

ersatzkasse magazin.

G20634

„Digitalisierung dient dem Patientenwohl“

SVR-Vorsitzender Prof. Dr.
Ferdinand M. Gerlach
im Interview

ePA und E-Rezept

Alle Zeichen auf Grün

Mindestmengen

Mehr Qualität
und Transparenz



Gesundheitspolitische Positionen

Im Vorfeld der Bundestagswahl intensivieren der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und seine Mitglieds-kassen die Debatte um die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Grundlage hierfür ist das Zehn-Punkte-Papier der Ersatzkassen

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
@vdek_BW

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
@vdek_HH

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
@vdek_HE

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
@vdek_RLP

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
@vdek_SL

Sachsen

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

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
@vdek_SH

Thüringen

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Zunächst in eigener Sache. Dies ist die letzte Ausgabe von *ersatzkasse magazin*. In diesem Layout. Nach über zehn Jahren kann das Magazin eine kleine Auffrischung gebrauchen. Wie diese aussieht, werden Sie in der nächsten Ausgabe erfahren. Auf jeden Fall moderner, auf die neuen Lesegewohnheiten der Leser:innen zugeschnitten, mit Schnittstellen zum Online-Bereich. Lassen Sie sich überraschen!

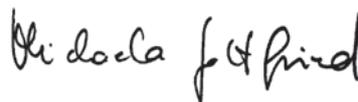
Der Sommer kommt langsam in Schwung und die Corona-Pandemie geht endlich zurück, die drei G's machen es möglich: getestet, geimpft, genesen! Doch ausgestanden ist die Pandemie noch nicht, vor allem nicht politisch. Die Politik, in vorderster Front der Bundesgesundheitsminister, steht unter Druck wegen schadhafte Masken, zu wenig Impfstoff und betrügerisch agierenden Testzentren. Diese Debatte kommt in Wahlkampfzeiten nicht gut an. Apropos Wahlkampf: Da möchte man auch noch positive Zeichen setzen. Etwa durch eine Mini-Pflegerreform, die noch in letzter Minute durch den Bundestag verabschiedet wurde – allerdings in der Fachwelt heftig kritisiert wird. Dass Pflegekräfte besser bezahlt und Pflegebedürftige bei den stationären Eigenanteilen entlastet werden sollen, ist richtig, aber es gibt massive Finanzierungslücken, und die Entlastung der Pflegebedürftigen geht nicht weit genug. Die Pflege wird also auch in der nächsten Legislaturperiode wieder ganz oben auf der Agenda stehen müssen.

Das gilt auch für die Frage der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die durch die Corona-Pandemie und neue Leistungsgesetze mächtig unter Druck steht. Ein Paket aus drei Maßnahmen – angehängt an das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) – soll dafür sorgen, dass die Krankenkassen zu Beginn des

Jahres 2022 nicht noch einmal ihre Zusatzbeitragsätze anheben müssen. Eine zentrale Aufgabe der neuen Bundesregierung wird es aber auch über das Jahr 2022 hinaus sein, für die Folgejahre solide Grundlagen für die GKV zu schaffen. Hierzu haben die Ersatzkassen in ihren gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl Vorschläge gemacht. Das Zehn-Punkte-Papier enthält zudem Ideen zur Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, zur Stärkung des Wettbewerbs und der Sozialen Selbstverwaltung und zur Digitalisierung. Reformbedarf sehen die Ersatzkassen vor allem in der stationären Versorgung, das hat die Corona-Pandemie einmal mehr gezeigt. Dabei geht es auch um die Frage, ob durch Leistungskonzentration (etwa durch Mindestmengen bei planbaren Operationen) die Behandlungsqualität in Krankenhäusern verbessert werden kann. Eine IGES-Studie gibt darüber Aufschluss.

Und wo steht Deutschland in Sachen Digitalisierung? Deutschland wirke diesbezüglich noch wie ein Entwicklungsland, sagt Prof. Ferdinand M. Gerlach im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Als Problem sieht der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die restriktiven Vorstellungen über den Datenschutz. „Wir fokussieren uns stark auf den potenziellen Missbrauch und sehen zu wenig den potenziellen Nutzen.“ Um die Menschen mitzunehmen, brauche es eine adressatengerechte Kommunikation und den Ausbau der Gesundheitskompetenz. Hier sind wir – die im Gesundheitswesen Tätigen – alle gefragt, meint

Ihre



Michaela Gottfried



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

3. Ausgabe 2021

POLITIK

Verpflichtung zum Aktionsplan	6
Stiftungslösung für UPD	7
BSG-Urteil	8
Erste Reformschritte in der Pflege	9
Nachsorgeprogramm für Parodontitis-Patienten	10
MD Bund: Drei Fragen an Sandra Goldschmidt	11
Nutri-Score: Grünes Licht für bessere Ernährung	12
Interview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach	14
ePA und E-Rezept	18
Einwurf: Ein gutes Signal	19

AUS DEN KASSEN

TK-Meinungspuls	20
-----------------------	----

IM FOKUS MINDESTMENGEN IM KRANKENHAUS

Qualität verbessern durch Leistungskonzentration	24
Zukunft der Krankenhäuser: Sechs Thesen	26
Drei Fragen an Dr. Gerald Gaß	28

TITEL GESUNDHEITSPOLITISCHE POSITIONEN

Viel geschafft, aber noch viel zu tun	30
Positionen der Ersatzkassen zur Bundestagswahl	33
Interview mit Uwe Klemens	34
Kernforderungen der Ersatzkassen	36

VERMISCHTES

Erneute Auszeichnung für vdek-Pflegelotse	40
Für Sie gelesen: Bibliothek	42
Steckbrief: Klaus Holetschek	45
PS: Verwandlung	46



TITELTHEMA

Gesundheitspolitische Positionen

Die laufende Legislaturperiode geht zu Ende. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in den letzten Jahren ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt, gerade in Pandemiezeiten. Wie die Versorgungsqualität für die Versicherten gesteigert werden kann, zeigen der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und seine Mitgliedskassen in den gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl auf. Darin fordern sie unter anderem, die Versorgung weiter zu verbessern, die Selbstverwaltung zu stärken, die Krankenhausstrukturen umzubauen und die GKV-Finanzierung zu sichern.

INTERVIEW

„Digitalisierung dient dem Patientenwohl“

In seinem neuen Gutachten befasst sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit Digitalisierungsfragen. Zweck der Digitalisierung sei die patientenorientierte Verbesserung der Gesundheitsversorgung, also der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, betont der Ratsvorsitzende Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach im Gespräch mit *ersatzkasse magazin*. Einhergehen müsse dies mit voller Transparenz beim Datenschutz, beispielsweise durch höhere technische Sicherheit sowie verschärfte Verbotsnormen und Sanktionsmöglichkeiten.



