach, ob eine Impfung gegen Covid-19 zu besonderen Regeln für geimpfte Personen führen darf oder sogar muss. Er betont, dass sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt die individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen schon deshalb verbiete, weil die Möglichkeit einer Weiterverbreitung des Virus durch Geimpfte nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden könne.

Bezüglich tiefgreifender Einschränkungen des sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Lebens hält er fest, dass diese ohnehin nur solange gerechtfertigt seien, wie die Versorgung schwer erkrankter Covid-19-Patienten das Gesundheitssystem akut zu überlasten drohe. In dem Maße, in dem dieses Risiko erfolgreich gesenkt werden könne, müssten Maßnahmen der Pandemiebekämpfung, die gravierende Grundrechtseingriffe beinhalten, für alle zurückgenommen werden. Eine vorherige individuelle Rücknahme von Freiheitsbeschränkungen nur für geimpfte Personen ließe sich allenfalls dann rechtfertigen, wenn hinreichend gesichert wäre, dass sie das Virus nicht mehr weiterverbreiten können.

Allerdings wären auch Fragen der Gerechtigkeit sowie der Folgen für die Akzeptanz der Impfstrategie zu berücksichtigen. Das Befolgen vergleichsweise weniger eingriffsintensiver Maßnahmen wie Abstandsregeln und Maskenpflicht könne man auch Geimpften in jedem Fall weiterhin zumuten.

Die in Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen geltenden Ausgangsverbote bzw. -einschränkungen und Beschränkungen von Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten sollten für die dort Lebenden aufgehoben werden, sobald sie geimpft wurden.

Besondere Verpflichtungen zu berufsbezogenen oder gemeinwohlorientierten Tätigkeiten sollten geimpften Personen weder von staatlicher Seite noch von Arbeit- oder Dienstgebern auferlegt werden, um keine Gegenanreize zur Impfung zu setzen. *pm*

www.ethikrat.org

3 FRAGEN AN

Prof. Dr. Martin Schulz

2021 wird in Deutschland und weltweit ein Impfsommer sein. Die Covid-19-Impfbereitschaft ist in Deutschland zwar hoch, die Mehrheit der deutschen Bevölkerung möchte sich freiwillig gegen das Coronavirus impfen lassen, aber es gibt auch Ängste bezüglich der Verträglichkeit der Corona-Impfstoffe. Prof. Dr. Martin Schulz, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), zur Impfsituation.

Die Schutzimpfungen gegen Covid-19 haben begonnen. Wo sehen Sie die besonderen Herausforderungen der Corona-Impfstoffe im Vergleich zu anderen Impfstoffen?

Die Herausforderungen sind vielfältig: Neben der Logistik, Stichwort Kühlkette, ist die bis auf Weiteres begrenzte Menge an Impfstoffen bei weltweitem Bedarf im Verhältnis zu einem individuell dringend empfundenen Impfbedürfnis ein großes Problem.

Auch ist auf die unbedingt notwendige zweite Impfung mit den derzeit zugelassenen mRNA-Impfstoffen spätestens nach 42 Tagen hinzuweisen. Weiterhin ist eine gegebenenfalls überzogene Erwartungshaltung zu korrigieren: Auch nach angekommener Immunisierung bei maximal 95 Prozent der vollständig Geimpften müssen diese nachzeitigem Kenntnisstand an bestehenden Abstands- und Hygieneregeln festhalten. Letztendlich können noch nicht alle sehr seltenen Nebenwirkungen bekannt sein.

Wie schätzen Sie die Sicherheit der in der Europäischen Union bereits zugelassenen neuen Impfstoffe generell ein?

Der bedingten Zulassung in der EU folgend, müssen vor allem Daten zur Langzeitsicherheit und -wirksamkeit durch stringente Fortführung von Studien sowie die Arzneimittelüberwachung nach dem Inverkehrbringen transparent gemacht und schnellstmöglich sowie fortlaufend kommuniziert werden. Bei weniger als einem von 1.000 Geimpften kann es zu bislang noch unbekanntem Nebenwirkungen kommen, die jedoch aufgrund der enormen Impfstoff-Verabreichung ein hohes numerisches Meldeaufkommen bedingen können.



Foto: Privat

„Für eine hohe Akzeptanz der Covid-19-Impfung sind Transparenz und Aufrichtigkeit, vor allem in der Kommunikation von Unsicherheiten, entscheidend.“

Prof. Dr. Martin Schulz
Vorsitzender der Arzneimittelkommission
der Deutschen Apotheker (AMK)

Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Impfbereitschaft in Deutschland entwickeln – und wird es gelingen, die Verbreitung des Virus wirksam einzudämmen?

Für eine hohe Akzeptanz der Covid-19-Impfung sind Transparenz und Aufrichtigkeit, vor allem in der Kommunikation von Unsicherheiten, entscheidend. Die Impfmüdigkeit zählt unter anderem nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation zu einer der größten globalen gesundheitlichen Risiken. Vor allem die Heilberufler, wie ApothekerInnen, sind daher aufgerufen, Falschnachrichten in Verbindung mit der Impfung beziehungsweise den neuen Impfstoffen zu erkennen und zu begegnen, um eine bestmögliche Impfquote zu erzielen und damit eine weitere Verbreitung der Covid-19-Erkrankung einzudämmen. Ob das Coronavirus aber mit allen seinen Mutationen weltweit je wirksam eingedämmt werden wird, kann bis dato niemand, jedenfalls ich nicht, voraussagen.



ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Test- und Einführungsphase der ePA gestartet

Seit dem 1. Januar 2021 steht allen gesetzlich Versicherten die elektronische Patientenakte (ePA) nach den Spezifikationen der gematik zur Verfügung. Ihre Einführung ist ein Meilenstein in der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens und beginnt im ersten Quartal zunächst mit einer Test- und Einführungsphase. Grundsätzlich bietet die ePA Versicherten die Chance, langfristig einen Gesamtüberblick über ihre Gesundheits- und Krankendaten aufzubauen, sofern sie dies möchten. Denn die Nutzung ist für Versicherte freiwillig und sie allein entscheiden, welche Daten eingestellt, gegebenenfalls gelöscht werden und wer darauf Zugriff erhält.

/Text/ Katja Kossack-Peters



Katja Kossack-Peters
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Grundlage für die ePA bildet die umfassende Vernetzung von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apothekern und weiteren Leistungserbringern auf Basis der Telematikinfrastruktur (TI), die sich auch weiterhin im Aufbau befindet. Die ePA ermöglicht es, bisher analoge Arbeitsschritte zu digitalisieren und zu vereinfachen, indem medizinische Informationen bei Bedarf transparent vorliegen.

Alle Versicherten können seit dem 1. Januar 2021 ihre ePA bei ihrer Krankenkasse beantragen, die zugehörige jeweilige App der Krankenkasse kostenlos auf mobile Endgeräte wie Smartphone oder Tablet herunterladen – und dort eigene Gesundheitsdaten speichern, selbständig verwalten und löschen. Gleichzeitig findet seit 1. Januar 2021 die Testphase in ausgewählten Arztpraxen und Krankenhäusern zum größten Teil in der Region Westfalen-Lippe statt. Die Testphase der ePA dient dazu, das Zusammenspiel und die Funktionalitäten der Konnektoren sowie der Praxisverwaltungs- und ePA-Aktensysteme in den teilnehmenden Praxen zu prüfen. Es geht also darum, die ePA hinsichtlich der technischen Komponenten für das Anlegen der Akte, den Zugriff und das Hochladen medizinischer Daten durch den Arzt zu erproben.

Rollout-Phase im zweiten Quartal 2021

Die Testphase muss von allen Konnektorherstellern durchgeführt werden. Der erfolgreiche Abschluss ist Bestandteil ihrer bundesweiten Zulassung, die die gematik abschließend erteilt. Der Start der Testphase ist mit zwei Konnektorherstellern erfolgt. Ein weiterer Hersteller soll noch im ersten Quartal 2021 folgen. Neben den reinen Funktionalitätstests der Konnektoren gibt es ergänzende Tests unter anderem in Berlin, um die Qualität für einen reibungslosen Rollout zu verbessern. Die Erkenntnisse der Testphase fließen daher insgesamt in den Start der Rollout-Phase im zweiten Quartal ein.

Parallel zur Testphase beginnt die Einführungsphase in immer mehr Arztpraxen und Krankenhäusern. Die ePA wird mit Leistungserbringern, also Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Psychotherapeuten, verbunden.

Flächendeckende Vernetzung ab Juli

Bis 1. Juli 2021 sollen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten flächendeckend an die ePA angebunden sein und auf Wunsch des Versicherten medizinische Daten in die ePA hochladen können. Die flächendeckende Anbindung der Krankenhäuser und Apotheken erstreckt sich auf das zweite Halbjahr 2021. ■

FRAGEN UND ANTWORTEN

Die elektronische Patientenakte (ePA)

Was ist die ePA?

Die elektronische Patientenakte, abgekürzt ePA, ist ein geschützter Speicher für medizinische Dokumente. Die gesetzlichen Krankenkassen sind seit diesem Jahr verpflichtet, ihren Versicherten auf Antrag eine solche Akte anzubieten. Gesetzliche Grundlage für die Einführung der ePA ist das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG). Einzig der Versicherte bestimmt, was die Akte enthält und wer darauf zugreifen darf. Die Nutzung der ePA ist freiwillig.

Wie erhalten Patienten ihre ePA?

Patienten können sich telefonisch oder auf der Website ihrer Krankenkasse über den Prozess der Beantragung informieren. Um die ePA im Anschluss selbstständig zu verwalten, ist eine App erforderlich, die im jeweiligen Store (Google Play/Apple Store) heruntergeladen werden kann.

Wer kann Dokumente in die ePA einstellen?

Patienten können eigenständig Dokumente in der ePA speichern und verwalten. Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser sowie Psychotherapeuten und Zahnärzte, die vom Patienten entsprechende Zugriffsrechte erhalten haben, dürfen ebenfalls Dokumente in der ePA speichern.

Können Krankenkassen Dokumente in der ePA speichern?

Krankenkassen können aktuell keine Dokumente in der ePA speichern. Es ist geplant, dass Krankenkassen ab 2022 Abrechnungsdaten in die ePA laden können. Dies wird nur nach expliziter Einwilligung erfolgen. Auch dann allerdings wird die Krankenkasse die in der ePA gespeicherten Unterlagen nicht einsehen können.

Was kann in der ePA gespeichert werden?

Das Hochladen eigener Gesundheitsdaten in die ePA ist unter Verwendung der App sofort möglich. Das Hochladen bestimmter medizinischer Daten durch die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten soll ab 1. Juli 2021 flächendeckend möglich sein. Dazu gehören Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichte, Notfalldaten, elektronischer Medikationsplan und elektronische Arztbriefe.

Ab 2022 kommen weitere Inhalte hinzu. Zudem wird das Zugriffsmanagement für die ePA verfeinert. Der Versicherte kann dann die Zugriffsberechtigungen nicht nur für einzelne Bereiche auf seiner ePA festlegen, sondern gezielt für einzelne Dokumente verteilen und somit noch zielgerichteter entscheiden, welche Daten er wem zur Verfügung stellen will.

Wer hat Einblick in die gespeicherten Daten?

Lediglich der Versicherte und diejenigen, denen er eine Berechtigung dafür erteilt hat. Weder die Krankenkasse noch der Betreiber der Software haben Zugriff auf die Inhalte.

Welchen Nutzen hat die ePA?

Die Kommunikation im Gesundheitswesen zwischen Patienten, Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und den Krankenkassen ist oft noch analog und in Papierform. Viele Informationen werden nach wie vor in Akten in den jeweiligen Arztpraxen gesammelt. Das kann Nachteile mit sich bringen: Wechselt ein Patient zum Beispiel den Arzt oder besucht einen Facharzt, müssen Untersuchungen eventuell wiederholt werden oder es fehlen wichtige Informationen, beispielsweise über Allergien oder Vorerkrankungen. In der ePA können all diese Informationen digital gebündelt werden. Dazu kommen auch persönliche Gesundheitsdokumente, die bisher in Papierform vorlagen, beispielsweise der Impfpass oder das Zahn-Bonusheft.

Gibt es Unverträglichkeiten? Wie waren die letzten Blutwerte? Nimmt der Patient wichtige Medikamente und wenn ja, wie ist deren Dosierung? In der elektronischen Patientenakte können solche Informationen direkt ersichtlich sein. Auch für den Notfall können hier alle wichtigen Daten hinterlegt werden. Die Funktionen der ePA werden dabei stetig erweitert, sodass in Zukunft beispielsweise auch elektronische Rezepte oder Krankschreibungen in ihr gespeichert werden können.





Wie spezifisch lassen sich Zugriffsberechtigungen vergeben?

Die ePA besteht zum Start 2021 aus zwei Dokumentenbereichen: Dokumente des Versicherten und Dokumente von Ärzten. Die Zugriffsberechtigung kann auf beide oder nur einen dieser Dokumentenbereiche vergeben werden.

Ab dem Jahr 2022 kann die Zugriffsberechtigung dokumentenspezifisch erfolgen, sodass der Patient konkret festlegen kann, welcher Arzt welches Dokument einsehen kann.

Was passiert bei einem Wechsel der Krankenkasse?

Ab dem 1. Januar 2022 können Versicherte bei einem Kassenwechsel die Daten ihrer ePA exportieren lassen und zum neuen Anbieter mitnehmen. Im Jahr 2021 steht diese Funktion noch nicht zur Verfügung.

Haben Kinder Anspruch auf eine ePA?

Ja. Elternteile haben bis zum 16. Lebensjahr ihres Kindes das Recht, eine Akte für ihr Kind zu beantragen und in dessen Namen zu verwalten. Voraussetzungen dafür sind, dass das Kind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist und die App dieser Kasse zur Verwaltung des Kontos genutzt wird.

Wird für die Nutzung der ePA zwingend eine App benötigt?

Einrichten lässt sich die ePA auch ohne App. Allerdings wird die App benötigt, um die Akte eigenständig einzusehen oder Zusatzfunktionen zu nutzen. Weitere Informationen zur Nutzung der ePA ohne App erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse.

Wer bezahlt die Akte?

Die Krankenkasse. Für den Versicherten ist das Angebot kostenfrei.

Lässt sich auch per Computer oder Laptop auf die elektronische Patientenakte zugreifen?

Nein. Der Zugriff auf die elektronische Patientenakte ist nur mit einem mobilen Gerät möglich.

Können die Daten aus der elektronischen Gesundheitsakte (eGA) in die ePA übertragen werden?

Wer bisher die eGA seiner Krankenkasse verwendet hat, kann die darin gespeicherten Dokumente manuell in die ePA übertragen. Vorher muss jedoch sichergestellt werden, dass das Dokumentenformat von der ePA unterstützt wird. Ab 2022 werden sich Daten aus der Gesundheitsakte automatisch in die ePA übertragen lassen.

Wird eine neue Gesundheitskarte zur Anmeldung benötigt?

Die Gesundheitskarte muss NFC-fähig sein, damit sie zur Anmeldung genutzt werden kann. NFC steht für Near Field Communication, also für das Auslesen der Karte per Funk. Eine NFC-fähige Karte verfügt über einen Chip zur Nahfeldkommunikation – so wie er auch beim kontaktlosen Bezahlen mit der Bankkarte zum Einsatz kommt. Hat die eigene Gesundheitskarte diese Funktion noch nicht, kann sie bei der Krankenkasse gegen eine neue, NFC-fähige Karte getauscht werden.

Warum geht die Anmeldung nicht schneller?

Da medizinische und damit sehr sensible Daten in der ePA gespeichert sind, wurden bei ihrer Entwicklung sehr hohe Datenschutzanforderungen berücksichtigt. Durch die Anmeldeverfahren wird sichergestellt, dass nur der Versicherte selbst Zugriff auf die Daten hat, sie einsehen, verändern oder anderen Lese- und Schreibrechte einräumen kann. Deshalb kommen hier Authentifizierungsverfahren zum Einsatz, die die Nutzung der ePA besonders sicher machen.

Welche Login-Verfahren gibt es?

Generell gibt es zwei Möglichkeiten: entweder mit einer PIN und der persönlichen NFC-fähigen Gesundheitskarte oder mit einer Zwei-Faktor-Authentisierung mittels der alternativen Versichertenidentität (al.vi).

- Für die erste Möglichkeit benötigt der Nutzer ein Smartphone mit NFC-Funktion. Darüber verfügen nahezu alle modernen Smartphones. Um sich in die eigene ePA einzuloggen, muss die persönliche elektronische Gesundheitskarte an das Smartphone gehalten und aus Sicherheitsgründen die auf der Karte aufgedruckte sechsstellige „Card Access Number“ (CAN) eingegeben werden. Über den Chip zur Nahfeldkommunikation wird der Versicherte authentifiziert. Danach muss die persönliche PIN zur Karte eingegeben werden.
- Die alternative Versichertenidentität (al.vi) funktioniert ohne Gesundheitskarte. Um sie zu nutzen, wird die Identität des Nutzers zuvor über die Krankenkasse festgestellt. Anschließend erfolgt der Login mittels Zwei-Faktor-Authentifizierung.

Wo stehen die Server?

Die Server stehen in Deutschland und unterliegen den europäischen Datenschutzbestimmungen.

Sind alle Daten verschlüsselt?

Ja. Die Dokumenteninhalte sind so verschlüsselt, dass niemand außer dem Patienten und denen, die er dazu berechtigt hat, die Inhalte lesen können. Zu jedem Dokument gehören auch Metadaten, die zur Dokumentensuche verwendet werden. Diese werden für die Suche nach Dokumenten serverseitig in einem eigens geschützten Bereich entschlüsselt, solange der Benutzer angemeldet ist.

Wer ist für den Datenschutz verantwortlich?

Ansprechpartner für alle Fragen zum Datenschutz der ePA ist der Datenschutzbeauftragte der Krankenkasse. Die Kontaktdaten können dem Fuß des jeweiligen Online-Auftrittes sowie der Datenschutzerklärung zur ePA entnommen werden.

Gibt es eine Mindestlaufzeit?

Da die ePA ein freiwilliges Angebot ist, hat der Versicherte jederzeit das Recht zur Kündigung. Über den genauen Ablauf der Kündigung und die Kündigungs- und Widerrufsfristen informiert die jeweilige Krankenkasse. Die Kündigung kann auch widerrufen werden.





Foto: Marc-Stephan Unger

Sie sind Internist und Notfallmediziner, waren zuletzt in der Pharmabranche tätig. Was reizt Sie an der gematik?

DR. MARKUS LEYCK DIEKEN Meine Motivation rührt vor allem daher, dass ich als Arzt die gematik leite. Dazu kommt, dass ich viele Erfahrungen im digitalen Umfeld im Gesundheitswesen gemacht habe. Es ist wichtig, dass die Digitalisierung den Patienten nicht aus dem Blick verliert und sie gleichzeitig von denen mitgetragen wird, die in Kontakt mit Patienten sind. Beide Seiten müssen davon überzeugt sein, dass ihnen gutes Werkzeug in die Hand gelegt wird. Als Notfallmediziner beispielsweise empfinde ich die digitale Anbindung in Form des Notfalldatensatzes als sehr wichtig. Viele unterschätzen, was als richtungsweisende Daten vorhanden ist, die im Notfall dazu führen, dass der Versicherte im Rettungswagen und in der Notfallaufnahme weit besser versorgt wird. Der Notfalldatensatz wird derzeit noch auf der Krankenkassenkarte abgespeichert, künftig in der ePA, und ich würde mich freuen, wenn wir da noch etwas mehr rausholen könnten.

Die ePA müssen die Krankenkassen ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2021 anbieten. Die Nutzung ist freiwillig. Welche Vorteile bringt sie für die Versicherten und warum ist sie für die Versorgung so wichtig?

Die ePA bringt dem Versicherten ganz viel, weil sie zu einer noch besseren Gesundheitsversorgung beiträgt. Welche medizinischen Informationen in die Akte hochgeladen werden und wer darauf zugreifen darf, entscheidet der Patient ganz alleine. Beispielsweise wird den Menschen in der Corona-Zeit immer mehr bewusst, wie wichtig es ist, dass sie einen elektronischen Impfpass haben. Oder nehmen Sie das elektronische Rezept, das künftig automatisch in der ePA abgelegt wird, damit die Medikationsliste immer aktuell ist. Ich bin fest davon überzeugt, dass man die ePA regelmäßig pflegen sollte, egal ob man krank oder gesund ist. Der Gesunde kann jetzt schon gesunde Befunde ablegen und dieser Normalbefund kann als Referenz wichtig werden, um Veränderungen zu erkennen. Der chronisch Kranke kann sich Doppeluntersuchungen ersparen und zielgerichtete Therapien bekommen.

INTERVIEW

„Die ePA braucht das Erlebnis des Nutzens“

Gesetzlich Versicherte haben seit dem 1. Januar 2021 ein Anrecht auf die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA), die von den Krankenkassen als App kostenlos bereitgestellt wird. Wesentlich verantwortlich für die Realisierung ist die gematik, die unter anderem für die Spezifikationen der ePA zuständig ist. Seit rund anderthalb Jahren ist **Dr. Markus Leyck Dieken** Geschäftsführer der gematik. Im Interview spricht er über die Herausforderungen der Umsetzung, die Chancen für die Versorgung sowie die Digitalisierung im Gesundheitswesen insgesamt.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

Die Krankenkassen können die ePA individuell ausgestalten. Ist das auch ein Wettbewerbsfeld?

Auf jeden Fall. Es ist so, dass die gematik den Torso der ePA definiert, der für alle Krankenkassen gleich ist. Dazu kommen sogenannte Mehrwertanwendungen, die kassenindividuell programmiert werden und aus der ePA das Gesamtbild schaffen. Dies ist eine große Chance für die Krankenkassen. Denn auch daran erkennen die Versicherten, welche Krankenkasse sich mit welchen Themen beschäftigt. Und die Möglichkeiten der individuellen Begleitung sind vielfältig. Ich glaube, dass es sehr gut ist, dass wir an dieser Stelle einen Wettbewerb haben. Beispielsweise könnte die Krankenkasse den eben erwähnten Impfpass sprechend machen, indem an Impftermine erinnert wird. Oder sie könnte verschiedene Sprachen anbieten.

Die ePA wird in drei Stufen eingeführt, von 2021 bis 2023. Was steckt dahinter?

Das hat vor allem damit zu tun, dass es das derzeit größte IT-Projekt Europas ist und wahrscheinlich das größte Puzzle, was wir je in der IT-Landschaft in Deutschland hatten. Beteiligt sind 105 Krankenkassen mit 105 ePA, die über drei verschiedene Konnektorsysteme mit über 320 Softwaresystemen in Kliniken und Praxen in einen gemeinsamen Dialog kommen müssen. Da muss man davon ausgehen, dass es an der einen oder anderen Stelle auf der Ebene der Interoperabilität noch hakt. Deshalb geben wir uns zu Recht Zeit.

Angefangen wurde zu Beginn des Jahres mit einer Testphase in ausgewählten Regionen. Wieso ist diese notwendig?

Bei einem IT-Projekt dieser Größenordnung ist eine solche Testphase für alle Beteiligten unverzichtbar und wesentlicher Bestandteil – für die Ärzte, die Krankenkassen, die Konnektorenanbieter und letztendlich auch für die Versicherten. Die Erfahrungen aus dieser Einführungsphase in der Praxis fließen ab dem zweiten Quartal in die weitere Ausgestaltung des bundesweiten Rollouts. Nach erfolgter Testphase und finaler Zulassung beginnt dann die nächste Stufe in Form der flächendeckenden Vernetzung der ePA. Patienten haben aber bereits jetzt, in der

Einführungsphase, die Möglichkeit, die ePA als App in ihrer Funktionsweise grundsätzlich kennenzulernen.

Zum Start der ePA wurde viel über das sogenannte Authentifizierungsverfahren gesprochen, das erforderlich ist, wenn ein Versicherter die ePA bei den Krankenkassen herunterladen möchte. Aus rechtlichen Gründen bieten derzeit nicht alle Krankenkassen ein elektronisches Verfahren an.

Das stimmt, nicht zufrieden sind wir mit den aktuellen Möglichkeiten der Identifikation der Versicherten. Wir sehen, dass einige Krankenkassen zögerlich sind, was das elektronische Identifikationsverfahren betrifft, das wir als Video-Ident bezeichnen. Derzeit werden Versicherte teilweise in über 100 Kilometer entfernte Geschäftsstellen gebeten, in Corona-Zeiten keine gute Lösung. Auch wenn das persönliche Erscheinen natürlich immer die Königsdisziplin ist, kann es langfristig keine überzeugende Lösung sein. Deshalb brauchen wir dahingehend unbedingt zielführende Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen, der gematik, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, um auch für die Krankenkassen Rechtsklarheit zu erreichen.

Eine andere Baustelle ist das Thema Datenschutz. Der Bundesdatenschutzbeauftragte Ulrich Kelber sieht Probleme in Bezug auf das sogenannte Berechtigungsmanagement. Worum geht es genau?

Es geht um die Zugriffsmöglichkeiten auf die Dokumente in der ePA. Der Bundesdatenschutzbeauftragte kritisiert, dass zur Einführung der ePA noch keine dokumentengenaue Kontrolle seitens des Versicherten beziehungsweise noch kein feingranulares Berechtigungsmanagement besteht. Diese Möglichkeit ist erst ab 2022 vorgesehen. In diesem Zusammenhang ist häufig vom Alles-oder-Nichts-Prinzip die Rede, aber das ist keine korrekte Darstellung. Schon jetzt verwaltet der Versicherte in seiner ePA drei Körbe, nämlich den Leistungserbringerkorb, den Krankenkassenkorb und seinen privaten Korb. Möchte man nicht alle Dokumente zugänglich machen, kann man einen der Körbe auch verschlossen gegenüber einzelnen Ärzten halten. Vertrauliche Dokumente können daher

Die ePA ist das derzeit größte IT-Projekt Europas und wahrscheinlich das größte Puzzle, was wir je in der IT-Landschaft in Deutschland hatten.





Foto: Marc-Steffen Unger



Dr. med. Markus Leyck Dieken (geboren 1964 in Rio de Janeiro) ist seit dem 1. Juli 2019 **Alleingeschäftsführer der gematik**. Er ist von Hause aus **Internist und Notfallmediziner**. Leyck Dieken hat **2001** an der **Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Endokrinologie promoviert**. Seine siebenjährige klinische Erfahrung umfasst stationäre und ambulante Tätigkeiten in Deutschland und Brasilien. Zudem machte er sich als **Manager in der Pharmabranche** bei verschiedenen Unternehmen einen Namen.

sehr wohl verborgen werden. Der Versicherte kann also bereits jetzt frei entscheiden, welchem Leistungserbringer er Zugriff gewährt. Er kann auch die Zugriffsdauer definieren. Zudem erhält er Protokolle darüber, welches Dokument sich ein Leistungserbringer aufgemacht hat. Der Versicherte ist Herr seiner Daten und kann die Zugriffsberechtigungen steuern. All das ist in der Grundausstattung der ePA enthalten. Daher bedaure ich, dass vom Datenschutzbeauftragten der Eindruck erweckt wird, wir würden ein Auto ohne Airbag verkaufen. Und noch einmal ganz wichtig: Grundsätzlich ist auch die ePA eine freiwillige Anwendung. Der Versicherte entscheidet, ob er sie nutzen möchte oder nicht.

In dieser Frage haben Sie Unterstützung vom Bundesamt für Soziale Sicherheit und von dem Bundesverfassungsgericht bekommen.

Ja, das health innovation hub, eine Ideenfabrik des Bundesgesundheitsministeriums, hat ein Rechtsgutachten erstellt, das klar besagt, dass die ePA voll im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung steht. Zudem hat sich das Bundesamt für Soziale Sicherheit, die Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen, dieser Position angeschlossen und sich damit zustimmend

zur ePA geäußert. Und schließlich wies kürzlich das Bundesverfassungsgericht zwei Klagen ab.

Wie sicher ist grundsätzlich die ePA?

Datenschutz ist ein lebendes Konzept. Datensicherheit besteht nur dann, wenn sich ein Konzept immer wieder neuen Begebenheiten anpasst. Die Spezifikation der ePA, die wir als gematik vorgegeben haben, erfüllt dies in höchster Form. So ist beispielsweise der Verschlüsselungsmechanismus sehr hoch. Die gematik hat in den letzten zwei Jahren extrem viele Sicherheitsmechanismen hochgefahren und besitzt ein sich ständig adaptierendes Sicherheitskonzept. Die Telematikinfrastruktur wurde als derzeit sicher bewertet. Aber keine IT kann eine volle Absolution haben. Insofern machen wir alle Anstrengungen dahingehend, um den Bürgern die Gewissheit zu geben, dass ihre Daten nach europäisch gefordertem Standard gehandhabt werden.

Datenschutz versus Versorgungsoptimierung – was wiegt mehr?

Zur Debatte gehören beide Seiten. Die Balance zwischen dem Schutz der Daten und dem Gewinn, den der einzelne Bürger und die Gemeinschaft dadurch bekommen, dass Daten besser verfügbar sind, muss regelmäßig ausgeleuchtet werden. Wir haben gute Medizin in Deutschland, aber sie könnte noch besser sein, wenn es gewisse Beschränkungen nicht gäbe. Die gematik und die Krankenkassen stehen zum vollen Datenschutz, aber sie denken eben auch, dass durchaus noch gesundheitliche Schätze gehoben werden können für das Individuum wie für die Gemeinschaft.

Wie schätzen Sie grundsätzlich die Akzeptanz der ePA in der Bevölkerung ein?

Ich glaube, die ePA wird sich peu à peu etablieren. In den ersten zwei Jahren wären wir schon glücklich, wenn wir einen höheren einstelligen Prozentsatz der Versicherten dazu bekommen werden. Ab dann wird es vermutlich relativ rasch zunehmen, denn die ePA braucht das Erlebnis des Nutzens. Die ePA zu füllen, ist das eine. Sie im Einsatz als nutzbringend zu erleben, ist das andere. Zur Akzeptanz tragen auch mehrere Partner bei. Die gematik steht dafür, dass der Versicherte darauf vertrauen darf, dass seine Daten

niemals irgendwo hinfließen, wo er sie nicht hinfließen lassen will. Die Krankenkassen unterfüttern die ePA mit mehr Anbindung und Service. Und der Arzt spielt als Vertrauensperson eine bedeutende Rolle.

Wie stehen die Ärzte der ePA gegenüber?

Die Ärzte, ebenso Zahnärzte und Krankenhäuser, sind hoch motiviert. Ich sehe viele Fachverbände und Ärztevereinigungen sehr positiv und begeistert auf die ePA und auf die Digitalisierung zugehen, zum Beispiel Notfallmediziner und Dermatologen. Skepsis besteht meistens bei denjenigen, die noch nicht die ePA live erlebt haben. Daher sollten wir uns auch die nächsten zwei Jahre in Geduld üben und den Ärzten konkret zeigen, welchen Nutzen und Wert die ePA im klinischen Alltag hat. Gleichzeitig muss die gematik darüber nachdenken, wie digitalisierte Schritte die Verwaltungsabläufe in Kliniken und Praxis erleichtern können.

Wie verhalten sich Apotheker und andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten?

Die Apotheker sind vom Digitalisierungsgrad ohnehin schon reifer als viele andere Sektoren des Gesundheitswesens und haben eine bessere digitale Infrastruktur. Bei ihnen sehen wir breite Zustimmung. Bei den Physiotherapeuten und auch bei den Hebammen haben wir es derzeit mit Piloten zu tun. Denn bei ihnen gibt es teilweise mobile Dateneinsätze und da brauchen wir entsprechend mobile Szenarien. Wir müssen also eine Lösung finden, wie wir einen stationären Konnektor an einen mobilen Konnektor anbinden und somit den mobilen Einsatz für diese Berufsgruppen möglich machen können. Auf jeden Fall signalisieren die Physiotherapeuten großes Interesse. Für sie ist die Anbindung an die ePA freiwillig, im Gegensatz zu Apothekern, Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, die dazu verpflichtet sind.

Wo stehen wir insgesamt mit Blick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens?

Wir haben eine souveräne digitale Infrastruktur, aber sie stammt aus einer Zeit, als es beispielsweise noch keine Smartphones und Cloud-Dienste gab. Einige Technik ist schon 14 Jahre alt und muss unbedingt modernisiert werden. Wir benötigen daher einen technischen Sprung. Ende Januar hat die gematik

ihr sogenanntes White Paper für die Telematik 2.0 bekannt gegeben. Darin haben wir sechs Paradigmenwechsel definiert, die verändert werden müssen, damit die nationale Telematikinfrastruktur auch attraktiv für die Zukunft wird. Hier benötigen wir nun Rückmeldung aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, damit wir uns in den nächsten Monaten darüber einig werden, wie eine nationale Plattform für digitale Medizin aussehen soll. Denn ohne eine zentrale Vernetzung drohen uns viele digitale Inselangebote, die sich nicht in voller Blüte entfalten können. Wir brauchen eine Plattform, die für alle Beteiligten attraktiv ist und Deutschland digital weiter voranbringt. ■

Einführung der ePA

- 1. Umsetzungsstufe 2021:** Seit dem 1. Januar 2021 können alle Versicherten eine ePA von ihrer Krankenkasse erhalten. In der Testphase wird die elektronische Patientenakte in etwa 200 Arztpraxen und Krankenhäusern in verschiedenen Testregionen erprobt. Ab Juli 2021 sollen nach und nach alle Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Apotheken in Deutschland flächendeckend vernetzt und an die ePA angebunden werden. In die ePA eingestellt werden vor allem medizinische Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapien und Früherkennungsuntersuchungen sowie elektronische Notfalldaten, Medikationspläne und Arztbriefe. Vorgehalten wird ein grobgranulares Zugriffsmanagement, bei dem die Versicherten die Zugriffe auf Dokumente und Datensätze über Ordner steuern können.
- 2. Umsetzungsstufe 2022:** Ab dem 1. Januar 2022 werden die elektronischen Gesundheitsdaten unter anderem um Zahn-Bonushefte, Untersuchungshefte für Kinder, Mutterpässe, Impfausweise und Verordnungen ergänzt. Vorgesehen ist ab jetzt ein feingranulares Berechtigungsmanagement, bei dem die Versicherten den Zugriff auf einzelne Dokumente und Datensätze spezifisch steuern können.
- 3. Umsetzungsstufe 2023:** Ab dem 1. Januar 2023 muss gewährleistet sein, dass Versicherte ihrer Krankenkasse unter anderem Pflegedaten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Verfügung stellen können. Zudem können sie Daten ihrer ePA der medizinischen Forschung zur Verfügung stellen.

gematik

Die gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte wurde 2005 gegründet, sie hat ihren Sitz mit gut 360 Mitarbeitern in Berlin. Grundlage ist § 291a Abs. 7 SGBV, der die Etablierung einer Telematikinfrastruktur als Basis für eine digitale und sichere Vernetzung im Gesundheitswesen vorsieht. Der gesetzliche Auftrag der gematik umfasst die Einführung, den Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte sowie zugehöriger Fachanwendungen und sogenannter weiterer Anwendungen für die Kommunikation zwischen Heilberuflern, Kostenträgern und Versicherten.