IM FOKUS

Mehr Qualität durch Leistungskonzentration

Leistungskonzentration und Zentrenbildung sind der Schlüssel zur Zukunft der Krankenhauslandschaft. Eine Studie des IGES Instituts empfiehlt, das mit der Leistungskonzentration verbundene Potenzial für Qualitätsverbesserungen stärker zu nutzen. Die Einführung moderater Mindestmengen könne dazu beitragen, Gelegenheitseingriffe zu vermeiden. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) plädiert in der Debatte um mehr Leistungskonzentration für einen Bund-Länder-Pakt, der es ermöglicht, die Krankenhausversorgung über Bundeslandgrenzen hinweg zu gestalten.





EU

Verpflichtung zum Aktionsplan

Die EU und ihre Mitgliedstaaten haben sich zu den Zielen des Aktionsplans zur Europäischen Säule sozialer Rechte verpflichtet. In diesem Aktionsplan werden neue Initiativen zur Umsetzung der 20 Grundsätze der Europäischen Säule sozialer Rechte angekündigt.

Darunter fallen auch zentrale Vorhaben im Gesundheitsbereich mit Bezug zur Sozialversicherung. Erwähnt sind zum Beispiel der Vorschlag einer EU-Verordnung zur Künstlichen Intelligenz (KI), die Vorlage eines neuen Strategischen Rahmens für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2021 bis 2027, die Initiative zur Langzeitpflege, neue Instrumente, um Barrieren und Lücken im Zugang zur Gesundheitsversorgung besser zu messen, sowie der Vorschlag eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS).

Aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist positiv zu bewerten, dass die Politikfelder Sozial- und Gesundheitspolitik einen hohen Stellenwert einnehmen und eine weitere Verbesserung des Zugangs zum Sozialschutz und zu Sozialleistungen angestrebt wird. Die Initiativen im Aktionsplan sind insgesamt ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur sozialen Stärkung Europas. Abzuwarten bleibt, welche der Vorschläge durch die EU-Institutionen und die Mitgliedstaaten überhaupt diskutiert und weiterverfolgt werden, denn die umsetzende Kompetenz liegt bei den Mitgliedstaaten. [vdek](#)

Einsicht des Monats

„Den Kindern bietet man ja kein Lakritzbonbon an.“

Prof. Dr. Thomas Mertens, Vorsitzender der Ständigen Impfkommision (STIKO), erklärte Anfang Juni 2021 im NDR Info Podcast, warum sich die STIKO mit einer generellen Corona-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche noch zurückhält.

PERSONALIEN

Ellen Götschel im KKH-Vorstand



Foto: KKH

Wechsel in der Führungsspitze der KKH Kaufmännische Krankenkasse: **Ellen Götschel** (48) wird zum 1. Juli 2021 Mitglied des Vorstandes der bundesweit tätigen Ersatzkasse mit Sitz in Hannover. Sie tritt damit die Nachfolge von Dr. Ulrich Vollert an, der zu diesem Zeitpunkt in den Ruhestand geht. Der Verwaltungsrat der KKH hat Götschel einstimmig gewählt, die künftig gemeinsam mit dem Vorsitzenden Dr. Wolfgang Matz den Vorstand bildet. Götschel bringt umfassende und langjährige Erfahrungen aus der privaten Versicherungswirtschaft mit. Zuletzt war sie als Bereichsleiterin und Mitglied der IT-Ressortführung bei der R+V Versicherung unter anderem für die ganzheitliche Systementwicklung des Unternehmens zuständig. Davor war sie in verschiedenen nationalen und internationalen Funktionen der IT und im Kundenmanagement für den AXA Konzern tätig.

www.kkh.de

Neue Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen

Peter Weiß (CDU) ist designierter Bundeswahlbeauftragter für die Sozialwahlen. Der 65-Jährige ist seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestags und Vorsitzender der Arbeitsgruppe Arbeit und Soziales der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Stellvertretende Bundeswahlbeauftragte wird **Daniela Kolbe** (SPD). Die 41-Jährige ist seit 2009 Mitglied im Bundestag und seit 2020 stellvertretende Vorsitzende der Friedrich-Ebert-Stiftung.



Foto: Claudia Thoma

Foto: Berno Kraehahn

Beide werden ihre Ämter zum 1. Oktober 2021 antreten und lösen damit die amtierenden Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen, Rita Pawelski und Stellvertreter Klaus Wiesehügel, ab.

[pm](#)

EUROPÄISCHER DROGENBERICHT 2021

Mehr Onlinehandel während der Pandemie

28,9 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 83 Millionen Menschen haben schon einmal illegale Drogen konsumiert. Das geht aus dem Europäischen Drogenbericht für 2021 von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) hervor. Die häufigste Droge bleibt dabei Cannabis. Die zweithäufigste illegale Droge ist Kokain.

Während der Corona-Pandemie hat sich auch der Drogenmarkt verändert: Weniger Straßenverkäufe, dafür mehr Onlinehandel und eine verbreitetere Nutzung privater Messengerdienste. Im Bereich der organisierten Drogenkriminalität erfolgte ein Umschwung von den Handelswegen per Land auf Seewege mithilfe von Containerschiffen. [pm](#)

REFORM

Stiftungslösung für UPD

Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) wird reformiert. Die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD haben sich darauf geeinigt, den Auftrag nicht erneut auszu-schreiben und die UPD stattdessen von einer gemeinnützigen GmbH in eine Stiftung umzuwandeln. Diese Änderung ist für 2024 geplant. Für eine Übergangsphase wird der Vertrag mit dem derzeitigen Träger, der Savartis GmbH, um zwölf Monate bis Ende 2023 verlängert. Die Verlängerung bietet der Politik die Gelegenheit, eine sachgerechte Reform der UPD anzustreben.

Aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Patientenberatung eine gesamtgesellschaftliche und damit staatliche Aufgabe. Entsprechend müssen die Finanzierung auf Dauer durch Steuermittel erfolgen und die bisherige Ausschreibungspraxis beendet werden. Zudem muss der Betrieb dauerhaft und unabhängig sein, um der besonderen Komplexität der Aufgabe gerecht zu werden. Das Beratungsangebot muss eine hohe Qualität besitzen und sich einer laufenden Evaluierung unterziehen. Seit Beginn der laufenden Förderphase im Jahr 2016 wurden Zweifel an der Unabhängigkeit der Beratung laut. Entsprechend soll die künftige Stiftungslösung auch die Neutralität der UPD sicherstellen. *✍ vdek*

www.patientenberatung.de

Die aktuelle Zahl

85

Laut einer Studie, die im britischen Fachjournal „The Lancet Microbe“ veröffentlicht wurde, erhalten Covid-19-Patienten häufiger Antibiotika als nötig. So wurden 85 Prozent von 46.000 untersuchten Fällen mit einem oder mehreren Antibiotika behandelt. Dabei seien bakterielle Infektionen unter Covid-19-Patienten vergleichsweise selten, so die Forscher weiter.