GRENZÜBERSCHREITENDE KRANKENVERSICHERUNG

Was ändert sich durch den Brexit?

Kurz vor dem Jahreswechsel einigten sich die Brexit-Verhandlungsführer über die zukünftigen Beziehungen zwischen der Europäischen Union (EU) und dem Vereinigten Königreich: Das Handels- und Kooperationsabkommen trat am 1. Januar 2021 vorläufig in Kraft. Es knüpft nahtlos an das Ende des im Austrittsabkommen vereinbarten Übergangszeitraums am 31. Dezember 2020 an. Bis spätestens Ende Februar 2021 muss das Europäische Parlament das Handels- und Kooperationsabkommen noch ratifizieren, damit es endgültig in Kraft treten kann.

/ Text / Linda Bojanowski

A

ls erster Staat in der Historie der EU ist das Vereinigte Königreich mit Ablauf des 31. Januar 2020 aus der EU ausgetreten. Der Austritt hat Auswirkungen für die Sozialversicherungsträger bei der

Beurteilung von Sachverhalten im Verhältnis zum Vereinigten Königreich.

Innerhalb der EU koordinieren die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie die Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 die Systeme der sozialen Sicherheit. Wesentliche Grundpfeiler der Koordinierungsverordnungen für die Kranken- und Pflegeversicherung bilden hierbei folgende Punkte:

- Personen unterliegen nur den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats (Bestimmung der anwendbaren Rechtsvorschriften).
- Export von Kranken- oder Pflegegeld sowie gegenseitige Aushilfe mit Sachleistungen im Wohn- oder Aufenthaltsmitgliedstaat.

Was bedeutet der Brexit für das grenzüberschreitende koordinierende Krankenversicherungsrecht? Tritt ein Staat aus der EU

aus, so finden europäische Rechtsakte – wie die Koordinierungsverordnungen – für diesen Staat grundsätzlich keine Anwendung mehr. Damit Bereiche wie die grenzüberschreitende Krankenversicherung nach dem Austritt nicht ungeregelt bleiben, bedarf es neuer zwischenstaatlicher Vereinbarungen. Das Verhandlungsmandat dazu lag bei der Europäischen Kommission, die im Auftrag der Mitgliedstaaten die Verhandlungen über die zukünftigen Beziehungen mit dem Vereinigten Königreich führte.

Austrittsabkommen („Bestandsfälle“)

Am 1. Februar 2020 trat das zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich geschlossene Austrittsabkommen in Kraft. Es bewirkt die vollumfängliche Weiteranwendung der Koordinierungsverordnungen während des Übergangszeitraums bis 31. Dezember 2020 und bei fortlaufendem grenzüberschreitendem Bezug zwischen dem Vereinigten Königreich und einem EU-Mitgliedstaat auch darüber hinaus. Daher kann es als „Bestandsschutzregelwerk“ verstanden werden. Zusätzlich regelt es Sachverhalte, die erst nach Ende des Übergangszeitraums auftreten, aber bereits davor ihren Ursprung haben. Es soll bestehende und künftige Ansprüche schützen und dafür sorgen, dass diese auch zu einem späteren Zeitpunkt verwirklicht und Leistungen bezogen werden können. So hat z. B. eine Person mit deutscher Staatsangehörigkeit nach Gewährung einer britischen Rente, die (teilweise) auf Zeiten vor Ende des Übergangszeitraums basiert, lebenslang Rechte aus dem Austrittsabkommen inne.

Handels- und Kooperationsabkommen („Neufälle“)

Das Handels- und Kooperationsabkommen enthält ein Protokoll zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Die darin enthaltenen Bestimmungen entsprechen mit wenigen Ausnahmen denen der bisher geltenden Koordinierungsverordnungen. Es findet ab 1. Januar 2021 zunächst vorläufig für Situationen Anwendung, die ab oder nach diesem Zeitpunkt beginnen und vorher keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zwischen einem EU-Mitgliedstaat und dem Vereinigten Königreich hatten (sog. „Neufälle“). ■



Linda Bojanowski
DVKA beim
GKV-Spitzenverband



Foto: Europäischen Union, 2020

Für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung sind fünf folgende Punkte aus dem Protokoll zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit relevant:

1. Anwendbare Rechtsvorschriften

Die Regelungen zu Entsendungen und vorübergehender selbstständiger Tätigkeit im Rahmen des Protokolls gelten nur für jene Staaten, die dies notifiziert haben, wie zum Beispiel Deutschland. Ausnahmereinbarungen sind künftig nicht mehr möglich. Bei einem vorübergehenden Einsatz im Vereinigten Königreich, der länger als 24 Monaten andauert, gelten daher ab Einsatzbeginn die britischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit. Dies gilt ebenso umgekehrt für entsprechende Einsätze in Deutschland. Während einer Übergangszeit, deren Enddatum vom Fachausschuss für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt wird, bleiben alle A1-Bescheinigungen weiterhin gültig.

2. Leistungen bei Krankheit

In Deutschland versicherte Personen, die sich seit 1. Januar 2021 als Touristen ins Vereinigte Königreich begeben, können dort wie gewohnt mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) behandelt werden. Auch Versicherte des britischen Nationalen Gesundheitsdiensts können in der EU weiterhin Leistungen auf Basis der im Vereinigten Königreich ausgestellten EHIC oder einer entsprechenden provisorischen Ersatzbescheinigung in Anspruch nehmen. Das Vereinigte Königreich hat bereits mitgeteilt, dass es die derzeit im Umlauf befindlichen EHIC für die vom Protokoll erfassten Personen durch die sogenannten Global Health Insurance Card (GHIC) ersetzen wird. Bezieherinnen und Bezieher einer britischen Rente, die auf Basis des sogenannten Portablen Dokuments S1 von einer Krankenkasse in Deutschland betreut werden, können weiterhin auf dieser Grundlage Leistungen erhalten. Dies gilt ebenso für Bezieherinnen und Bezieher einer deutschen Rente im Vereinigten Königreich. Seit 1. Januar 2021 muss im Rahmen eines Antrags auf Erteilung einer Einreise-, Aufenthalts- oder Arbeitsgenehmigung allerdings eine Gesundheitsgebühr im Vereinigten Königreich entrichtet werden. Personen mit einem Portablen Dokument S1 sowie Studierende können eine Erstattung der entsprechenden Gebühr beim britischen Wohnortträger beantragen.

3. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Derzeit ist davon auszugehen, dass Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vom sachlichen Anwendungsbereich des Protokolls nicht erfasst sind. Dies bewirkt zum Beispiel, dass Geldleistungen wie das Pflegegeld bei vorübergehenden Aufenthalten im Vereinigten Königreich von in Deutschland versicherten Personen nur noch für maximal sechs Wochen im Kalenderjahr bezogen werden können.

4. Auslegungs- und Anwendungsfragen sowie Streitbeilegung

Auslegungs- und Anwendungsfragen zur sozialen Sicherheit klärt ein durch Vertreter der EU und des Vereinigten Königreichs besetzter Fachausschuss. Dieser kann als Pendant zum innerhalb der EU zuständigen Gremium, der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, verstanden werden. Beschlüsse und Empfehlungen der Verwaltungskommission können nicht ohne Weiteres bei der Anwendung des Protokolls herangezogen werden. Der Fachausschuss muss die Berücksichtigung festlegen. Selbiges gilt für bereits gefällte sowie künftige Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs. Dieser ist nicht das zuständige Streitbeilegungsgremium für Auslegungsfragen zum Protokoll. Das Handels- und Kooperationsabkommen sieht bei strittigen Auslegungsfragen die Einleitung von Konsultationen bzw. das Anrufen von Schiedsgerichten vor.

5. Elektronischer Datenaustausch (EESSI)

Innerhalb der EU tauschen die Sozialversicherungsträger Daten inzwischen elektronisch über das sogenannte EESSI-System (Electronic Exchange of Social Security Information) aus. Das Protokoll sieht vor, dass das EESSI-System im Verhältnis zum Vereinigten Königreich eingesetzt werden kann. Die wünschenswerte Festlegung der Verwendung des Systems obliegt dem Fachausschuss.



ESSR-AKTIONSPLAN

Synergien für soziale Gleichheit

Die Europäische Säule sozialer Rechte (ESSR) soll dem sozialen Europa ein Gesicht geben. Ihr Zielekanon ist weitestgehend unstrittig, ihre Umsetzung aber freiwillig. Richtig genutzt, kann sie dennoch Stärke entfalten und zum Abbau sozialer Ungleichheit in Europa beitragen.

/ Text / Ilka Wölfle

Die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer sind sehr unterschiedlich ausgestaltet.



Ilka Wölfle
Direktorin der Europa-vertretung der Deutschen Sozialversicherung

Die Covid-19-Pandemie zeigt, wie wichtig die soziale Sicherung ist. Gleichzeitig drohen sich in der Krise soziale Ungleichheiten zu verschärfen. Politische Antworten soll der Aktionsplan zur Umsetzung der ESSR geben, welcher im ersten Quartal 2021 durch die Europäische Kommission veröffentlicht werden soll. Die ESSR wurde 2017 von den europäischen Institutionen verabschiedet und gibt dem „sozialen Europa“ Kontur.

Die ESSR soll Chancengleichheit und den Zugang zum Arbeitsmarkt verbessern sowie faire Arbeitsbedingungen schaffen. Daneben soll sie den Sozialschutz und die soziale Inklusion verbessern. Die wirtschaftlichen und sozialen Ungleichheiten innerhalb und zwischen den EU-Staaten, die geänderten Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der demografische Wandel gaben Anlass, diese Ziele klar zu postulieren. Dies ist in Form von 20 Grundsätzen geschehen. Über Empfehlungen reichen sie nicht hinaus und das ist auch nachvollziehbar. Denn die Sozialpolitik ist Sache der Mitgliedstaaten. Gegen eine Hilfestellung hat aber auch der einzelne Nationalstaat nichts einzuwenden. Die ESSR ist ein wichtiger Baustein in der Kohäsionspolitik der Union. Sie weist auf bestehenden Handlungsbedarf hin

und bietet damit eine Chance, dass sich die Lebensverhältnisse in der Union in sozialer Hinsicht einander annähern.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung gibt die ESSR beispielsweise vor, dass jede Person das Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung hat. Doch die Gesundheitssysteme sind in den Mitgliedsländern sehr unterschiedlich ausgestaltet. Einer Umfrage aus dem Jahr 2019 zufolge sind in Estland 15,5 Prozent der Befragten der Meinung, dass ihre Bedarfe nicht erfüllt werden. Zu hohe Kosten, große Entfernungen zu den Behandlern und lange Wartezeiten sind die Gründe. In Deutschland oder Luxemburg liegen diese Zahlen wenig überraschend bei nur 0,3 beziehungsweise 0,2 Prozent.

Über länderspezifische Empfehlungen hinaus kann die Union einiges tun, um die Ziele der ESSR und ihre Umsetzung zu unterstützen. Die Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung der Europäischen Kommission haben konkrete Hinweise gegeben, wo europäisches Engagement hilfreich ist. Ausdrücklich haben sie dabei die Arzneimittelstrategie hervorgehoben, die unter anderem den Zugang zu wichtigen und bezahlbaren Arzneimitteln sichern soll und Maßnahmen vorschlägt, um Lieferengpässen vorzubeugen. Der Aktionsplan zur ESSR sollte auch solche Synergien vorsehen. ■

EINWURF

Was weiter zu tun ist

Vier Jahre intensiver Gesundheitsgesetzgebung: Was waren die Highlights und wo liegen die Herausforderungen für die Zukunft? Die 19. Wahlperiode geht dem Ende entgegen, vor uns liegt ein Superwahljahr 2021.

/ Text / **Ulrike Elsner**

Mangelnden Taten-
drang kann man
Gesundheitsminister
Jens Spahn nicht vor-
werfen. Unabhängig
von der Corona-Ge-
setzgebung hat der
Minister eine Viel-
zahl von Gesetzen auf den Weg gebracht. Die
gute wirtschaftliche Ausgangslage (gute Kon-
junktur, gute Finanzausstattung der Krankenkassen) hat ihm dabei in die Hände gespielt.
Mit seinem ersten Gesundheitsgesetz, dem
Versichertenentlastungsgesetz, wurde die
paritätische Finanzierung durch Arbeitneh-
mer und Arbeitgeber bei den Zusatzbeitrags-
sätzen wieder eingeführt, ein deutliches Signal
für ein solidarisch finanziertes Gesundheits-
wesen. Es folgte eine Reihe von – auch kosten-
intensiven – „Versorgungsgesetzen“, die das
Ziel haben, die medizinische Versorgung, die
Leistungen und den Service für Versicherte
und Patienten zu verbessern. Sehr konsequent
hat Jens Spahn auch die Digitalisierung im
Gesundheitswesen vorangetrieben, ab 2020
noch einmal gepusht durch die Corona-Pan-
demie. Und die Reform des Finanzausglei-
ches Morbi-RSA war ein längst überfälliger
und auch mutiger Schritt, die Wettbewerbs-
bedingungen zwischen den Krankenkassen
fairer zu gestalten. Nach wie vor ungelöst ist
das Problem unterschiedlicher Aufsichts-
strukturen der Krankenkassen – hier müssen
die Bundesländer mitziehen.

Der Blick zurück weist aber auch in die
Zukunft. Angekündigt, aber noch nicht umge-
setzt hat die Bundesregierung die Reform der

Pflegefinanzierung. Wir brauchen jetzt eine
Lösung für die steigenden Eigenanteile der
Pflegebedürftigen wie auch für die gestiege-
nen Ausgaben in der sozialen Pflegeversiche-
rung. Im Krankenhausbereich unterstreicht
die Corona-Pandemie die Dringlichkeit einer
Strukturreform in Richtung Konzentration
und Spezialisierung. Gleichzeitig muss die
Versorgung auf dem Land durch die Wei-
terentwicklung zu ambulant-stationären
Zentren der Grund- und Regelversorgung
gesichert werden. Im Arzneimittelbereich
machen uns immer wieder von Herstellern
aufgerufene Mondpreise bei neu zugelassen-
en Arzneimitteln zu schaffen. Und natürlich
wird die Digitalisierung des Gesundheitswe-
sens auf der Agenda bleiben, angefangen von
digitalen Services für die Versicherten über
den Ausbau der Telematikinfrastruktur bis
hin zur Nutzung von Patientendaten für die
Versorgungsforschung über ein Forschungs-
datenzentrum.

Die neue Bundesregierung wird ab
Herbst 2021 mit anderen wirtschaftlichen
Rahmenbedingungen konfrontiert sein als
der Gesundheitsminister zu Beginn sei-
ner Amtszeit. Verstärkt durch die Corona-
Pandemie werden Finanzierungsfragen die
Diskussion beherrschen. Hier braucht
es intelligente Lösungen, die Struktur-
und Effizienzfragen mit einschließen. Die
Ersatzkassen werden sich mit ihrem Haupt-
und Ehrenamt mit Vorschlägen konstruktiv
in die Debatte einbringen – schließlich geht
es darum, unser gutes selbstverwaltetes Ver-
sicherungs- und Versorgungssystem zeitge-
mäßig zu gestalten. ■



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert
uns! Schreiben Sie uns, was
Sie vom Superwahljahr 2021
erwarten.*

redaktion@vdek.com



DEMENZ-STUDIE

Einsatz von Psychopharmaka ist hochbedenklich

Die Ergebnisse des Demenzreports 2020, insbesondere der häufige Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit Demenz, muss aus Sicht des Arzneimittelexperten und Studienleiters, Prof. Dr. Gerd Glaeske, dringend überdacht werden. Das Motto „sauber, satt und ruhig“ darf auf keinen Fall Handlungsleitbild bei der Versorgung von Menschen mit Demenz sein. Die Studie wurde von der hkk Krankenkasse gefördert, auf deren Datenbasis das SOCIUM der Universität Bremen den Report erstellt hat.

/ Text / Anna Nymbach-Dietrich

Deutschland gehört zu den zehn Ländern mit dem höchsten Anteil an Demenzerkrankten weltweit. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft lebten in Deutschland im Jahr 2020 rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz – die meisten von ihnen mit einer Alzheimerdemenz. Wegen der steigenden Lebenserwartung wird diese Zahl weiter steigen: um 900 pro Tag, das heißt, um mehr als 300.000 im Jahr. Somit werden im Jahr 2050 voraussichtlich 2,4 bis 2,8 Millionen Menschen betroffen sein.

Demenziell Erkrankte adäquat zu versorgen, ist heute und in Zukunft nicht zuletzt wegen der angesprochenen hohen Erkrankungshäufigkeit und damit auch der

gesundheitsökonomischen Bedeutung eine besondere Herausforderung. Die Versorgung von Demenzerkrankten ist zudem sehr komplex und fordert multimodale Behandlungsansätze. Demenzerkrankungen treten für gewöhnlich im höheren Lebensalter auf und werden oftmals von weiteren Krankheiten begleitet. Die Therapie der vaskulären Demenz (Durchblutungsstörungen im Gehirn) und der Alzheimerdemenz muss also fast immer im Kontext einer Multimorbidität erfolgen. Der demenzspezifische Abbau der kognitiven Fähigkeiten mit dem damit einhergehenden Verlust von Sprache und damit auch der Fähigkeit sich auszudrücken, macht deutlich, dass Demenz eine Erkrankung mit hoher Krankheitslast und mit einem großen Verlust an Lebensqualität einhergeht. Hinzu kommen die abnehmenden Möglichkeiten, am sozialen Leben teilzunehmen, und körperliche Beeinträchtigungen.

Die Behandlung des demenziellen Syndroms setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Neben pharmakologischen Maßnahmen kommen auch psychosoziale Interventionen für die Erkrankten und ihre Angehörigen zum Einsatz. Das Ziel der pharmakologischen Therapie einer Alzheimerdemenz mit Antidementiva ist derzeit, das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen.

Fehlversorgung mit Neuroleptika

Im Rahmen der Analyse von hkk-Daten für den Demenzreport 2020 richtete sich das Interesse vor allem auf zwei Arzneimittelgruppen: einerseits auf Antidementiva, andererseits auf Wirkstoffe, von denen bekannt ist, dass sie für Menschen mit Demenz nutzlos sind und ihnen sogar schaden können, wie Neuroleptika, Arzneistoffe aus der Gruppe der Psychopharmaka.

Für Antidementiva ist ein gewisser Nutzen bei leichten bis mittelschweren Demenzen nachgewiesen. Eine Verlangsamung des Verlusts der kognitiven Leistungsfähigkeit und die positive Beeinflussung bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten konnten beobachtet werden. Keine ausreichend belastbaren Daten liegen hingegen vor, die belegen, dass die krankheitsbezogene Lebensqualität gesteigert und eine vollstationäre Pflege verhindert werden kann. Bei schwerer Demenz können memantinhaltige Mittel den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.



Anna Nymbach-Dietrich
Projektleiterin
hkk-Gesundheitsreport,
hkk Krankenkasse

Für den Einsatz von Neuroleptika zur Behandlung von Demenzerkrankten mit Verhaltensstörungen wird dagegen generell keine Indikation gesehen. Die pharmazeutischen Unternehmen, die solche Mittel herstellen, wurden verpflichtet, sogenannte Rote-Hand-Briefe an Ärztinnen und Ärzte zu verschicken, in denen auf das Risiko der sogenannten Übersterblichkeit und des höheren Sterberisikos hingewiesen wird.

Verordnung von Neuroleptika

Das Ergebnis der Datenanalyse ist im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie bei Menschen mit Demenz dramatisch: Rund 34 Prozent aller an Demenz Erkrankten erhielten im Jahr 2019 mindestens einmal Neuroleptika verordnet – Psychopharmaka, die üblicherweise zur Therapie von Schizophrenien und Psychosen Anwendung finden. Antidementiva erhielten hingegen nur 22,3 Prozent.

Und das, obwohl ein risikobehafteter Einsatz von Neuroleptika bei Demenzerkrankten seit Jahren bekannt ist. Eine Analyse von 17 placebokontrollierten, teils unveröffentlichten Studien ergab, dass sich beim Einsatz derart stark beruhigend wirkenden Neuroleptika bei Demenzpatientinnen und -patienten das Mortalitätsrisiko um den Faktor 1,6 bis 1,7 erhöht. Die Haupttodesursachen waren dabei akute Herzerkrankungen und überwiegend pulmonale Infekte. Inzwischen liegen zudem Hinweise vor, dass vermehrt ischämische Hirninfarkte auftreten können.

Ferner ist zu bedenken, dass der Einsatz von Neuroleptika, wie auch von bestimmten anderen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, bei agitiertem und sogenanntem herausfordernden aggressiven Verhalten von Demenzpatientinnen und -patienten möglicherweise zu einem rascheren Verfall der kognitiven Leistungsfähigkeit beiträgt. Eine kurzfristige Anwendung ist nur dann vertretbar, wenn eine nicht beherrschbare Gefährdung der Betroffenen oder ihrer Umgebung besteht.

Dementsprechend ist die Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, keine akzeptable Strategie, um den Mangel an Pflege- oder Betreuungspersonal



auszugleichen. Es muss vielmehr das Ziel sein, eine aktivierende Pflege anzubieten, welche die vorhandenen Kompetenzen älterer Menschen fördert, damit sie so lange wie möglich ihre Würde und die Alltagsfähigkeiten aufrechterhalten und Erinnerungen aus der früheren Lebenszeit bewahren können.

Prävention als Schlüssel

Hinweise aus der Präventionsforschung zeigen, dass mentale und körperliche Beschäftigungen sowie Anforderungen, beispielsweise Tanzen, sowie Lebensstilveränderungen, etwa entlastende Ernährung, dazu beitragen, den Beginn einer möglichen Alzheimerdemenz zu verzögern. Besonders wichtig ist dabei auch eine regelmäßige Kommunikation, ggf. mit Unterstützung eines Hörgeräts.

Ein Schlüssel zu wirksamer Prävention könnte auch die dauerhafte Senkung eines zu hohen Blutdrucks sein. Mehrere Studien legen nahe, dass Bluthochdruck in jüngeren Jahren ein wesentlicher Risikofaktor für eine spätere vaskuläre Demenz sein kann. Da Bluthochdruck auch die häufigste Ursache für einen Schlaganfall ist, schützt diese Form der Prävention das Gehirn in zweierlei Hinsicht.

Dies alles ist zwar keine Garantie dafür, dass eine Alzheimerdemenz vermieden werden kann. Die Berücksichtigung dieser Handlungsempfehlungen und Erkenntnisse können aber offenbar, wie in manchen Ländern zu beobachten ist, die Häufigkeit von Alzheimerdemenz im höheren Alter senken. ■

Es muss das Ziel sein, eine aktivierende Pflege anzubieten, welche die vorhandenen Kompetenzen älterer Menschen fördert.



TK

Krankmeldungen gesunken – trotz Corona

Trotz Corona sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten Erwerbstätiger im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gesunken. So betrug der Krankenstand für das Jahr 2020 der bei der Techniker Krankenkasse (TK) versicherten Erwerbspersonen 4,13 Prozent. 2019 lag er noch bei 4,22 Prozent und 2018 bei 4,25 Prozent. Dementsprechend war eine TK-versicherte Erwerbsperson im vergangenen Jahr durchschnittlich 15,1 Tage krankgeschrieben. Im Jahr 2019 waren es noch 15,4 Tage bzw. 15,5 Tage im Jahr 2018.

Besonders Erkältungskrankheiten sind im letzten Jahr stark zurückgegangen.

So fielen 2018 durchschnittlich 2,55 Fehltag pro Erwerbsperson auf das Konto von Grippe und Co., im Jahr 2019 waren es 2,37 und im letzten Jahr ging der Wert nochmal runter auf 2,29 Fehltag. Das entspricht gegenüber 2018 einem Rückgang von rund zehn Prozent.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK: „Sowohl der generelle Rückgang der Krankmeldungen als auch die Abnahme von Erkältungskrankheiten lassen darauf schließen, dass die Abstands- und Hygieneregeln auch dafür sorgen, dass sich andere Infektionserreger nicht so schnell verbreiten wie vor der Pandemie.“

Eine erneute Zunahme verzeichnen hingegen auch 2020 die Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen wie Depressionen und Angststörungen. So war jeder TK-versicherte Erwerbstätige statistisch gesehen im letzten Jahr aufgrund einer psychischen Diagnose durchschnittlich 2,98 Tage krankgeschrieben. Das ist ein erneuter Anstieg gegenüber den Vorjahren (2019: 2,89; 2018: 2,77; 2017: 2,71 Tage).

Die Krankschreibungen aufgrund der Diagnose Covid-19 spielen eine eher untergeordnete Rolle im Vergleich zu den anderen Erkrankungen. Insgesamt verzeichnete die TK im letzten Jahr rund 5,3 Millionen Krankschreibungen, davon 26.833 aufgrund von Covid-19. *pm*

www.tk.de

BARMER

AHA-Regeln bremsen Grippe aus

In der Corona-Pandemie hat sich die Zahl der Krankschreibungen wegen Grippe mehr als halbiert. Das geht aus einer Auswertung der BARMER hervor. Demnach waren zwischen November und Weihnachten der Jahre 2018 und 2019 durchschnittlich 923 bis 1.721 BARMER-Versicherte pro Woche wegen Influenza krankgeschrieben. Im selben Zeitraum des Jahres 2020 waren im Mittel lediglich 661 Personen pro Woche wegen einer Grippe arbeitsunfähig.

Auch nach Angaben des Robert Koch-Instituts ist die Grippe aktuell kaum spürbar.

„Die Grippe spielt zu Beginn dieses Jahres bisher eine sehr geringe Rolle. Die Abstand- und Hygieneregeln zum Schutz vor Corona senken offensichtlich auch das Influenzarisiko“, sagt Dr. Ursula Marschall, leitende Medizinerin bei der BARMER. Dies sei ein positiver und immens wichtiger Effekt. Denn je weniger schwere Grippe-Fälle es gebe, desto mehr der dringend erforderlichen Kapazitäten blieben den Krankenhäusern, um Corona-Kranke zu versorgen.

Nun gelte es, nicht nachzulassen und die Abstands- und Hygieneregeln weiterhin konsequent einzuhalten.

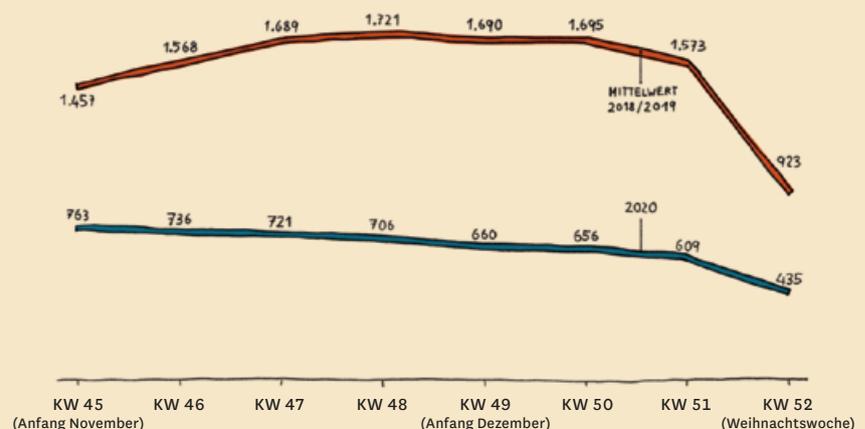
Ein sehr wichtiger Schutz gegen die Influenza bleibe nach wie vor die Grippe-schutzimpfung. Da sich die Influenza-Saison bis in den April oder Mai ziehen könne, sei eine Immunisierung auch jetzt noch sinnvoll. „Menschen, die täglich mit vielen Personen Kontakt haben, Seniorinnen und Senioren, chronisch Kranke und Schwangere sollten die Grippe-schutzimpfung jetzt noch nachholen. Die BARMER übernimmt die Kosten für alle Versicherten“, so Marschall weiter. Nach der Impfung dauere es etwa zehn bis 14 Tage, bis der Schutz vollständig im Körper aufgebaut sei.

Doch auch wer geimpft sei, sollte stets eine gewisse Vorsicht walten lassen. Denn obwohl man versuche, den Influenza-Impfstoff jedes Jahr an die wichtigsten aktuell grassierenden Influenzaviren anzupassen, biete er keinen 100-prozentigen Schutz. *pm*

www.barmer.de

Weniger Grippefälle in der Corona-Pandemie

Wegen der Grippe krankgeschriebene BARMER-Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld in den Kalenderwochen 45 bis 52 der Jahre 2018, 2019 (Mittelwert) und 2020



Quelle: BARMER 2021

HKK

Pandemie setzt der Psyche stark zu



Foto: mibildes/Adobe Stock

Im Corona-Jahr 2020 waren psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 19,6 Prozent die zweithäufigste Ursache aller Fehltage von Mitgliedern der hkk Krankenkasse. Dies ist ein Anstieg von 1,4 Prozentpunkten im Vergleich zum Vorjahr (2019: 18,2 Prozent). Eine häufigere Ursache waren nur sogenannte Muskel-Skelett-Erkrankungen, beispielsweise Rückenschmerzen, mit 22,2 Prozent. Platz 3 belegten Erkrankungen des Atmungssystems mit 13,4 Prozent. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Datenanalyse der hkk.

Im Jahr 2020 waren die erwerbstätigen Mitglieder der hkk im Durchschnitt 14,4 Tage arbeitsunfähig (2019: 14,1 Tage). 2,8 Tage davon standen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (2019: 2,6 Tage).

Erwerbstätige Frauen waren im vergangenen Jahr mit 3,5 Fehltagen je Arbeitnehmerin am häufigsten von psychischen Erkrankungen betroffen – 2019 waren es noch 3,2 Fehltag gewesen. Doch auch bei den berufstätigen Männern sind die Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen mit 2,2 Fehltagen je Arbeitnehmer um zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (2019: 2,0 Fehltag).

Studien belegen, dass die Corona-bedingten Lockdown-Maßnahmen Nebenwirkungen haben, die ihrerseits die Gesundheit empfindlich beeinträchtigen können – etwa eine mögliche Doppelbelastung durch Homeoffice und Homeschooling, familiäre Krisensituationen aufgrund räumlicher Enge und der Anstieg häuslicher Gewalt sowie des Alkoholkonsums. *pm*

www.hkk.de

KKH

Weniger Zahnvorsorge

Verschobene Vorsorgeuntersuchungen aus Angst vor dem Corona-Virus: Seit der Krise trauen sich viele Menschen nicht mehr zum Zahnarzt. Bundesweit sank die Zahl der KKH-Versicherten mit Zahnvorsorge im ersten Quartal 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um elf Prozent. Im zweiten Quartal, also von April bis Juni, nahmen sogar 19 Prozent weniger Versicherte einen Kontrolltermin beim Zahnarzt war.

In den Jahren vor der Pandemie war die Bereitschaft zur Zahnvorsorge hingegen immer stagniert beziehungsweise nur minimal gesunken. 2019 und 2018 suchten 58 beziehungsweise 57 Prozent der KKH-Versicherten mindestens einmal den Zahnarzt zur Kontrolle auf, 2014 waren es 60 Prozent.



Foto: Hironari Panonoi/Adobe Stock

Die KKH rät dazu, die Vorsorgeuntersuchung auch während der Corona-Krise in Anspruch zu nehmen. Denn wenn Zahnprobleme rechtzeitig erkannt werden, verhindert das oft schmerzhaftes, langwierige Behandlungen. Sollten diese dennoch nötig sein, können gesetzlich Versicherte mit einem lückenlosen Nachweis im Bonusheft bares Geld sparen.

Laut Terminservice- und Versorgungsgesetz können Krankenkassen seit dem 1. Oktober 2020 aufgrund eines Ausnahmetatbestandes einmalig ein fehlendes Bonusjahr anerkennen. Gesetzlich ist jedoch nicht definiert, wann ein solcher vorliegt und ob dieser durch die Corona-Krise gegeben ist. Wer auf Nummer sicher gehen will, sollte also auch während der Pandemie zur Zahnkontrolle gehen. In Zahnarztpraxen gelten generell sehr hohe Hygienestandards, was das Risiko einer Infektion für Patienten stark reduziert. *pm*

www.kkh.de

BARMER

Zweite Welle trifft Ältere hart

In der Corona-Pandemie geht die Schere bei den Krankschreibungen immer weiter auseinander. So trifft die zweite Welle Personen im höheren Alter besonders hart, während bei der ersten Welle alle Altersgruppen einen ähnlichen Verlauf hatten. Das geht aus einer Analyse der BARMER aus den Krankschreibungen ihrer Versicherten hervor.

Demnach ist der Anteil der wegen Corona Krankgeschriebenen bei den unter 30-Jährigen zwischen Ende Oktober und Mitte Dezember 2020 um 18 Prozent gesunken, was erstmals eine Trendumkehr bedeutet. Bei den 30- bis 49-Jährigen hat der Anteil um 25 Prozent zugenommen und in der Generation 50plus um 44 Prozent.

Laut der BARMER-Analyse sind die Corona-Krankschreibungen unter den Versicherten der Kasse in der ersten Welle zunächst in allen Altersgruppen stark gestiegen. Der Höhepunkt war in Kalenderwoche (KW) 14 (29. März bis 4. April) mit 1,7 Betroffenen je 1.000 Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld bei den unter 30-Jährigen. Bei den 30- bis 49-Jährigen waren 1,81 und in der Altersgruppe 50plus 2,53 je 1.000 Anspruchsberechtigte krankgeschrieben.