PFLEGERBERICHT

Kontinuierlich steigende Ausgaben

Die Bundesregierung hat den 7. Pflegebericht veröffentlicht. Dieser stellt die wichtigsten Gesetze, Projekte und Maßnahmen dar und skizziert die entscheidenden Entwicklungen und Eckdaten der Pflegeversicherung von 2016 bis 2019.

Mit dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III) wurden im Berichtszeitraum die Weichen für eine grundlegende Reform des SGB XI in Bezug auf die Leistungen der Pflegeversicherung, den Zugang pflegebedürftiger Personen zu den Leistungen und das Begutachtungsverfahren gestellt. Der Bericht zeichnet noch einmal die kontinuierlich steigenden Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Laufe der Jahre nach.

2008 lagen die Gesamtausgaben der SPV unter 20 Milliarden Euro jährlich; bereits 2015 war ein Anstieg um fast 50 Prozent auf 29 Milliarden Euro zu verzeichnen. Im Berichtszeitraum stiegen die Gesamtausgaben noch einmal um fast 50 Prozent auf 44 Milliarden Euro im Jahr 2019 an. Der Beitragssatz wurde in dieser Zeit von ursprünglich 1,7 Prozent (ab dem Beginn stationärer Leistungen zum 1. Juli 1996) auf 2,35 Prozent im Jahr 2015 und bis zum Ende des Berichtszeitraums im Jahr 2019 auf 3,05 Prozent angehoben.

Der Bericht prognostiziert bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit eine Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen auf geschätzt 6,1 Millionen bis 2050; 2019 waren es knapp vier Millionen. Damit verbunden ist die große Herausforderung, ausreichend Pflegekräfte zu gewinnen und die durch die Pflege entstehenden Kosten gerecht zu verteilen. *✍ pm*

www.bundesgesundheitsministerium.de

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Schutzmasken

„Die Bundestagswahl rückt näher. Natürlich ist was dran an Spahns Vorwurf, dass die SPD gerade versucht, aus der neuen Maskenaffäre eine Art Mustererzählung sozialdemokratischer Politik zu machen – nach dem Motto: Nur wir haben die Schwachen im Blick! Trotzdem sieht er nicht gut aus in dieser Sache. [...] Schon der bloße Anschein, dass für eine Bevölkerungsgruppe gut genug ist, was anderswo nicht ausreicht, ist ein politisch fatales Signal.“

[SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 7.6.2021](#)

Priorisierung

„So wie der Impfstoff Zeit braucht, um im menschlichen Körper seine Wirkung zu entfalten, so verwandelt sich auch das Ende der Priorisierung erst langsam in mehr Sicherheit und mehr Freiheit. In dieser Übergangsphase werden Mediziner und Verwaltungen weiterhin entscheiden müssen, wem sie angesichts knapper Ressourcen bevorzugt einen Termin anbieten. Denn an den Gründen dafür, dass manche Personen früher geimpft werden sollen als andere, ändert die Aufhebung der Priorisierung nichts.“

[FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 7.6.2021](#)

Pflegereform

„Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) und Arbeitsminister Hubertus Heil (SPD) wollen Altenpfleger:innen besser bezahlen, ohne die Pflegenden dabei zu belasten. Klingt erst mal gut. Doch zahlen sollen das unter anderem Kinderlose. [...] Denkt man die heutige Pflegereform zu Ende, bedeutet es, dass eine kinderlose Pflegerin nun mehr Pflegebeitrag bezahlen muss, um besser zu verdienen. Möglicherweise ist sie aber kinderlos, weil ihr Lohn zu niedrig ist. Das wird nun bestraft. Sinn ergibt das nicht.“

[TAZ, 4.6.2021](#)



BSG-URTEIL

Zahlungen der Krankenkassen sind verfassungswidrig

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 18. Mai 2021 – B1A 2/20 R – entschieden, dass Zahlungen der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfassungswidrig sind. Gegenstand der Entscheidung des BSG war die mit dem Präventionsgesetz zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Regelung in § 20 Abs. 3 SGB V. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt die Entscheidung. So wird mit diesem Urteil auch die Selbstverwaltung gestärkt.

/Text/ Dr. Björn Diering

Das Präventionsgesetz sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die BZgA zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung der Präventionsausgaben beauftragt und jährlich einen bestimmten Anteil der Präventionsmittel – 0,51 Euro je Versicherten im Jahr 2021 – an die BZgA zahlen muss. Davon soll die BZgA die Unterstützungsleistung finanzieren können. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hielt diese Vorschrift für rechts- und verfassungswidrig und verweigerte die Zahlung zunächst. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verpflichtete daraufhin den Verwaltungsrat durch einen förmlichen Bescheid zur Zahlung, wogegen der GKV-Spitzenverband klagte.

Das BSG stellt nun in seinem Urteil klar, dass der Bund seinen eigenen Behörden keine Aufgaben der gesetzlichen

Prävention ist eine Aufgabe, die der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen hat.

Krankenkassen übertragen darf. Prävention ist eine Aufgabe, die der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen hat und die diese – geschützt durch Art. 87 Abs. 2 GG – als eigene Aufgabe in organisatorischer und finanzieller Selbstständigkeit wahrnehmen. Die Übertragung von Teilen dieser Aufgabe auf eine Behörde des Bundes verstößt gegen diese Gewährleistung der Selbstständigkeit. Außerdem stellt die den Krankenkassen auferlegte Zwangsabgabe einen verfassungsrechtlich unzulässigen Transfer zur Finanzierung einer staatlichen Behörde aus Beitragsmitteln dar. Denn Beitragsmittel dürfen alleine zur Finanzierung der Aufgaben der Krankenkassen eingesetzt werden und das Binnensystem der Sozialversicherung nicht verlassen.

Gleichzeitig legitimiert das BSG den GKV-Spitzenverband als eine Art Sachwalter der Interessen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen dazu, die Verfassungswidrigkeit gesetzlicher Regelungen geltend



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Dr. Björn Diering
Abteilungsleiter Recht
beim vdek

zu machen, um so eine sonst nicht mögliche verfassungsrechtliche Prüfung durch die Gerichte herbeizuführen. Hierin liegt die über den konkreten Einzelfall hinausgehende Bedeutung dieser Entscheidung, durch die die Selbstverwaltung als Wesenselement der gesetzlichen Krankenkassen in besonderer Weise gestärkt wird. Zwar sind die gesetzlichen Krankenkassen gemäß Art. 20 Abs. 3 GG an Recht und Gesetz gebunden. Ungeachtet der fehlenden eigenen Grundrechtsfähigkeit besteht aber ein im Rechtsstaatsprinzip begründetes Bedürfnis, den Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit einzuräumen, im Interesse der Gesamtheit ihrer Mitglieder eine gerichtliche Überprüfung der Vereinbarkeit gesetzlicher Regelungen mit den Vorgaben der Verfassung herbeizuführen.

Das Urteil des BSG ist zu begrüßen. Es wirft allerdings Fragen auf, denn nur das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) kann eine gesetzliche Regelung für nichtig erklären und damit außer Kraft setzen. Die verfassungswidrige Vorschrift bleibt also einstweilen bestehen.

Formal sind die Krankenkassen somit weiterhin verpflichtet, die verfassungswidrige Zwangsabgabe an die BZgA zu entrichten. Unbeantwortet sind auch die Fragen nach der Verwendung der derzeit noch nicht verausgabten rund 70 Millionen Euro, die im Haushalt der BZgA verbucht sind, nach der Fortführung bereits begonnener Projekte sowie nach der Sicherung der aus den BZgA-Geldern finanzierten Stellen außerhalb der BZgA.

Die Ersatzkassen vertreten die Position, dass die Entrichtung weiterer Beitragsmittel an die BZgA mit sofortiger Wirkung zu stoppen ist. Zudem sind die noch nicht verausgabten Mittel zur Finanzierung der laufenden Projekte sowie zur Finanzierung der bei den Krankenkassen und ihren Verbänden eingerichteten Stellen zu verwenden. Etwaig verbleibende Mittel sind über den GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen zurückzuführen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, gemeinsam mit den Krankenkassen hierzu sowie zu weiteren offenen Fragen in einen konstruktiven Dialog zu treten. ■

GVWVG

Erste Reformschritte in der Pflege

Das Bundeskabinett hat in seiner Sitzung am 2. Juni 2021 Reformschritte in der Pflege beschlossen. Diese wurden als Änderungsantrag an das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWVG) angehängt und vom Bundestag am 11. Juni 2021 beschlossen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt, dass die Koalition die Pflegereform noch vor Ablauf der Legislaturperiode angeht. Es fehlt aber ein nachhaltiges Finanzierungskonzept.

Demnach sollen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen zukünftig begrenzt werden. Die Regelung sieht vor, dass im ersten Jahr stationärer Pflege ein Zuschuss von fünf Prozent zu den Eigenanteilen durch die Pflegekassen gezahlt wird. Ab zwölf bis 24 Monaten stationärer Pflege steigt der Zuschuss auf 25 Prozent. Ab 24 bis 36 Monaten beträgt der Zuschuss 45 Prozent und ab einer Pflegedauer von über 36 Monaten liegt der Zuschuss dauerhaft bei 75 Prozent der jeweiligen Eigenanteile. Die Regelung soll zum 1. Januar 2022 in Kraft treten. Leider fehlt eine Regelung zur verbindlichen Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer, welche die Pflegebedürftigen noch weiter entlasten würde.

Zukünftig soll es zudem die Pflicht zur Bezahlung nach Tariflohn für Pflegekräfte geben. Demnach sind ab 1. September 2022 Verträge zwischen Pflegekassen und Pflegeanbietern nur noch dann erlaubt, wenn der Anbieter seine Tarifbindung nachweist. Um zu prüfen, ob die in den Pflegesatzvereinbarungen angegebenen Löhne tatsächlich bezahlt werden, erhalten Pflegekassen neue Nachweisrechte. So müssen ihnen die Pflegeeinrichtungen jährlich bis spätestens Ende September mitteilen, welche Tarifregelungen zum Tragen kommen.

Um die geplanten Maßnahmen zu refinanzieren, ist ein Steuerzuschuss von einer Milliarde Euro jährlich zur SPV vorgesehen. Zugleich wird der Zuschlag für Kinderlose beim Pflegebeitrag um 0,1 Punkte auf 3,4 Prozent steigen, während er für Eltern bei 3,05 Prozent bleibt. Damit sollen die Pflegekassen jährlich 400 Millionen Euro zusätzlich einnehmen.

Dass Pflegekräfte künftig besser bezahlt und Pflegebedürftige bei den stationären Eigenanteilen entlastet werden sollen, ist nach Ansicht des vdek wichtig und richtig. Der geplante Steuerzuschuss von einer Milliarde Euro und eine Beitragserhöhung für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte bei der sozialen Pflegeversicherung (SPV) reichen zur Gegenfinanzierung der Mehrkosten jedoch bei weitem nicht aus. Der vdek schätzt allein die Mehrkosten für die geplante Bezuschussung der Eigenanteile auf mindestens 2,5 Milliarden Euro. Entsprechend ist ein dauerhaft höherer Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung unabdingbar.

Auch fehlt in der Einigung die ursprünglich angedachte Übernahme der Beiträge pflegender Angehöriger für die Rentenversicherung. Für diese versicherungsfremde Leistung braucht es eine Refinanzierung durch Bundesmittel. Zudem muss sich die private Pflegeversicherung (PPV) endlich am gemeinsamen Finanzausgleich mit der SPV beteiligen. ✎ vdek



PAR-RICHTLINIE

Umfassendes Nachsorgeprogramm für Parodontitis-Patienten

Ab 1. Juli 2021 haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf ein verbessertes Versorgungsangebot bei Parodontitis. Dann tritt eine neue Richtlinie in Kraft, die modifizierte Diagnose- und Behandlungsverfahren umfasst. Kernelement ist ein umfassendes Nachsorgeprogramm, bei dem Patienten nach einer Parodontitis-Behandlung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren engmaschig durch die Zahnarztpraxis betreut werden. Neben Kontroll- und Zahnreinigungsterminen umfasst die Nachsorge patientenindividuelle Beratungen zur Mundhygiene.

Auf die Bewertung der neuen Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) einvernehmlich geeinigt. Neben der Bewertung wurden auch Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen festgelegt, also die Gebührennummern des Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zur Abrechnung der entsprechenden vertragszahnärztlichen Leistungen, die künftig in vertragszahnärztlichen Praxen herangezogen werden können.

Mit der neuen PAR-Richtlinie werde die Parodontitis-Behandlung in Deutschland auf den aktuellen Stand zahnmedizinischer Erkenntnisse gebracht, betont Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). „Demnach ist eine intensive Betreuung der Versicherten nach der Parodontitis-Behandlung besonders wichtig, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden. Wir sind zuversichtlich, dass mithilfe der neuen Leistungen die Anzahl der von einer schweren Parodontitis betroffenen Versicherten langfristig sinkt und sich gleichzeitig die Lebensqualität für die Betroffenen deutlich verbessert.“

Um sicherzustellen, dass auch Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen die neuen PAR-Leistungen in Anspruch nehmen können, wurden Sonderregelungen geschaffen, die einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen. Für diese vulnerablen Patientengruppen entfällt beispielsweise



die Antragspflicht bei der Krankenkasse. Allein der behandelnde Zahnarzt entscheidet, ob eine Parodontitis-Behandlung vorgenommen wird. Zudem kann der Zahnarzt die Behandlungsabläufe und -kontakte an dem individuellen Gesundheitszustand der Versicherten ausrichten.