In der zweiten Welle driften die Werte seit Ende Oktober deutlich auseinander. So ist die Zahl der Krankschreibungen von KW 44 (25. bis 31. Oktober) bis KW 51 (13. bis 19. Dezember) von 2,17 auf 1,79 je 1.000 BARMER-Anspruchsberechtigte bis 29 Jahre gesunken. In der Gruppe der 30- bis 49-Jährigen stieg der Anteil von 2,02 auf 2,53 und bei Personen ab 50 Jahren von 2,77 auf 3,99 je 1.000 Anspruchsberechtigte. „Warum die zweite Corona-Welle jüngere Menschen weniger trifft, mag viele Ursachen haben und bedarf weiterer Untersuchungen. Auf jeden Fall gilt auch weiterhin, die Kontakte auf ein Minimum zu reduzieren. Das dient nicht nur dem Eigenschutz, sondern allen Menschen, insbesondere den Älteren und Kranken“, so BARMER-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Christoph Straub. *pm*

www.barmer.de



KAMPAGNE

Deutschland erkennt Sepsis

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), die Sepsis-Stiftung, die Deutsche Sepsis-Hilfe e. V., der Sepsisdialog der Universitätsmedizin Greifswald und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben Mitte Februar 2021 in Berlin die Aufklärungskampagne „Deutschland erkennt Sepsis“ vorgestellt. Ziel ist es, über die Gefahren der Sepsis (auch „Blutvergiftung“) aufzuklären sowie die typischen Warnzeichen in der Bevölkerung und bei medizinischem Personal bekannter zu machen.

Sepsis ist ein lebensbedrohlicher Notfall wie Schlaganfall oder Herzinfarkt, der jeden treffen kann und oft zu spät erkannt wird. Jährlich sterben etwa 75.000 Menschen in Deutschland an einer Sepsis, Überlebende erleiden oft schwere

Folgeschäden. 15.000 bis 20.000 Todesfälle pro Jahr sowie viele Spätfolgen – von Amputationen bis chronische Erschöpfung und Depressionen – gelten als vermeidbar.

Für die Aufklärungskampagne richteten APS, Sepsis-Stiftung, Sepsis-Hilfe und der Sepsisdialog der Universitätsmedizin Greifswald eine Informations-Webseite ein. Dort sind zahlreiche Informationsmaterialien zur Sepsis, den typischen Warnzeichen und den Verhaltensregeln im Notfall zu finden. Ferner wurden ein Kampagnenlogo, ein Flyer, Poster sowie der Aufklärungsfilm „Sepsis: Gönn dem Tod ne Pause“ entwickelt, der über soziale Medien verbreitet werden soll.

Die kritischen Zeichen erkennen

„Mit unserer gemeinsamen Informationsinitiative wollen wir so viele Menschen wie möglich über das Thema aufklären. Denn die Sepsis entsteht meistens nicht im Krankenhaus, sondern in ganz alltäglichen Lebenssituationen. Deswegen sollte jeder in der Lage sein, die kritischen Zeichen zu erkennen und die entscheidende erste Frage zu stellen: Könnte es Sepsis sein? Diese Frage kann Leben retten“, erklärte Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des APS. Sie rief dazu auf: „Informieren Sie sich! Und unterstützen Sie die Kampagne, vor allem indem Sie die Informationen teilen und selbst mitmachen.“

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, sagte: „Bis zu 20.000 vermeidbare Todesfälle durch Sepsis, mehr als 30 Prozent der Überlebenden werden Pflegefälle. Das sind bedrückend hohe Zahlen, die zeigen, wie dringend etwas getan werden muss. Würden Sepsisfälle früher erkannt, ließe sich nicht nur viel persönliches Leid vermeiden. Zudem würden unnötige Kosten, die zulasten der Beitragszahler gehen, entfallen. Aus diesen Gründen unterstützen wir die Kampagne ‚Deutschland erkennt Sepsis‘. Sie ist ein wichtiger Beitrag für noch mehr Patientensicherheit in Deutschland.“



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Vorstellung der Aufklärungskampagne „Deutschland erkennt Sepsis“ am 16. Februar 2021 in Berlin

Prof. Dr. Konrad Reinhart, Vorstandsvorsitzender der Sepsis-Stiftung, warnte davor, schwer verlaufende Infektionen auf die leichte Schulter zu nehmen: „Nahezu jede Infektionskrankheit und fast jeder Krankheitserreger kann zur Sepsis führen, das gilt auch für Grippe oder Covid-19. Durch Vorbeugen von Infektionen, durch Impfungen, zum Beispiel gegen Grippe, bessere Hygiene zu Hause und in Kliniken, Früherkennung und Behandlung als Notfall könnten viele Menschenleben gerettet werden.“

Dr. Matthias Gründling, Leiter des Sepsisdialogs der Universitätsmedizin Greifswald, forderte eine umfassende kontinuierliche Sepsis-Schulung des medizinischen Personals in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Im Krankenhausbereich müssten Standards etabliert werden. „Das regelmäßige Screening von Risikopatienten, wie zum Beispiel Menschen mit typischen Grippe-symptomen, etwa in der Notaufnahme, ist sehr hilfreich. Wir halten eine rund um die Uhr verfügbare Blutkulturdiagnostik, deren Abläufe auf den zeitkritischen Ablauf einer Sepsis abgestimmt sein müssen, zur Sepsisdiagnostik für unverzichtbar. Das müsste Standard in allen Kliniken werden.“

Arne Trumann, 2. stellvertretender Vorsitzender der Sepsis-Hilfe und selbst Sepsis-Betroffener, appellierte an die Bevölkerung, Mediziner und Pflegekräfte, sich über die Sepsis gut zu informieren, Warnsignale ernst zu nehmen und im Zweifel auch gegenüber Ärzten nicht nachzulassen oder den Notarzt zu rufen. „Die Folgen einer zu spät erkannten Sepsis sind für die Patienten und ihre Gesundheit verheerend und müssten nicht sein. Überlebt zu haben ist ein Geschenk, das zu vielen Menschen nicht zuteilwird. Doch auch die Spätfolgen einer Sepsis können sehr schwerwiegend sein. Umso wichtiger ist, es dass jeder weiß, Sepsis ist ein Notfall wie Herzinfarkt oder Schlaganfall. Jede Minute zählt.“

www.deutschland-erkennt-sepsis.de

Die Kampagnenpartner haben ein Papier mit vier Forderungen für eine bessere Sepsis-Versorgung zusammengestellt.

> Seite 30



Foto: Helen Carine Hecker

Dr. Ruth Hecker
Vorsitzende des APS

„Dreh- und Angelpunkt der Kampagne ist die Webseite www.deutschland-erkennt-sepsis.de. Dort finden sich Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Unter dem gemeinsamen Kampagnenlogo wollen wir vor allem Beiträge sammeln, die von unseren Partnern, Mitgliedern und Interessierten von innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens in Zukunft kommen werden. **Jeder kann etwas dazu beitragen! In der Summe bekommen wir so statt vieler Einzelaktionen eine konzertierte Kampagne zum Thema Sepsis.**“



Foto: Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Prof. Dr. med. Konrad Reinhart
Vorsitzender der Sepsis-Stiftung

„Das mangelnde Wissen um Vorbeugungsmöglichkeiten und die Frühzeichen von Sepsis in der Bevölkerung, beim medizinischen Personal, den Gesundheitsdienstleistern, Entscheidern und Verantwortungsträgern im Gesundheitswesen und der Politik, gehören zu den Hauptgründen, warum in Deutschland die Sepsis-Sterblichkeit im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen deutlich höher ist. **Während sie nach dem Einführen nationaler Qualitätsstandards in England auf 32 Prozent, in den USA auf 23 Prozent und in Australien auf 18 Prozent gesunken ist, liegt sie in Deutschland immer noch bei 41,7 Prozent.**“



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende des vdek

„**Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Sepsis ein Notfall ist, genauso wie ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt, es zählt also jede Minute!** Und da viele Sepsis-Fälle im Alltag und in der Freizeit auftreten, müssen vor allem die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige in der Lage sein, die Symptome einer Sepsis rechtzeitig zu erkennen und sie nicht mit anderen Erkrankungen zu verwechseln. Nur so können sie auch im Ernstfall richtig handeln. Daher ist Aufklärung so wichtig! Genau hier setzt die Kampagne ‚Deutschland erkennt Sepsis‘ an.“



Foto: Manuela Janke, UMG

Dr. Matthias Gründling
Leiter des Sepsisdialogs der Universitätsmedizin Greifswald

„Notwendig sind eine umfassende und kontinuierliche Schulung des medizinischen Personals aller Sektoren des Gesundheitswesens und die breite Aufklärung der Bevölkerung. **Um Sepsis früh zu erkennen, ist das regelmäßige Screening von Risikopatienten zum Beispiel in der Notaufnahme oder im Rettungsdienst nach feststehenden Kriterien hilfreich.** Im Rahmen der Sepsisdiagnostik ist eine rund um die Uhr verfügbare Blutkulturdiagnostik, deren Abläufe auf den zeitkritischen Ablauf einer Sepsis abgestimmt sein müssen, unverzichtbar.“



FORDERUNGSPAPIER

Sepsis besser erkennen

Sepsis, umgangssprachlich oft auch Blutvergiftung genannt, kann jeden treffen. Jährlich sterben allein in Deutschland etwa 75.000 Menschen an einer Sepsis, wer die Krankheit übersteht, leidet oft an schweren Folgeschäden. Dabei gelten 15.000 bis 20.000 Todesfälle in Deutschland als vermeidbar. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung ist die frühe Erkennung.

Damit in Zukunft „Deutschland erkennt Sepsis“ gilt, fordern wir:

1. Für eine breitenwirksame Kampagne zum Thema Sepsis brauchen wir (Ihre) Unterstützung!

Die meisten Sepsis-Fälle entstehen aus alltäglichen Situationen: das aufgeschürfte Knie, der entzündete Insektenstich und alltägliche Infektionskrankheiten wie Lungenentzündungen, Grippe und Harnwegsinfekte. Der wichtigste Schritt ist dann, dass jemand die Frage stellt: „Könnte es Sepsis sein?“ Wir brauchen eine besser aufgeklärte Bevölkerung, die gut informiert ist über Sepsis und weiß, dass Sepsis ein lebensbedrohlicher Notfall ist. Jede Minute bis zur Behandlung zählt, um schwere Verläufe und Todesfälle zu vermeiden. Deshalb: Bei Verdacht auf Sepsis den Notarzt bzw. die 112 rufen! Auch Impfungen können helfen, Sepsis zu vermeiden, insbesondere die Pneumokokken- und die jährliche Gripeschutzimpfung, aber auch die Impfung gegen Covid-19. Es geht also um die Stärkung der Gesundheitskompetenz mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. Wir bitten deshalb alle Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens um ihre tatkräftige Unterstützung bei der Kampagne [#DeutschlandErkenntSepsis](#).

2. Patientensicherheit und das Thema Sepsis müssen explizit in der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe verankert werden.

Da sich eine Sepsis sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses aus den verschiedensten Situationen entwickeln kann, können die Angehörigen aller Gesundheitsberufe zu ersten Anlaufstellen von Betroffenen im Gesundheitssystem werden: vom Personal in den ambulanten Praxen über die Apotheken, die Pflegekräfte in der Langzeitpflege und die therapeutischen Kontakte bis hin zum Rettungsdienst. Deshalb müssen die Angehörigen aller Gesundheitsberufe und Fachrichtungen besser darin geschult werden, die Symptome einer Sepsis zu erkennen, ernst zu nehmen und entsprechend zu handeln. Letztes Jahr hat das APS eine Handlungsempfehlung zur Sepsis veröffentlicht, die kostenlos erhältlich ist. Informieren Sie sich auf der Webseite www.deutschland-erkennt-sepsis.de.

Der Fokus auf Sepsis ist wichtig, aber alleine nicht ausreichend: Patientensicherheit als eigenes Lernfeld mit allen dazu nötigen Kenntnissen und Fertigkeiten gehört an zentraler Stelle in die Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe, damit die so ausgebildeten Personen in der Lage sind, vor Ort Risiken für Patientinnen und Patienten zu erkennen sowie wirksame Maßnahmen zu entwerfen, einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

3. In den Krankenhäusern müssen die strukturellen Voraussetzungen vorhanden sein bzw. geschaffen werden, um Sepsis schnell zu erkennen.

Auch während der Krankenhausbehandlung kann Sepsis auftreten. Natürlich ist ausreichend und gut geschultes Pflegepersonal entscheidend, um die Anzeichen zu erkennen. Das Modellprojekt an der Universitätsmedizin Greifswald hat gezeigt, dass zusätzlich zum Beispiel eine spezielle Sepsis-Pflegekraft oder Rapid-Response-Teams wertvolle Unterstützung für nachhaltige krankenhausesweite Schulungs- und Qualitätsverbesserungskampagnen leisten können. Die Schulung des

medizinischen Personals auf allen Stationen und in allen Bereichen des Krankenhauses in der Früherkennung von Sepsis macht einen großen Unterschied.

Egal ob Fälle von außerhalb oder innerhalb des Krankenhauses: Der Verdacht auf Sepsis erfordert eine schnelle und zuverlässige Blutkulturdiagnostik. Diese muss, wie für jeden Notfall üblich, 24 Stunden täglich sieben Tage die Woche zur Verfügung stehen. Mithilfe von Qualitätssicherungsverfahren muss schnellstmöglich überprüft und sichergestellt werden, dass die nötigen Strukturen für eine gute Versorgung (ausreichend Personal, spezialisiertes Personal, Geräte, Möglichkeiten zur schnellen Blutkulturdiagnostik vor Ort) tatsächlich vorhanden sind. Hier sind die Verantwortlichen in den Krankenhäusern gefragt, schnellstmöglich Verbesserungen vorzunehmen und nicht auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu warten. Der G-BA wiederum ist gefordert, geeignete Maßnahmen in einer Qualitätssicherungs-Richtlinie zu verankern. Ein Auftrag an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist bereits ergangen, Vorschläge für geeignete Maßnahmen zu erarbeiten. Das Verfahren wird jedoch noch mindestens zwei Jahre in Anspruch nehmen.

4. Weiterentwicklung der Sepsisversorgung durch innovative Projekte und Ausbau der telemedizinischen Versorgung.

Gefordert sind hier beispielsweise das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie der Innovationsfonds des G-BA. Einzelne erfolgsversprechende Initiativen dazu gibt es bereits, wie der Sepsisdialog an der Universitätsmedizin Greifswald oder die Innovationsfondsprojekte der Sepsis-Stiftung. Dabei zeigt sich, dass aussagekräftige Forschung eine verlässliche Datengrundlage verlangt und Sepsis auch in Deutschland zu



den Krankheiten gehört, die bis heute untererfasst werden. Um das zu ändern und auch, um das Bewusstsein für Sepsis zu schärfen, fordern wir – übrigens im Einklang mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – die klare Kodierung jedes Sepsisfalls.

Auch der Aufbau weiterer, sektorenübergreifender telemedizinischer Netzwerke, bei dem teilnehmende Krankenhäuser und Niedergelassene jederzeit die Möglichkeit haben, über digitale Anwendungen (wie etwa Televisiten oder Experten-Chats) infektiologische oder intensivmedizinische Expertise einzuholen, kann die Versorgung verbessern.

Wir rufen alle auf:

- Informieren Sie sich, zum Beispiel auf www.deutschland-erkennt-sepsis.de
- Machen Sie mit, zum Beispiel durch die Weiterverbreitung von Informationen zur Sepsis in Ihren Kommunikationskanälen und mit Ihren Möglichkeiten!
- Unterstützen Sie die Kampagne durch eine Spende, damit mehr Informationsmaterial entwickelt und verbreitet werden kann. ■

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Deutsche Sepsis-Hilfe e. V.
Sepsis-Stiftung
Sepsisdialog der Universitätsmedizin Greifswald
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)





FAQ

Antworten auf die häufigsten Fragen rund um das Thema Sepsis

Was ist Sepsis (auch Blutvergiftung genannt)?

Sepsis ist die schwerste Verlaufsform einer Infektion. Sie entsteht, wenn die körpereigenen Abwehrkräfte nicht mehr in der Lage sind, die Ausbreitung einer lokalen Infektion zu verhindern, und die Erreger in den Blutkreislauf eindringen. Der Körper reagiert mit einer Aktivierung der Abwehrsysteme, insbesondere des Immun- und Gerinnungssystems. Dadurch werden nicht nur die Erreger, sondern auch die körpereigenen Organe wie Lunge, Herz und Niere geschädigt. Es kommt zum Multiorganversagen und zum septischen Schock. Unbehandelt ist eine Sepsis immer tödlich.

Wie häufig ist Sepsis?

In Deutschland sterben jährlich mindestens 75.000 Menschen an Sepsis. Das sind deutlich mehr Todesfälle als durch Brust-, Prostata- und Darmkrebs zusammen. Weltweit gibt es pro Jahr ca. elf Millionen Todesfälle infolge einer Sepsis, davon sind etwa 1,2 Millionen Neugeborene. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hält die Mehrzahl der Todesfälle durch Sepsis für vermeidbar. In Deutschland wird von 15.000 bis 20.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr ausgegangen.



Foto: radek/aps/rob flowers

Wie erkenne ich, ob ich eine Sepsis haben könnte?

Sepsis entsteht immer aus einer Infektion. Wenn Sie eine Infektion haben oder vermuten und zudem ein oder mehrere der folgenden Symptome feststellen, könnte es sich um eine Sepsis handeln. Sie sollten in diesem Fall keine Zeit verlieren und schnellstmöglich einen Arzt aufsuchen.

- Nie gekanntes schweres Krankheitsgefühl
- Müdigkeit, Apathie
- Fieber
- Schüttelfrost
- Plötzlich auftretende Verwirrtheit
- Schnelle, schwere Atmung
- Erhöhte Pulsrate
- Erniedrigter Blutdruck
- Kalte, fleckige Haut an Armen/Beinen

Wie wird Sepsis behandelt?

Eine schnelle Behandlung ist bei Sepsis essenziell, denn mit jeder Verzögerung der Therapie steigt die Sterblichkeit. Sepsis ist daher immer ein Notfall! Patienten müssen so schnell wie möglich Breitband-Antibiotika erhalten. Zur Erregerdiagnostik sollten zuvor Blutkulturen und Abstriche vom mutmaßlichen Infektionsherd genommen werden. Hinzu kommen kreislaufstabilisierende Maßnahmen sowie bei Infektionsherden deren chirurgische Beseitigung.

Welche Folgen sind nach einer Sepsis möglich?

Bis zu 75 Prozent der Überlebenden einer Sepsis leiden unter Langzeitfolgen wie Müdigkeit, kognitiven Einschränkungen, Konzentrationsschwäche, Depressionen, chronischen Schmerzen, neuromuskulären Schäden und Gleichgewichtsproblemen. Die Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit, der Bedarf an Langzeitpflege und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltag können erheblich sein. Nicht selten kommt es im Verlauf einer Sepsis zur Amputation von Gliedmaßen. Um ihren Körper bei der Überwindung der Sepsisfolgen zu unterstützen, sollten Betroffene sich gesund und ausgewogen ernähren sowie regelmäßig körperlich bewegen.



Gibt es Menschen, die ein höheres Risiko haben als andere?

Sepsis kann jeden treffen. Bestimmte Menschen haben aber ein erhöhtes Risiko. Dazu gehören:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen, zum Beispiel der Lunge, Leber oder des Herzens
- Menschen mit geschwächtem Immunsystem, zum Beispiel Diabetes-, Krebs-, Dialyse- oder AIDS-Patienten
- Menschen ohne Milz
- Ältere Menschen > 60
- Schwangere Frauen
- Kinder unter 1 Jahr
- Frühgeborene
- Menschen, die schon einmal eine Sepsis durchgemacht haben

Wie kann ich einer Sepsis vorbeugen?

Der beste Weg, sich vor einer Sepsis zu schützen, ist die Verhinderung von Infektionen bzw. deren konsequente Behandlung. Besonders kleine Kinder und Menschen über 60 Jahre sollten unbedingt den Impfeempfehlungen der Gesundheitsbehörden folgen.



Wie erkenne ich den Beginn einer Sepsis bei kleinen Kindern?

Bei kleinen Kindern sind die Symptome einer Sepsis unspezifisch. Besondere Achtsamkeit ist nötig, wenn Kinder, die zunächst nur allgemeine Infektionszeichen wie eine erhöhte Körpertemperatur aufweisen, appetitlos, schläfrig und apathisch werden, schwer und schnell atmen und den Muskeltonus verlieren. Marmorierte fleckige Haut, kalte Gliedmaßen und Untertemperatur bei Babys gehören ebenfalls zu den Warnzeichen einer Sepsis. Wenn eines oder mehrere dieser Symptome vorliegen, wenden Sie sich schnellstmöglich an Ihren Arzt oder bringen Sie Ihr Kind in die Notaufnahme! Frühgeborene sind besonders anfällig für Sepsis, da ihr Immunsystem noch nicht voll entwickelt ist.



Was ist eine Wochenbettsepsis?

Wenn sich eine Sepsis während oder nach der Geburt oder nach einem Schwangerschaftsabbruch entwickelt, spricht man von einer Wochenbettsepsis, auch Kindbettfieber, maternale Sepsis oder puerperale Sepsis genannt.

Ich bin schwanger. Was kann ich tun, um die Gefahr einer Sepsis zu verringern?

Auch bei Schwangeren gilt: Der beste Weg, sich vor einer Sepsis zu schützen, ist die Verhinderung von Infektionen und die rechtzeitige konsequente Behandlung einer Infektion. Es gibt Antibiotika, die in der Schwangerschaft sicher wirksam und nicht schädlich für Mutter und Kind sind.

Kann ein Kaiserschnitt mein Sepsisrisiko senken?

Nein. Das Infektionsrisiko ist nach einem Kaiserschnitt viermal höher als bei einer normalen Geburt.

Was kann man tun, wenn bei Sepsis kein Antibiotikum mehr eine Wirkung zeigt?

Wenn verschriebene Antibiotika nach zwei oder drei Tagen nicht anschlagen, liegt sehr wahrscheinlich keine bakterielle, sondern eine durch Viren hervorgerufene Infektion vor. Bei bakteriellen Infektionen beispielsweise der Harnwege oder der Nieren oder bei Patienten mit chronischen Atemwegsinfektionen sind manchmal auch multiresistente Erreger der Grund dafür, dass Antibiotika nicht wirken. Sprechen Sie in diesem Fall unbedingt zeitnah mit Ihrem Arzt!

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Covid-19 und Sepsis?

Sepsis kann nicht nur von bakteriellen, sondern auch von viralen Erregern wie Grippe-, Ebola- oder Coronaviren sowie von Pilzen oder Parasiten ausgelöst werden. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass fast 60 Prozent der Patienten mit schwerem Covid-19-Verlauf eine Sepsis bis hin zum septischen Schock entwickeln können. Von 100 Patienten mit Covid-19 entwickeln zwei bis fünf ein Organversagen, das eine Sepsis anzeigt. Ein frühes Erkennen und Behandeln einer Sepsis ist daher bei einer Covid-19-Infektion besonders wichtig.

Den vorliegenden Fragen-Antworten-Katalog veröffentlichen wir mit freundlicher Genehmigung der Sepsis-Stiftung. Die Langversion der FAQ finden Sie auf:

www.sepsis-stiftung.eu/faq



BERICHT EINES SEPSIS-BETROFFENEN

„Ich fühlte mich so krank wie niemals zuvor“

Arne Trumann hat im Alter von 44 Jahren einen septischen Schock überlebt. In *ersatzkasse magazin* berichtet er über die Zuspitzung seiner zunächst nicht erkannten Sepsis-Erkrankung. Ausgangspunkt der Leidensgeschichte war ein grippaler Infekt, von dem sich der Vater von drei Kindern auch in der Zeit, als er für mehrere Tage krankgeschrieben war, nicht richtig erholte. Im Gegenteil. Sein Zustand verschlechterte sich zusehends. Nach einem abendlichen Hausbesuch eines Arztes und der ärztlichen Empfehlung weiter im Bett zu bleiben, fühlte sich Arne Trumann so krank, dass seine Frau den Rettungswagen rufen musste. Was folgte, war ein dramatischer Krankheitsverlauf der Sepsis.

/Text/ Arne Trumann



Foto: Privat

Arne Trumann
2. stellvertretender
Vorsitzender der Deutschen
Sepsis-Hilfe e.V.

Der Erfahrungsbericht des Sepsis-Betroffenen Arne Trumann ist ein Auszug aus seiner Rede, die er am 16. Februar 2021 auf der Pressekonferenz „Deutschland erkennt Sepsis“ gehalten hat. Die vollständige Rede steht auf der Internetseite des vdek zum Download zur Verfügung.

www.vdek.com

Ich spürte zum ersten Mal das Gefühl, dass ich mich so krank wie niemals zuvor fühlte. Etwas Bedrohliches machte sich in mir breit. So etwas wie eine Vorahnung, dass etwas Schwerwiegendes mit meinem Körper passiert. Ich fühlte mich sterbenskrank. Das Denken fiel mir schwer. Meine Frau entschied gegen 20:15 Uhr, den Rettungswagen unter der 112 zu rufen.

Das Fahrzeug traf etwa 15 Minuten später bei uns ein. Der Notarzt sah meinen Zustand, untersuchte mich kurz, legte eine Infusion an. Er war Intensiv-Mediziner und erkannte schnell, dass es sich um einen septischen Schock handelte und ich sofort auf eine Intensivstation gebracht werden musste. Wir dürften keine Zeit verlieren. Er vermutete bereits multiples Organversagen.

Nach einer 45-minütigen Blaulichtfahrt über die Autobahn erreichten wir kurz nach 22 Uhr das Klinikum im 50 Kilometer entfernten Bremen. Unmittelbar nach dem Eintreffen auf der Intensivstation wurde ich in ein künstliches Koma versetzt, aus dem ich erst vier Wochen später aufwachen sollte.

Diese Krankheitsgeschichte ist leider kein Einzelfall und leider auch typisch für den

Verlauf im Weiteren. Da nicht bekannt war, was letztlich die Sepsis ausgelöst hatte, musste zunächst der Erreger aufgefunden werden, der zusätzlich zu dem grippalen Infekt das Immunsystem belastete.

Der gesamte Körper wurde untersucht. Eine Gallenblasenoperation wurde durchgeführt, jedoch ohne Befund. Erst das Blutlabor-Ergebnis brachte Streptokokken-A-Bakterien als Ergebnis. Zwischenzeitig hatte die Antibiotika-Behandlung begonnen, in deren Verlauf meine Finger- und Zehenspitzen schwarz wurden und zum Teil abstarben.

Für mich als leidenschaftlichen Klavierspieler eine sehr schmerzhaft Situation. Neun von zehn Fingern mussten operativ behandelt, bei sieben Fingern Glieder amputiert werden.

Auch hier bin ich kein Einzelfall. Vielen Patienten müssen ganze Gliedmaßen, Füße, ganze Unterschenkel, Hände, ganze Unterarme, oft auf beiden Seiten amputiert werden. Und das nicht nur bei älteren Menschen, sondern auch bei Kindern und jungen Menschen, die ihr ganzes Leben noch vor sich haben. Patienten, die vielleicht körperlich unverehrt scheinen, müssten damit rechnen, mit kognitiven Einschränkungen weiterleben zu müssen. ■



Herausforderungen im Wahljahr 2021

Die Bundestagswahl am 26. September 2021 sowie sechs Landtagswahlen werfen ihre Schatten voraus. Im Mittelpunkt der Wahlen stehen die Bilanz der bisherigen Pandemiebewältigung und zukünftige Konzepte zurück zu mehr Normalität. Die Corona-Pandemie hat aber nicht nur Einfluss auf viele Lebensbereiche, auf die Wirtschaft und die Gesellschaft genommen, sondern zieht auch einen großen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf nach sich. Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich verschärft. Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Beitragsätze sind daher notwendig, um den coronabedingten Finanzdruck abzufedern.

Die Corona-Pandemie legt bereits bestehende gesundheitspolitische Baustellen weiter offen. Bund und Länder sind aufgefordert, den Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft weiter voranzutreiben. Politischen Handlungsbedarf gibt es in der Pflege. Hier spitzt sich das Problem der Kostenbelastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile weiter zu, darauf haben die Ersatzkassen seit Jahren hingewiesen. Darüber hinaus benötigt die Pflegeversicherung eine zukunftsfeste Finanzierung. Positiv ist indes die durch Corona gestiegene Akzeptanz bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA).



GKV-FINANZ- UND MARKTSITUATION

Morbi-RSA zeigt erste Wirkungen

Das Jahr 2020 ist wegen der Corona-Pandemie für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein hartes Jahr gewesen. Die Finanzierungslücke wurde unter anderem durch die Erhöhung von Zusatzbeitragssätzen geschlossen. Doch der Finanzdruck setzt sich 2021 fort. „Die Vermögen der Kassen werden im Laufe des Jahres weitestgehend aufgebraucht sein. Wenn nichts geschieht, besteht das Risiko, dass sich die Zusatzbeitragssätze für 2022 nahezu verdoppeln – aus heutiger Sicht auf rund 2,5 Prozentpunkte“, erklärte Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz Ende Januar 2021. Daher müsse die Politik nach der Bundestagswahl die Beitragssätze stabilisieren.

Die Anhebungen der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze bewegen sich in einem moderaten Rahmen.

Im vergangenen Jahr ergab sich in der GKV eine Finanzierungslücke in Höhe von 16 Milliarden Euro. Diese Finanzierungslücke hatte sich aufgebaut durch vier zum Teil gegenläufige Effekte, die aus 2020 fortwirken:

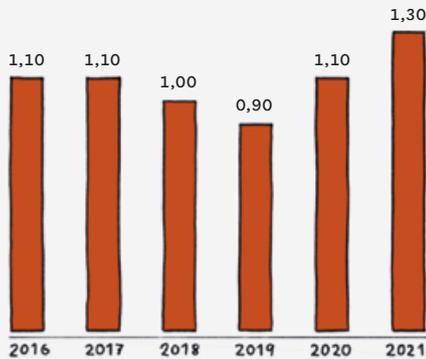
1. Pandemiebedingte Mehrausgaben für Schutzausrüstungen, Intensivbetten, Coronatests und Finanzunterstützung für Leistungserbringer
2. Minderausgaben durch coronabedingt verschobene und ausgefallene Behandlungen
3. Mindereinnahmen infolge von coronabedingter Kurzarbeit und Rückgang der Beschäftigung
4. Mehrausgaben durch kostenintensive Gesundheitsgesetze (für mehr Arzttermine und Personal in den Krankenhäusern sowie eine bessere Vergütung für Heilmittelerbringer)

28,2 Millionen Menschen sind nach den jüngsten Zahlen vom Dezember 2020 bei den sechs Ersatzkassen versichert. Damit konnten die Ersatzkassen erneut ihre Mitglieder- und Versichertenzahlen ausbauen, das Plus beträgt **74.359 Versicherte** im Vergleich zum Vorjahr. Der Marktanteil beläuft sich auf **38,4 Prozent**. Damit sind die Ersatzkassen weiterhin Marktführer unter den gesetzlichen Krankenkassen.

Um die Finanzierungslücke zu schließen, gab es zum 1. Januar 2021 eine moderate Anhebung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze. 40 der insgesamt 102 Krankenkassen hoben ihren Zusatzbeitragssatz an. Von der Erhöhung betroffen sind 37,7 Millionen Mitglieder. Der Höhe nach bewegen sich die Anhebungen in einem moderaten Rahmen von 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte. Nur durch diese notwendig gewordene moderate Erhöhung der Zusatzbeiträge im Zusammenspiel mit einem einmaligen Steuerzuschuss sowie durch den Abbau von Rücklagen in Höhe von acht Milliarden Euro ist es gelungen, die Finanzierungslücke von 16 Milliarden Euro zu schließen.

Entwicklung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags (ZBS)*

In Prozent; 2016 bis 2021



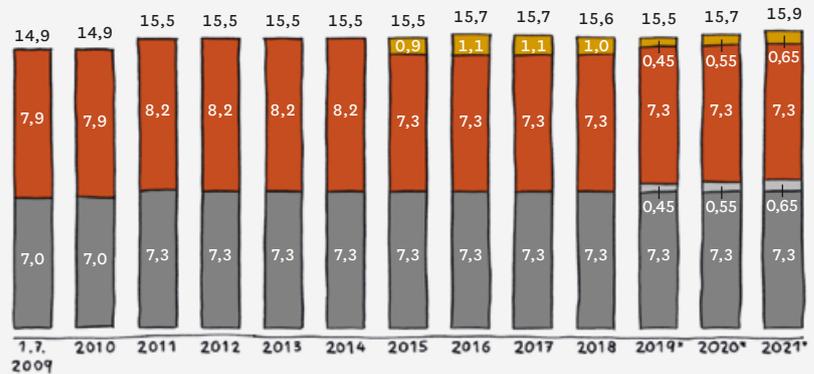
* Gemäß § 242a SGB V

Quelle: vdek

GKV-Beitragssätze

Versicherten- und Arbeitgeberanteile in Prozent; 2009 bis 2021

■ Versicherte ■ Zusatzbeitragssatz Versicherte
■ Arbeitgeber ■ Zusatzbeitragssatz Arbeitgeber



* Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz ist jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu tragen.

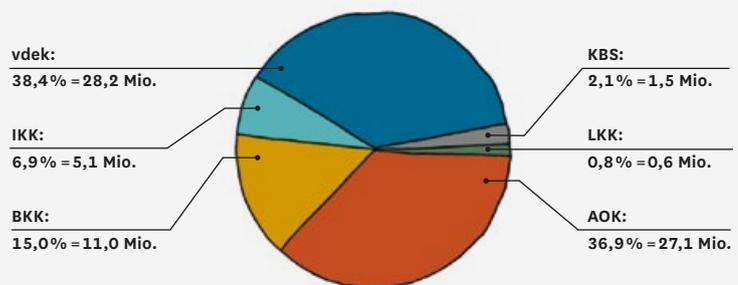
Quelle: vdek

Positiv wertete Klemens, dass sich die Beitragssatzspanne zwischen den Krankenkassen aktuell gegenüber den Vorjahren angenähert hat, da die Zusatzbeitragssätze unterschiedlich stark erhöht wurden. Grund dafür ist die von dem vdek und seinen Ersatzkassen lange geforderte Reform des morbi-orientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), unter anderem mit der Einführung einer Regionalkomponente und eines Risikopools. Dies sei ein Hinweis darauf, dass die Reform des Finanzausgleichs schon jetzt Wirkung zeige und für fairere Wettbewerbsbedingungen Sorge, so Klemens.