„Wir hoffen, mit den Sonderregelungen bei der Parodontitis-Behandlung für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung die Zahngesundheit auch dieser Patientengruppe maßgeblich verbessern zu können“, so Elsner. „Niedrigschwellige Angebote und individuelle Behandlungsmöglichkeiten sind hier besonders wichtig, gerade vor dem Hintergrund des langen Behandlungszeitraums.“

Parodontitis ist eine durch bakteriellen Zahnbelag verursachte Entzündung des Zahnfleisches, die zum Rückgang des Zahnfleisches und im schlimmsten Fall zu Zahnverlust führt. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhielten 2019 etwa 1,1 Millionen Versicherte eine Parodontitis-Behandlung. Die geschätzten Mehrausgaben für die neuen PAR-Leistungen belaufen sich auf etwa 800 Millionen Euro für die GKV. *pm*

3 FRAGEN AN

Sandra Goldschmidt

Das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), das am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, sieht eine Umwandlung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) sowie der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Medizinische Dienste (MD) vor. Zur Vorsitzenden des Verwaltungsrates des MD Bund wurde für eine Amtszeit von sechs Jahren die 45-jährige Sandra Goldschmidt, stellvertretende Landesbezirksleiterin von ver.di Hamburg, gewählt. Sie wird den Vorsitz im Wechsel mit dem stellvertretenden Vorsitzenden Detlef Stange führen.



Foto: Kay Herschelmann

„Ich glaube daran, dass wir durch die Mitbestimmung der Versicherten die Gesundheits- und Pflegeversorgung verbessern können.“

Sandra Goldschmidt
Verwaltungsratsvorsitzende
des Medizinischen Dienstes Bund

Inwieweit erfahren die Medizinischen Dienste durch das MDK-Reformgesetz eine Stärkung?

Alle Medizinischen Dienste sind nun eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts und nicht mehr Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen. Der MDS wird zum neuen Medizinischen Dienst Bund, der – ebenfalls organisatorisch losgelöst vom GKV-Spitzenverband – als Dachorganisation der Medizinischen Dienste die Richtlinien für die Tätigkeiten aller Dienste erlässt. Der Medizinische Dienst Bund hat in Zukunft über die Begutachtungsrichtlinien einen direkten Einfluss auf das Leistungsgeschehen im Gesundheits- und Pflegewesen. Das ist eine ganz schön große Aufgabe, für die wir aber durch die Neuzusammensetzung der Selbstverwaltung über eine komplett ehrenamtliche Besetzung sowie unter Einbeziehung von Betroffenen- und Berufsverbänden in den Verwaltungsräten des Medizinischen Dienstes auf Landes- und Bundesebene aus meiner Sicht bestens gerüstet sind.

Welche Schwerpunkte wollen Sie in Ihrer Amtszeit setzen?

Ich werde mich im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund dafür einsetzen, unsere Richtlinienkompetenz zu nutzen, um die Rechte der Versicherten zu stärken und eine gute und gleichzeitig dem

Solidarprinzip verpflichtete Versorgung für alle sicherzustellen. Des Weiteren ist es wichtig, die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit sowie die gegenseitige Unterstützung der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen optimal zu koordinieren und für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen.

Ich sehe es außerdem als meine Aufgabe als erste Vorsitzende in der neuen Zusammensetzung des Verwaltungsrates, die unterschiedlichen Interessengruppen mit ihren jeweils ganz eigenen, speziellen Erfahrungen und Expertisen zu einer guten Zusammenarbeit zu bringen und das gemeinsame Engagement für eine gute und transparente Versorgung zu fördern.

Was treibt Sie persönlich an, für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen tätig zu sein?

Solidarität und der Wunsch nach Gerechtigkeit. Ich engagiere mich dafür, eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle in einem echten Solidarsystem über alle zu organisieren – in dem die starken Schultern mehr tragen als die schwachen, aber alle die gleichen Rechte und Ansprüche haben. Ich glaube daran, dass wir durch die Mitbestimmung der Versicherten die Gesundheits- und Pflegeversorgung verbessern können. Und zwar nicht nur darüber, einfach immer mehr Geld dafür auszugeben, sondern auch dadurch, es anders im System zu verteilen. Das heißt, auch Maßnahmen zu vermeiden, die unausgereift, unnötig oder unwirtschaftlich sind, zugunsten von medizinischen und pflegerischen Leistungen, die evidenzbasiert, qualitätsgesichert, wirtschaftlich und angemessen sind. Zu der Frage der Angemessenheit gehört die Debatte darüber, was wir uns in Deutschland leisten können und wollen.



NUTRI-SCORE

Grünes Licht für bessere Ernährung

Seit November 2020 können Unternehmen in Deutschland den Nutri-Score rechtssicher verwenden. 159 deutsche Unternehmen mit 308 Marken haben sich inzwischen für das Kennzeichen registriert und sorgen so für eine schnellere Orientierung beim Einkauf. Das nächste Ziel ist eine einheitliche erweiterte Nährwertkennzeichnung in der Europäischen Union (EU).

/Text/ Julia Klöckner

Schon jetzt wissen wir: Der Nutri-Score hat einen Blitzstart absolviert. Denn eine Umfrage, die unser Ministerium in Auftrag gegeben hat, zeigt: Er ist schon jetzt 44 Prozent der Verbraucherinnen und Verbraucher ein Begriff. Ein Drittel der Befragten nutzt den Nutri-Score bereits aktiv und vergleicht Produkte. Bei fast jedem Zweiten hat er zumindest schon einmal eine Kaufentscheidung beeinflusst. Das korrespondiert mit der guten Unterstützung durch die Unternehmen. Bereits jetzt haben sich 159 deutsche Unternehmen mit 308 Marken für den Nutri-Score registriert.

Dieser zufriedenstellende Start bestärkt mich darin, an dem Ziel festzuhalten, eine EU-weit einheitliche erweiterte Kennzeichnung zu erreichen, um für mehr Transparenz zu sorgen – auch über Grenzen und Sprachbarrieren hinweg. Während unserer Ratspräsidentschaft im vergangenen Jahr haben wir dazu den Grundstein gelegt. Die EU-Kommission hat angekündigt, Ende 2022 einen Legislativvorschlag für eine EU-weit einheitliche erweiterte Kennzeichnung vorzulegen. Vorbereitend hierzu führt die EU-Kommission derzeit eine Folgenabschätzung für verschiedene Arten von erweiterten Nährwertkennzeichnungen durch.

Ein Baustein auf dem Weg zu einer besseren Ernährung

Wir alle kennen das: Manchmal ist es gar nicht so leicht, beim Lebensmittelkauf die richtige Wahl zu treffen. Das Angebot ist überwältigend,

der Vergleich von Produkten ist mitunter umständlich und zeitaufwändig. Mein Ziel zu Beginn der Legislatur war deshalb klar: Es muss einfacher werden, die gesündere Wahl zu treffen, auch ohne das Kleingedruckte auf der Verpackung zu lesen und ohne ein Studium der Ernährungswissenschaften.

Genau das haben wir mit dem Nutri-Score erreicht: Die Farb- und Buchstabenskala signalisiert auf den ersten Blick, welches Produkt im Vergleich zu anderen den vorzugswürdigen Nährwert aufweist und damit eher einer gesunden Ernährungsweise zuträglich ist.



Foto: Bundesregierung/
Steffen Kugler

Julia Klöckner
Bundesministerin
für Ernährung
und Landwirtschaft

Der Nutri-Score ist nur ein Baustein meiner Ernährungspolitik, mit der ich die Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Lebensmittelauswahl unterstützen will. Eine gesunde Ernährung alltagstauglich zu machen, das wird immer wichtiger. Fehlernährung ist ein großes Problem: 47 Prozent der Frauen, 62 Prozent der Männer und bereits 15 Prozent der Drei- bis 17-Jährigen in Deutschland sind übergewichtig. Noch gibt es keine sicheren Daten, aber erste Meldungen weisen darauf hin, dass gerade in den vergangenen Monaten des Lockdowns viele Menschen zugenommen haben. Übergewicht und Adipositas bedeuten ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes Typ 2. Auch im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung hat sich gezeigt: Übergewicht und Adipositas erhöhen das Risiko, ins Krankenhaus und sogar mechanisch beatmet werden zu müssen. Gleichzeitig führt Fehlernährung zu hohen

*Ein Drittel
der Befragten
nutzt den
Nutri-Score
bereits aktiv
und vergleicht
Produkte.*

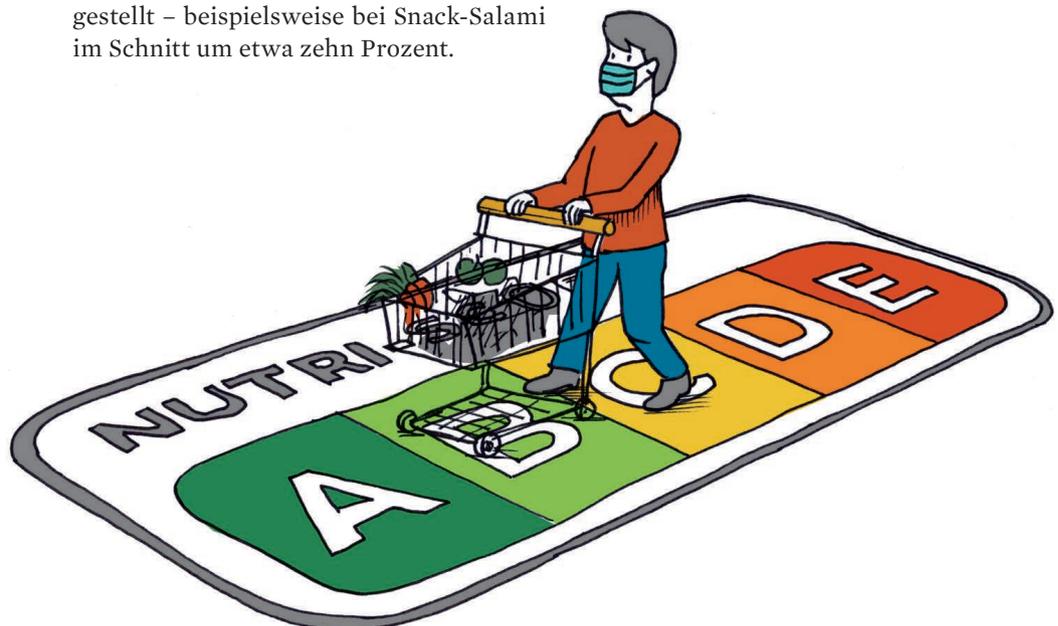
volkswirtschaftlichen Kosten: Diese belaufen sich weltweit auf bis zu 3,5 Billionen US-Dollar pro Jahr. Deshalb ist es wichtig, dass wir Maßnahmen ergreifen.

Die Lebensmittelwirtschaft hat sich dazu verpflichtet, die Gehalte an Zucker, Fetten, Salz und Kalorien in Fertigprodukten zu reduzieren, und trägt damit zu einer gesundheitsförderlichen Ernährung bei. Auch der Nutri-Score kann hier einen Anreiz bieten. Denn je günstiger die Zusammensetzung eines Produktes ist, desto eher kann es beim Nutri-Score mit einer besseren Bewertung abschneiden. In einem Produktmonitoring, das unsere „Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“ begleitet, ermitteln wir, welche Veränderungen es im Zeitverlauf gibt. Auch hier sehen wir: Die Strategie wirkt bereits. Einige Beispiele:

- Bei Kinder-Joghurts wurden rund 20 Prozent Zucker reduziert,
- bei Frühstückscerealien für Kinder fast 15 Prozent,
- bei Erfrischungsgetränken für Kinder rund 35 Prozent.
- Bei Riegeln erfolgte eine Reduktion der Zuckergehalte um etwa 30 Prozent.
- Der Salzgehalt bei verpacktem Brot und Kleingebäck wurde um durchschnittlich vier Prozent reduziert.
- Bei vereinzelt Produktuntergruppen von verpackten Wurstwaren und Fleischerzeugnissen wurden Reduktionen von Salz festgestellt – beispielsweise bei Snack-Salami im Schnitt um etwa zehn Prozent.

Auch wenn die Zahlen in die richtige Richtung gehen: Ausreichend ist das noch nicht. Hier müssen die Unternehmen der Lebensmittelwirtschaft an vielen Stellen noch mehr tun. Deshalb wird es weiter eine engmaschige Erfolgskontrolle geben. Und gerade bei Produkten für Kinder müssen wir genau hinschauen. Denn unser Monitoring hat auch gezeigt: In gut zehn Prozent der untersuchten Quetschprodukte, die sich überwiegend an Kinder richten, ist Zucker oder eine süßende Zutat wie Agavensirup zugesetzt. Das muss man hinterfragen, denn diese Produkte schmecken bereits aufgrund des fruchteigenen Zuckers süß.

Wenn wir vorankommen wollen auf dem Weg zu einer gesunden Ernährung im Alltag, dann dürfen und werden wir niemanden aus der Verantwortung lassen. Dort, wo es hakt, wird nachgebessert und, wenn nötig, reguliert. Bei den Kleinsten haben wir die größte Verantwortung. Deshalb haben wir den Zusatz von Zucker und anderen süßenden Zutaten in Tees für Säuglinge oder Kleinkinder verboten. Und vor diesem Hintergrund setzen wir uns aktuell auf EU-Ebene dafür ein, dass auch Breie und andere Beikost für Säuglinge und Kleinkinder keinen zugesetzten Zucker enthalten dürfen. ■





INTERVIEW

„Digitalisierung dient dem Patientenwohl“

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) beschäftigt sich in seinem aktuellen Gutachten mit „Digitalisierung für Gesundheit“. Ratsvorsitzender **Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach** erläutert im Interview die Potenziale der Digitalisierung für die Versorgung, benennt Versäumnisse und plädiert dafür, den Datenschutz neu zu denken.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

Wie digital ist das deutsche Gesundheitswesen aufgestellt?