Die Morbi-RSA-Reform wurde zum 1. Januar 2021 wirksam. Die Ersatzkassen erwarten, dass die neuen Kriterien bei der Finanzzuweisung ihre bisherigen Nachteile, und auch die der Betriebs- und Innungskrankenkassen, zu einem merklichen Teil ausgleichen. Nach Schätzungen des vdek werden die Ersatzkassen rund 500 Millionen Euro pro Jahr mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung ihrer Versicherten erhalten. Klemens forderte, dass weitere Reformelemente wie ein passgenauerer Ausgleich für Kinderkrankengeld und Auslandsversicherte noch vor der Bundestagswahl verabschiedet werden. ■

Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten

In Prozent und Millionen; GKV; Dezember 2020



Versicherte

■ vdek: 28.206.722 ■ BKK: 11.009.644 ■ KBS: 1.519.518 ■ AOK: 27.101.565 ■ IKK: 5.072.188 ■ LKK: 572.117 ■ GKV insgesamt: 73.481.754

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG



KRANKENHAUSVERSORGUNG

Kliniken spezialisieren und konzen- trieren

Die Corona-Pandemie unterstreicht den Reformbedarf der Krankenhausstrukturen. Dies zeigen Belegungszahlen der Ersatzkassenversicherten in den 1.702 Krankenhäusern während der Corona-Pandemie (erste Welle bis 31. Juli 2020). Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), hat Bund und Länder auf der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz Ende Januar 2021 aufgefordert, sich für einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft stark zu machen.

Bereits vor der Pandemie bestand ein – auch wissenschaftlich unterlegter – breiter Konsens, dass Deutschlands Krankenhausstruktur nicht mehr zeitgemäß ist. Die Zahl von 1.702 Krankenhäusern mit insgesamt 2.571 Standorten wird im internationalen Vergleich als zu hoch bewertet. Insbesondere wird kritisiert, dass es zu viele kleine Krankenhäuser gibt, denen es zum Beispiel an Erfahrung, Ausstattung und nötigen Investitionsmitteln fehlt. Immerhin haben 65 Prozent der Krankenhäuser weniger als 300 Betten; diese Krankenhäuser stellen zusammengenommen nur 28 Prozent der bundesweiten Bettenkapazitäten.

Während der Pandemie konnte ein Großteil der an Covid-19 erkrankten Patienten ambulant behandelt werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zeigte sich, dass ein starker ambulanter Sektor benötigt wird, der den Krankenhäusern

den Rücken freihält, damit diese sich auf die Behandlung der schwerstkranken und tatsächlich krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten konzentrieren können.

Belegungszahlen zeigen Reformbedarf

Die Belegungszahlen des vdek während der ersten Corona-Welle bis 31. Juli 2020 unterstreichen den bereits konstatierten Reformbedarf in der Krankenhauslandschaft: Von den 1.702 Krankenhäusern haben 1.438 somatische Fachabteilungen. In etwa 72 Prozent der somatischen Krankenhäuser wurden Ersatzkassenpatienten behandelt, die bestätigt an Covid-19 erkrankt waren. 36,5 Prozent dieser Krankenhäuser haben Covid-19-Ersatzkassenpatienten beatmet bzw. intensivmedizinisch behandelt. Von allen stationär behandelten Ersatzkassenpatienten wurden insgesamt 15,8 Prozent beatmet. Die intensivbehandlungsbedürftigen Covid-19-Patienten wurden primär in Schwerpunktversorgungskrankenhäusern oder Fachkrankenhäusern der Lungenheilkunde behandelt und nicht in Krankenhäusern der Basisversorgung. Diese haben hingegen häufig Covid-19-Patienten aus Alten- und Pflegeheimen versorgt, deren Betreuung anderweitig nicht sichergestellt werden konnte.

Mit zunehmender Schwere der Erkrankung rückte auch bei Covid-19-Patienten die wohnortnahe Versorgung in den Hintergrund. Dies gilt insbesondere für die ländlichen Regionen. Gerade hier hat die Covid-19-Pandemie de facto zu einer Patientenwanderung der Schwersterkrankten in die Schwerpunktthäuser in Ballungsregionen geführt. Die kleineren ländlichen Krankenhäuser beteiligten sich in der Regel an der Versorgung ambulant behandlungsbedürftiger Covid-19-Patienten.

Planbare Eingriffe konnten im höheren Ausmaß problemlos aufgeschoben werden. Hier waren zum Teil Fallzahlrückgänge von über 50 Prozent zu beobachten. Zu nennen sind gynäkologische Operationen oder auch das Einsetzen einer Knie- oder Hüftprothese. Diese Entwicklung wirft die Frage nach dem generellen Fehlbelegungspotenzial auf. „Es liegt auf der Hand, dass nicht alle verschobenen Krankenhausbehandlungen zwingend erforderlich waren und auch nicht zwingend nachgeholt werden müssen“, so Elsner.

Die Politik habe Elsner zufolge richtig auf die Pandemie reagiert. Über Freihaltepauschalen, erhöhten Pflegewert und Mindererlösausgleiche sei gewährleistet, dass die Corona-Pandemie für die Krankenhäuser nicht zur Existenzfrage wird. Im Gegenteil: Die Freihaltepauschale sei leider oft zu einer Leerstandpauschale geworden, von der Krankenhäuser besonders profitiert hätten, die nicht intensivmedizinisch betreut haben. Mit der sogenannten Dritten Freihaltepauschale habe der Gesetzgeber die Freihaltepauschale folgerichtig auf Kliniken begrenzt, die Covid-19-Patienten tatsächlich behandeln.

Elsner forderte Bund und Länder auf, einen „Bund-Länder-Pakt“ zu etablieren und sich für einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft stark zu machen und gleichzeitig die Versorgung auf dem Land sicherzustellen. Dies könne erreicht werden durch die Nutzung digitaler Möglichkeiten und die Umwidmung von Krankenhäusern zu einer ambulanten Basisversorgung. Ebenfalls müsste ambulantes Potenzial stärker genutzt werden und Fehlanreize im Vergütungssystem abgebaut werden. Ziel sei es, die Versorgungsqualität deutlich zu verbessern. „Weniger ist mehr – dies gilt auch in Bezug auf die Krankenhäuser bzw. ihre Standorte“, so Elsner. ■

Die Freihaltepauschale ist leider oft zu einer Leerstandpauschale geworden.

DIGITALE ANWENDUNGEN

Höhere Akzeptanz durch Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat zu einer deutlichen Akzeptanzsteigerung von Digitalen Anwendungen (DiGA) im Gesundheitswesen geführt. Allein die Videosprechstunden, bislang ein Nischenprodukt in der Versorgung, sind im zweiten Quartal 2020 auf über eine Millionen nach oben geschossen; gegenüber 500 DiGA im zweiten Quartal 2019 ein deutlicher Anstieg. Auch die zahlreichen digitalen Präventionsangebote der Ersatzkassen erfuhren einen Boom.

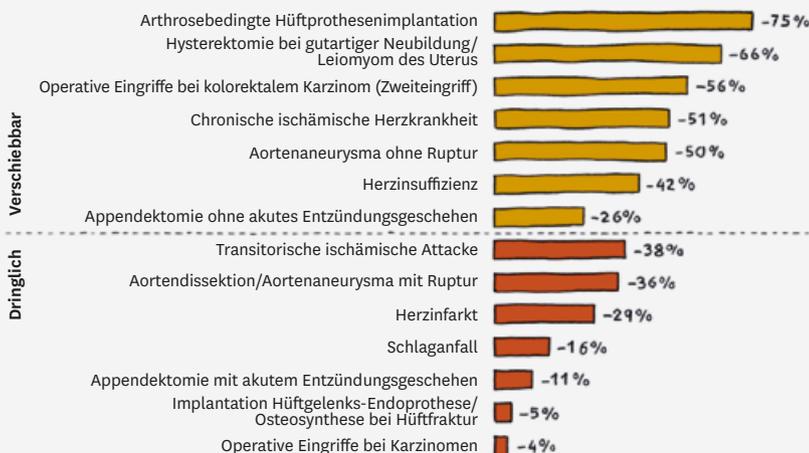
Die DiGA und künftig auch die Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) ergänzen die medizinische und pflegerische Versorgung auf sinnvolle Art. Derzeit sind zehn DiGA zugelassen, 24 Zulassungsanträge sind in Bearbeitung. Bezüglich der Preisbildung der neuen Apps auf Rezept fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) den Gesetzgeber auf, an dieser Stelle nachzujustieren. So unterliegen die meisten Apps im ersten Jahr der freien Preisbildung durch die Hersteller. „Die Hersteller rufen hier Kosten bis zu 750 Euro pro Quartal für ihre DiGA auf – ein Vielfaches des ärztlichen Honorars für die Untersuchung“, erklärt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Die Preisverhandlungen müssten früher beginnen und rückwirkend ab dem ersten Tag der Zulassung gelten.

Während der Pandemie kommt auch der digitalen Unterstützung in der Prävention mehr Bedeutung zu. So fördert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zertifizierte Online-Kurse, jeweils abzurufen auf der Kassenhomepage. Und als Sofortangebot in der Coronakrise setzten die Ersatzkassen unter dem Stichwort MEHRWERT:PFLEGE Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auf. Zudem wurde für die Selbsthilfeförderung ein Onlineportal entwickelt, sodass die Antragstellung von Fördermitteln digital erfolgen kann.

diga.bfarm.de/de
www.mehrwert-pflege.com

Prozentuale Fallzahlrückgänge ausgewählter Behandlungsanlässe*

Ersatzkassenpatienten



Quelle: vdek

* Aus der ersten Pandemiewelle



PFLEGE

Eigenanteile: An der Belastungsgrenze

Trotz zahlreicher guter Reformen besteht in der Pflege weiterhin politischer Handlungsdruck. Dabei geht es um die zunehmende Kostenbelastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile – ein Problem, auf das die Ersatzkassen seit Jahren aufmerksam machen. Zudem muss der Beitragssatz in der Pflegeversicherung stabilisiert und die Finanzierung der Pflegeversicherung als Säule der sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest gemacht werden. Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), hat auf der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz Ende Januar 2021 eine Pflegefinanzreform noch vor der Bundestagswahl gefordert.

4,2

2020 waren über **4,2 Millionen** Menschen in Deutschland pflegebedürftig.

Nach Berechnungen des vdek zahlt zum Stichtag 1. Januar 2021 jeder stationär versorgte Pflegebedürftige für pflegebedingte Aufwendungen, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung im Bundesdurchschnitt monatlich 2.068 Euro aus der eigenen Tasche. „Für viele Pflegebedürftige ist das zu viel“, sagte Klemens. Wenn bei den Eigenanteilen nichts geschehe, würden immer mehr Menschen auf Leistungen der Sozialhilfe, genauer „Hilfe zur Pflege“, angewiesen sein. Bereits heute betreffe das rund zehn Prozent aller Pflegebedürftigen.

Es sind insbesondere die Kosten für die bessere und tariflich gebundene Bezahlung des Pflegepersonals und die schrittweise Verbesserung der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die die Eigenanteile in die Höhe treiben. Das Dilemma: Steigende Löhne und bessere Personalausstattung sind einerseits

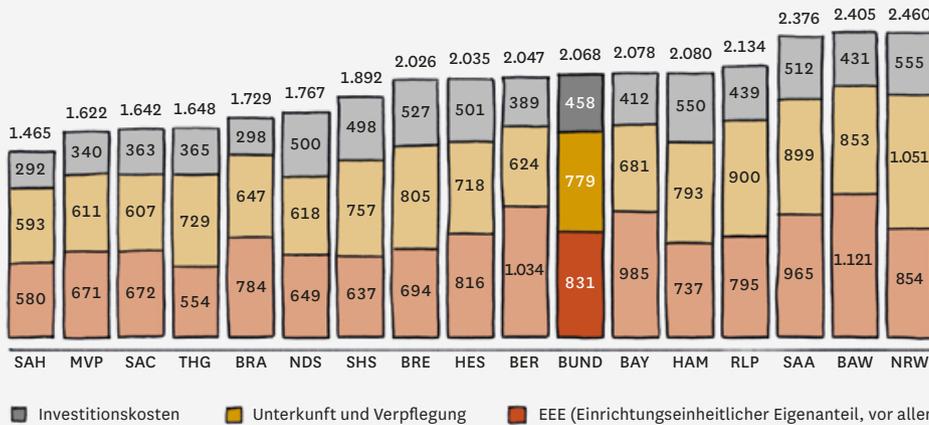
eine richtige und politisch wünschenswerte Entwicklung. Andererseits führt genau dies in der derzeitigen Systematik zu weiter steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat einen gedeckelten Eigenanteil der Pflegebedürftigen (ohne Investitionskosten sowie Unterkunft und Pflege) in Höhe von 700 Euro für längstens 36 Monate angedacht. „Das geht in die richtige Richtung und würde die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen planbar begrenzen“, kommentierte Klemens.

Investitionskosten der Länder

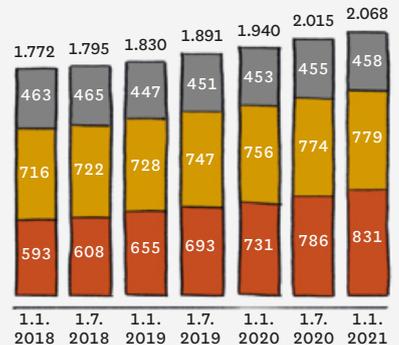
Der vdek-Verbandsvorsitzende forderte zudem die Bundesländer auf, endlich die Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen zu übernehmen, um auch hier die Pflegebedürftigen zu entlasten. „Die dazu von Minister Spahn vorgeschlagenen 100 Euro reichen nicht – sie decken nicht einmal ein Viertel der durchschnittlichen Investitionskosten von 458 Euro.“

Finanzielle Belastung* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

In Euro je Monat nach Bundesländern; 1. Januar 2021



In Euro je Monat; Bundesgebiet; 2018 bis 2021



Quelle: vdek

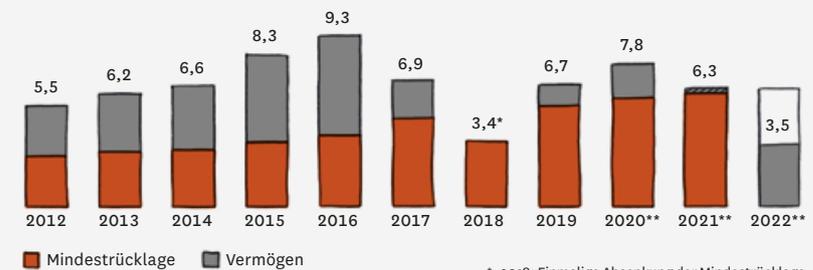
* Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungslage bzw. individuelle Ausbildungskosten

Ein Blick auf die Finanzlage in der Pflegeversicherung insgesamt zeigt: Die demografische Entwicklung und die zahlreichen Leistungsverbesserungen der letzten Jahre erhöhen stetig den Druck auf die Finanzen. Hinzu kam die Corona-Pandemie mit Rettungsschirmen und Corona-Prämie. Nur mithilfe eines einmaligen Steuerzuschusses in Höhe von 1,8 Milliarden Euro konnte der Beitragssatz in Höhe von 3,05 Prozent stabil gehalten werden. Berechnungen des vdek zufolge fehlen in diesem Jahr 1,5 Milliarden Euro und nächstes Jahr bereits 2,7 Milliarden Euro. Hier sind die möglichen Finanzwirkungen einer Reform zur Begrenzung der Eigenanteile auf 700 Euro, wie von Bundesgesundheitsminister Spahn vorgeschlagen, allerdings noch nicht eingerechnet. „Zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen braucht die Pflegeversicherung dauerhaft einen Steuerzuschuss“, forderte Klemens.

Zu einer Reform gehöre außerdem die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung. Dieser Finanzausgleich könnte die soziale Pflegeversicherung um rund zwei Milliarden Euro jährlich entlasten. „Das wäre solidarisch, da die private im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung vor allem einkommensstarke Personen mit geringerer Pflegewahrscheinlichkeit versichert“, so Klemens.

SPV – Saldo und Vermögen

In Milliarden Euro; 2012 bis 2022

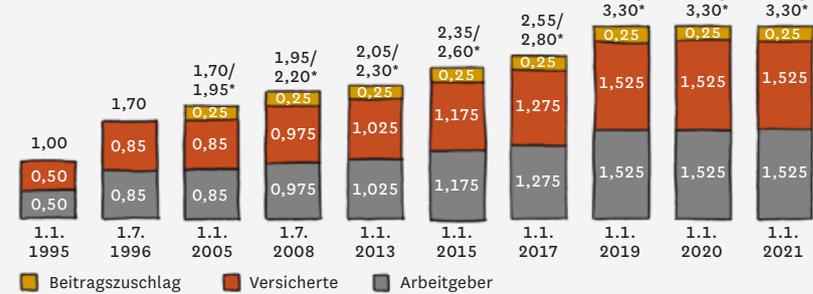


Quelle: vdek

* 2018: Einmalige Absenkung der Mindestrücklage durch das BAS von 1,5 auf eine Monatsausgabe
** Schätzung vdek

SPV – Beitragssätze und Beitragszuschlag für Kinderlose*

In Prozent; 1995 bis 2021



Quelle: vdek

* Inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose (§55 Abs. 3 SGB XI) ohne Arbeitgeberbeteiligung



SUPERWAHLJAHR 2021

Gesundheitspolitik – wahlentscheidend wie nie

Sechs Landtagswahlen plus Bundestagswahl: Das Jahr 2021 verspricht, hochspannend zu werden. Zum einen weil die Ära Merkel zu Ende geht. Zum anderen weil die Urnengänge diesmal vor allem zur Abstimmung über den Umgang mit der Coronakrise geraten dürften. Noch voll im Eindruck des Zugemuteten und Unterlassenen wird belohnt oder abgestraft, bestätigt oder neu justiert. Gesundheitspolitik, wahlentscheidend wie nie.