PROF. DR. FERDINAND M. GERLACH Wenn man auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens blickt, wirkt Deutschland wie ein Entwicklungsland. Viele europäische Nachbarländer sind uns weit voraus, wir haben im Vergleich einen erheblichen Nachholbedarf. Uns fehlt auch ein durchdachtes, stringentes Konzept. Es gibt zwar inzwischen viele verschiedene Aktivitäten, aber keine verbindende Strategie mit einem klaren Ziel, auf das aus unterschiedlichen Richtungen zugearbeitet wird. Deshalb haben wir auch am Anfang unseres Gutachtens die Frage behandelt, wozu Digitalisierung überhaupt sinnvoll ist, und festgestellt, dass Digitalisierung natürlich kein Selbstzweck sein darf. Zweck der Digitalisierung ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, also der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Und das wiederum dient einem höheren Zweck, nämlich dem Patientenwohl.

Hat die Pandemie die Digitalisierung beschleunigt?

Sicher, die Akzeptanz für digitale Prozesse ist deutlich gestiegen. Aber die Corona-Pandemie zeigt auch wie unter einem Brennglas die Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems. Zum Beispiel wussten wir anfangs gar nicht, wie viele Intensivbetten es in Deutschland überhaupt gibt, wie viele belegt waren, wie viele Patienten beatmet wurden. Erst durch die Initiative einer Fachgesellschaft wurde unter dem Druck der Pandemie das digitale DIVI-Intensivregister aufgebaut, womit wir jetzt zumindest einen minimalen Überblick haben und Patienten bei Bedarf auch gezielt verlegen können. Aber wir wissen zum Beispiel immer noch nicht, wie alt die Patienten sind oder welche Vorerkrankungen sie haben. Ein weiteres Beispiel ist die anfängliche Übermittlung der Testergebnisse nur per Fax oder handschriftlich mit entsprechenden Verzögerungen und Lücken an das Robert Koch-Institut, obwohl bereits seit Jahren eine digitale Übertragung diskutiert wurde. Diese wurde dann zum Glück schrittweise eingeführt. Drittes Beispiel: die Kontaktnachverfolgung mit SORMAS. Dabei handelt es sich um ein in Deutschland entwickeltes System, das in Afrika seit Jahren problemlos läuft, aber bei uns nicht. Mittlerweile setzen es zunehmend mehr Gesundheitsämter ein. Ein letztes Beispiel: Die Corona-Warn-App wurde mit sehr hohem Aufwand entwickelt, bleibt aber im Ergebnis weit hinter den Möglichkeiten zurück. Nur etwa zwölf Prozent aller Testergebnisse gehen in die App und 41 Prozent der positiven Testergebnisse werden von den Nutzern nicht geteilt. Im Ergebnis ist es also leider eine Warn-App, die nicht zuverlässig warnt.

Warum ist Deutschland da so zögerlich?

Ein großes Problem in Deutschland ist eine im internationalen Vergleich eingeeengte Debatte über Datenschutz. Wir haben hier auffällig restriktive Vorstellungen. Im Zweifel werden lieber gar keine Daten gesammelt, nicht gespeichert, nicht geteilt, bevor man irgendwelche Risiken eingeht. Dazu kommt, dass in Deutschland häufig die Betrachtung des Nutzens fehlt. Wir fokussieren uns sehr stark auf den potenziellen Missbrauch und sehen zu wenig den potenziellen Nutzen. Das ist in anderen Ländern anders, beispielsweise in Dänemark, Estland oder Israel, die alle besonders

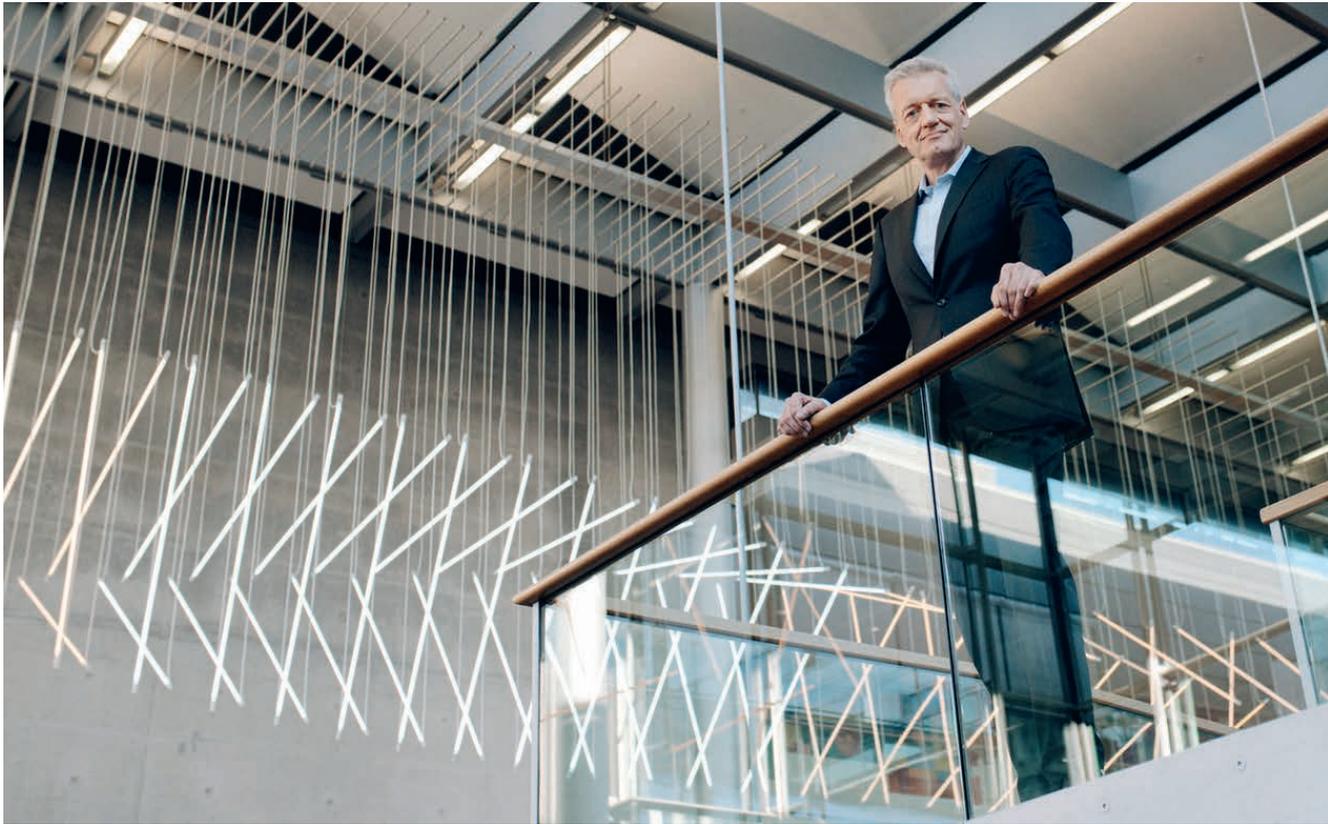


Foto: Stiftung Gesundheitswissen

weit sind mit der Digitalisierung und davon profitieren. Dort haben die Menschen häufig generell andere Einstellungen, sie möchten zum Beispiel, dass ihre behandelnden Ärzte und Pflegekräfte bestmöglich über sie Bescheid wissen. Bei uns läuft die Debatte ganz anders. Wir wollen möglichst keine zentrale Speicherung der sensiblen Gesundheitsdaten und keine Möglichkeit, auf die Daten zuzugreifen.