/Text/ Rainer Woratschka

Sind die Regierenden ihrer Verantwortung gerecht geworden? Hat sich die Opposition konstruktiv an der Pandemiebewältigung beteiligt oder bloß gebremst, getönt, Sand ins Getriebe geworfen? Wer muss für die Fehler geradestehen –

die fehlende Schutzausrüstung zu Beginn, das Sterben in den Heimen, halbherzige Lockdowns, Unterspielen der Gefahr, überdrehte Schutzmaßnahmen, Impf-Verzögerungen? Und wem ist mit welchen Konzepten am ehesten zuzutrauen, Land und Wirtschaft wieder auf die Beine zu bringen? All das kommt in die Waagschale.

Klar ist, dass außer unmittelbarer Krisenbewältigung inhaltlich kaum mehr was laufen und Wahlkampfgeklingel alles über-tönen wird. Das ist nicht unüblich in einer

ausklingenden Legislatur. Doch diesmal könnte alles noch heftiger und schriller ausfallen als gewohnt. Einen Vorgeschmack hat bereits die SPD geliefert mit ihrer frühen und für einen Koalitionspartner doch recht geharnischten Kritik am Impfmanagement des Gesundheitsministers.

Allerdings stehen die beiden ersten Wahlen schon am 14. März ins Haus – und beide könnten folgenreich sein. Baden-Württemberg erwartet ein Kopf-an-Kopf-Rennen zwischen Grünen und CDU. In Rheinland-Pfalz bangt die dauerregierende SPD, ob sie im Sattel bleiben darf. Das politisch fragile Sachsen-Anhalt folgt im Juni. Berlin und Mecklenburg-Vorpommern sind dann wohl erst im September dran, mit dem Bundestag. Und Thüringen hat seine Wahlen ebenfalls in den Herbst verschoben, begründet durch hohe Infektionszahlen. Womöglich hofft die Linke dort aber auch auf die Vergesslichkeit der Wähler. Schließlich hat Ministerpräsident Bodo Ramelow eingestehen müssen, die Pandemiegefahr zu lange heruntergespielt zu haben.

Gelingt die Pandemiebewältigung?

Eines haben alle anstehenden Wahlen gemeinsam: Es hängt viel davon ab, ob und wie die Regierenden die Pandemie in den Griff bekommen. Im Bund wird daran vor allem die CDU gemessen – mit dem Fokus weniger auf der ohnehin abtretenden Kanzlerin als auf zwei ihrer Spitzenpolitiker. Ob der Daumen für den zeitweiligen Umfragehelden Jens Spahn oben bleibt, ist aufs Engste mit dem Erfolg von Coronamaßnahmen und Impfkampagne verbunden. Ob Wirtschaftsminister Peter Altmaier punktet oder stolpert, entscheidet sich daran, wie stark die Konjunktur einbricht und wie die Firmen die Krise überstehen. Erfolg oder Misserfolg beider gehen aufs Gesamtkonto der Regierungspartei. Bei einem Kanzlerkandidaten Armin Laschet käme die Befindlichkeit im bevölkerungsreichsten Bundesland dazu. Wenn es Söder macht, die Frage, ob man sich auch außerhalb Bayerns einen rigoroseren Krisenbändiger ersehnt und dieser nicht mit Aktionismus überzieht.

Rechtfertigen zu haben wird sich aber auch die SPD. Da sie sowohl den Finanzminister als auch den Sozial- und Arbeitsminister stellt, trägt sie auch direkt Verantwortung



FOTO: DER TAGESSPIEGEL

Rainer Woratschka
Redakteur Gesundheitspolitik/Background
Gesundheit & E-Health
beim Tagesspiegel

für finanzielle Schutzschirme, Kurzarbeiterregelung, soziale Flankierung. Konkurrenz machen den Sozialdemokraten hier neuerdings die Grünen mit vielen eigenen Ideen. Die Linkspartei wird abgestürzte Selbständige umwerben, die FDP versuchen, die Schuld für wirtschaftliche Folgewirkungen bei Union und SPD abzuladen. Spannend auch, ob die AfD von Verlierern der Krise gewählt wird oder ob den Populisten nicht doch ihre dreiste Fahrlässigkeit im Umgang mit Corona um die Ohren fliegt.

Und was ist mit den anderen Baustellen des Gesundheitssektors? Sie werden vor allem im Zusammenhang mit der Coronakrise eine Rolle spielen. Bei der Digitalisierung richtet sich der Blick darauf, ob und wie schnell die rückständigen Gesundheitsämter Anschluss ans 21. Jahrhundert finden. Beim Pflegenotstand, ob Kliniken und Heime wegen fehlender Fachkräfte nicht doch noch in die Knie gehen. Und ob es die Regierenden angesichts des Beinahe-Desasters nun vielleicht doch mal schaffen, die dringend benötigten Pflegekräfte nachhaltig zu entlasten und besser zu entlohnen.

Reformschub durch Corona

Für beides gilt: Die Pandemie hat Missstände und Rückständigkeiten schmerzhaft verdeutlicht und nötigen Reformen einen Schub verpasst. Im digitalen Sektor gilt das für die endlich auf den Weg gebrachte elektronische Patientenakte ebenso wie für die Einsicht, wie wichtig die Möglichkeit von Videobehandlung oder der Zugang zu Forschungsdaten ist. Bei der Pflege, dass der Beruf in einer alternden Gesellschaft systemrelevant ist und schleunigst aufgewertet gehört. Auch die Fehlentwicklung, immer mehr wichtige Arznei, Medizinprodukte und Impfstoffe in Billigländern produzieren zu lassen und sich dadurch in gefährliche Abhängigkeiten begeben zu haben, ist augenfällig geworden.

Bei der überfälligen Krankenhausreform sieht es anders aus. Klinikverbände fühlen sich durch Versorgungsengpässe während der Coronakrise in ihrer Forderung nach mehr Hilfen auch für kleine Häuser bekräftigt. Das könnte sich als kontraproduktiv für die dringend nötige Spezialisierung und Zentralisierung erweisen, die endlich angegangen



Wahltermine in Deutschland

Bundestags- und Landtagswahlen

Datum	Land	Art	Turnus
14.03.2021	Baden-Württemberg	Landtagswahl	5 Jahre
14.03.2021	Rheinland-Pfalz	Landtagswahl	5 Jahre
06.06.2021	Sachsen-Anhalt	Landtagswahl	5 Jahre
26.09.2021	Alle Bundesländer	Bundestagswahl	4 Jahre
26.09.2021	Berlin	Wahl zum Abgeordnetenhaus	5 Jahre
26.09.2021	Mecklenburg-Vorpommern	Landtagswahl	5 Jahre
26.09.2021	Thüringen	Landtagswahl	5 Jahre

Bei der Digitalisierung richtet sich der Blick darauf, ob und wie schnell die rückständigen Gesundheitsämter Anschluss ans 21. Jahrhundert finden.

werden müsste, durch Föderalismus und kommunale Begehrlichkeiten aber nicht von der Stelle kommt.

Ansonsten sind die im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhaben größtenteils abgearbeitet. Spannend ist die Frage, ob es Spahn noch hinkommt, seine Pläne zur Entlastung von Heimbewohnern umzusetzen. Der Minister will den Eigenanteil auf 700 Euro begrenzen, einen Gesetzentwurf dafür hat er im Coronastress aber noch nicht vorgelegt. Auf der Agenda stehen zudem noch ein Digitalversorgungs- und Pflegemodernisierungsgesetz, die versprochene Runderneuerung der Notfallversorgung, eine MTA-Reform und ein Restegesetz zur Gesundheitsversorgung.

Bleiben die Finanznöte der Kassen, die sich bereits auf den Gehaltskonten der Bürger bemerkbar machen und die in normalen Zeiten auch Wahlen verhaseln können. Hilfreich für die Regierenden und insbesondere für Spahn, dass viele die gestiegenen Beiträge als Preis für die schlimme Pandemie empfinden und daher hinzunehmen bereit sind. Tatsächlich werden deren Folgekosten, etwa für Lockdowns und Einnahmeausfälle der Versicherer, erst 2022 so richtig zu Buche schlagen. ■



BIBLIOTHEK

TRAINING

Rückenschmerzen gezielt begegnen

In drei Schritten gelangt man mit Kay Bartrow zu einer besseren Rückengesundheit und tut etwas für Bandscheiben, Wirbelsäule und Rumpfmuskulatur. In Schritt eins werden Mythen und angebliche Fakten über den Rücken entzaubert und widerlegt. Im zweiten Schritt gilt es, die eigenen individuellen Risikofaktoren zu erkennen, auf körperlicher, aber auch psychischer und sozialer Ebene. Im dritten Schritt werden Trainingsübungen in 13 abwechslungsreichen Trainingsprogrammen vorgestellt, die den Rücken stark und gesund machen.



Kay Bartrow
Der schmerzfreie Rücken – Stark und gesund: Die besten Übungen gegen die häufigsten Beschwerden
 2020, 208 S., €19,99
 TRIAS Verlag in der Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

RATGEBER

Ansprüche und Hilfestellungen

Betroffene und Angehörige erhalten wertvolle Informationen zu Antragstellungen und Leistungen bei Krebsdiagnose, die in Verbindung mit Muster-Checklisten helfen, wichtige Termine bei Ärzten vorzubereiten und Anträge bei Krankenkassen und Behörden richtig zu stellen. Weitere hilfreiche Informationen sind praktische Tipps für die Krebsbehandlung, Zuzahlungsbefreiung und Krankentransport, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation, Finanzierung des Lebensunterhalts, Schwerbehinderung, Erwerbsminderungsrente und Rückkehr in den Beruf.



Helga Lammel-Müller
Ihre Rechte bei Diagnose Krebs
 2. Auflage 2019, Bearbeitungsstand: Oktober 2019, 216 S., €14,95
 Walhalla Fachverlag, Regensburg

BASISWISSEN

Grundlagen des Gesundheitsrechts

Das Gesundheitsrecht regelt die komplizierten Rechtsverhältnisse zwischen den Kranken- und Pflegekassen als den Kostenträgern von Gesundheitsleistungen, den Leistungserbringern (Ärzeschaft, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) sowie deren Versicherten bzw. Patienten als denjenigen, die die zur Verfügung gestellten Leistungen benötigen und in Anspruch nehmen. Das Buch vermittelt die Grundlagen dieses sogenannten gesundheitsrechtlichen Dreiecksverhältnisses und verdeutlicht die Zusammenhänge, die zwischen den Rechtsbeziehungen der drei Protagonisten des Gesundheitssystems bestehen.



Prof. Dr. Peter Kostorz
Basiswissen Gesundheitsrecht
 2020, 158 S., €19,80
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Gemeinsame Vorschriften zur Sozialversicherung

Konkrete Rechtsanwendung steht im Fokus aller Erläuterungen des SGB IV-Kommentars. Jede denkbare Fallkonstellation wird berücksichtigt, ohne die Anknüpfungspunkte an das übrige Sozialrecht aus den Augen zu verlieren. Mit den vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben die Autoren zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung.

Prof. Dr. Peter Udsching (Hg.)

SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

Grundwerk mit Stand Lfg. 3/2019; 1. Lfg., 12/2020, €63,80. Gesamtwerk 2.844 S. in zwei Ordnern, €112
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Prävention statt Entschädigung

Der Handkommentar zum SGB VII wendet sich an alle mit der gesetzlichen Unfallversicherung befassten Personen und Institutionen. Erläutert werden Fragen zum Versicherungsschutz und Leistungsrecht bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, Prävention und Arbeitssicherheit. Nützlich sind die vielen Auslegungs- und Argumentationshilfen sowie das ausführliche Stichwortverzeichnis.

Prof. Dr. jur. Gerhard Mehrtens

Gesetzliche Unfallversicherung

1. Lfg., 03/2020, €57,20; 2. Lfg., 05/2020, €58,40; 3. Lfg., 08/2020, €57; 4. Lfg., 10/2020, €63,80. Gesamtwerk 2.114 S. in einem Ordner, €118
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

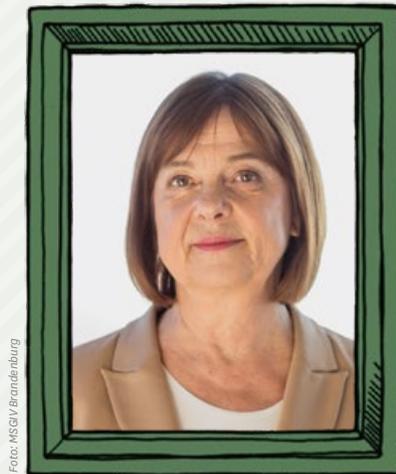
Kommentar zur Pflegeversicherung

Weitreichende Änderungen im Reformprozess der sozialen Pflegeversicherung werden im Kommentar begleitet und in diesem Zusammenhang auftretende Fragen und Probleme bei der Umsetzung beantwortet. Das Werk veranschaulicht alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen, Zusammenhänge des SGB XI zum übrigen Sozialrecht und enthält praktische Hinweise zur Umsetzung des neuen Rechts.

Dr. Sonja Reimer (Hg.)

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

2. Lfg., 03/2020, €56,80; 3. Lfg., 09/2020, €60,80; 4. Lfg., 10/2020, €63,20. Gesamtwerk 4.650 S. in drei Ordnern, €111
 Erich Schmidt Verlag, Berlin



STECKBRIEF

Ursula Nonnemacher

Alter 63

Wohnort Falkensee

Tätigkeit Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (Bündnis 90/Die Grünen)

Ausbildung Fachärztin für Innere Medizin

Hobbys Lesen, Rad fahren, schwimmen

Liebblingsgericht Ägyptische Linsensuppe

Gesundheit bedeutet für Sie ...

Ich halte es mit der WHO: körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Tee, Buch, Sofa.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Bewegungsmangel.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Üble Nachrede.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Den hohen Standard und eine gesetzliche solidarische Krankenversicherung.

Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... schnelle Terminvergabe und gründliche Beratung.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Selbstdarsteller und Potemkinsche Dörfer.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Marylyn Addo.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Das was anliegt, gut zu machen.



Herzlichen Glückwunsch!

Drei Persönlichkeiten im Bereich der Medizin feiern in diesem Jahr ihren 200. Geburtstag: Die britische Ärztin Elizabeth Blackwell, der Mediziner und Naturwissenschaftler Hermann von Helmholtz und der deutsche Charité-Arzt Rudolf Virchow. „Herzlichen Glückwunsch!“ möchte man ihnen zurufen und sich im selben Atemzug bedanken für ihre Verdienste um die Medizin. Was wäre beispielsweise die Augenheilkunde ohne den Augenspiegel, den Hermann von Helmholtz 1850 erfand? Damit ließ sich der Augenhintergrund untersuchen und Netzhauterkrankungen konnten besser beschrieben werden. In technisch modifizierter Form ist das Untersuchungsgerät bis heute im Einsatz.

Und der Arzt, Sozialpolitiker und Anthropologe Virchow? Große berufliche Anerkennung erhielt er durch seinen Forschungen zu Körperzellen und der Entstehung von Krankheiten. Zudem setzte er sich für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ein und ließ die ersten kommunalen Krankenhäuser in Berlin errichten.

Außergewöhnlich für die damalige Zeit war der Berufsweg von Elizabeth Blackwell, der ersten Ärztin mit Hochschulabschluss in den USA. Sie ermutigte andere Frauen, ihrem Beispiel zu folgen, und erkannte die große Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention. Geboren wurde Blackwell 1821 in Bristol, mit ihrer Familie ging sie später in die USA.

Blackwells Karriere begann als Lehrerin, doch die junge Frau steuerte alsbald in die rauen Gewässer eines seinerzeit von Männern dominierten Berufsfeldes: die Welt der Medizin. Allen Widrigkeiten zum Trotz erreichte sie 1849 ihren Abschluss am Geneva College in New York. In einem Armenviertel eröffnete sie ein Krankenhaus und bildete dort auch Medizinerinnen aus. Viel hat sich seitdem im Medizinberuf geändert. Nach Zahlen der Bundesärztekammer lag der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland im Jahr 2019 bei 47,6 Prozent. Und in der ambulanten Versorgung soll es 2024 mehr Ärztinnen als Ärzte geben, prognostiziert die Stiftung Gesundheit.

Die Biografien von Blackwell, von Helmholtz und Virchow zeigen, dass es sich lohnt, beharrlich für seine Ziele und Ideale einzutreten. Ein gutes Gelingen für Ihre Pläne und Ideen gerade jetzt in diesen herausfordernden Zeiten wünscht Ihnen

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek), vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals 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 Glootz,
Matthias Wannhoff

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-12 05
Fax 030/2 69 31-29 00
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

Februar 2021 / 101. 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

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



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 02-9999
service@kkh.de
www.kkh.de
@KKH_Aktuell



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)