Inwieweit beeinflusst der Datenschutz die Ausgestaltung der neuen elektronischen Patientenakte (ePA), die ja als Meilenstein der (digitalen) Versorgung gilt?

Das große Problem ist hier, dass der Versicherte mehrfach aktive Entscheidungen treffen muss, nicht nur zur Einrichtung der Akte, sondern auch bei Zugriffen eines jeden Leistungserbringers. Die Datenschützer möchten, dass das feingranular auf Dokumentenebene entschieden wird. Darüber hinaus gibt es noch ein zusätzliches Zustimmungsverfahren für die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke. Letztlich sind mehrere, zum Teil zu wiederholende ausdrückliche Zustimmungsverfahren, sogenannte Opt-Ins, erforderlich. Wir sind davon überzeugt, dass das zu kompliziert ist und im Alltag nicht funktionieren wird.

Sind die Menschen überfordert mit den mehrfachen Zustimmungsverfahren?

Schauen Sie nach Frankreich: Dort wurde 2006 eine ePA mit ähnlichen Opt-In-Verfahren eingeführt, zehn Jahre später besaßen nur 1,5 Prozent der französischen Bevölkerung eine ePA. Daraufhin wurde die ePA strukturell verbessert, es gab eine Werbekampagne und finanzielle Anreize, und 2019 nutzten dann 20 Prozent der Franzosen die ePA. Jetzt wurde entschieden, dass jeder Franzose ab 2022 automatisch eine ePA bekommt und über sein Widerspruchsrecht informiert wird. Das ist die sogenannte Opt-Out-Option, so machen es von vornherein auch Dänemark und Estland. Wiederholte Opt-In-Verfahren sind faktisch sehr hohe Hürden. Es dürfte dazu führen, dass erstens weite Teile der deutschen Bevölkerung die ePA nicht nutzen und dass zweitens selbst aufgeklärte Versicherte ihre Akte nicht regelmäßig aktualisieren. Dann ist die Akte löchrig wie ein Schweizer Käse und die Ärzte werden zu Recht sagen, dass sie sich auf diese nicht aktuellen und unvollständigen Akten nicht verlassen können. Wir sollten aus unserer digitalen Rückständigkeit zumindest den Vorteil ziehen, dass wir aus den Fehlern anderer Länder lernen und diese nicht unnötig wiederholen.





Foto: Stiftung Gesundheitswissen



Statt Opt-In also Opt-Out.

Ja. Wir empfehlen, dass jeder Bürger bei Geburt oder Zuzug automatisch eine ePA bekommt und eine zweifache Opt-Out-Möglichkeit hat. Erstens kann der Versicherte sagen, er will die ePA generell nicht haben. Zweitens kann er Inhalte verschatten und damit für andere unlesbar machen, anstatt sie – wie derzeit vorgesehen – unwiderruflich zu löschen. Eine Verschattung ist

besser als eine Löschung, da viele Patienten nicht sicher einschätzen können, ob und für wen welche Daten in ihrer Akte wann relevant sind.

Sie wollen Daten auch automatisch der Forschung zur Verfügung stellen. Zunächst einmal: Warum wollen Sie so viele Daten sammeln?

Nehmen wir das Beispiel Onkologie. Wir wissen inzwischen, dass es mindestens 60 verschiedene Arten von Brustkrebs gibt, die unterschiedlich auf Therapien reagieren. Heute wird das komplette Genom eines Tumors analysiert und dadurch erhalten wir wichtige molekulare und genetische Informationen. Diese Daten brauchen wir, um sie miteinander vergleichen, Therapien entwickeln und individuelle Patienten optimal behandeln zu können. Genauso ist es letztlich im Interesse eines jeden einzelnen Patienten, wenn den Behandlern vollständige Daten, vom Medikationsplan über Diagnosen und Vorerkrankungen bis hin zu bisherigen Therapien, zur Verfügung stehen. Viele Erkrankungen sind komplexer, als wir bisher dachten, und können nur so optimal behandelt werden. Und dann gibt es Versorgungsbereiche, deren Relevanz auf den ersten Blick gar nicht ersichtlich ist wie beispielsweise die Antibaby-Pille. Sie wird in Deutschland auf Privatrezept verordnet und somit nicht systematisch erfasst. Inzwischen wissen wir, dass junge Frauen, die in den letzten Jahrzehnten die Pille genommen haben, Thrombosen und schwere, zum Teil tödliche Embolien bekommen haben. Das wäre uns in Deutschland niemals aufgefallen. Wir kennen diesen Zusammenhang nur, weil in Skandinavien Surveillance-Systeme, Register und eine Verknüpfung mit den Daten der ePA

existieren. Wir schmarotzen hier also letztlich von Erkenntnissen aus elektronischen Patientenakten aus anderen Ländern.

Wie wollen Sie an die Daten kommen, was muss getan werden?

Wir stehen auf dem Standpunkt, dass es in einer Solidargemeinschaft wie in der Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten sogar geboten ist, dass Gesundheitsdaten pseudonymisiert oder anonymisiert für allgemeinwohldienliche Forschung zum Nutzen aller geteilt werden. Wir würden es daher zustimmungsfrei ermöglichen, wie es übrigens auch die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Artikel 9 Absatz 2 ausdrücklich vorsieht, die ja für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union gilt. Außerdem können die Mitgliedstaaten durch nationales Recht festlegen, wie sie Gesundheitsdaten nutzen wollen. Die DSGVO ist wesentlich flexibler und klarer, als es in Deutschland den Eindruck macht. Allerdings vermuten wir, dass sich die zustimmungsfreie Bereitstellung in Deutschland derzeit noch nicht durchsetzen wird, daher ist unser Alternativvorschlag die Nutzung mit Widerspruchsrecht, also auch wieder mit einem Opt-Out. Die Versorgungsdaten werden dann in ein Forschungsdatenzentrum übertragen, dort unabhängig treuhänderisch verwaltet und ein Komitee entscheidet nach strengen, auch ethischen und datenschutzrechtlichen Spielregeln über die Nutzung. Ein Prinzip, das weltweit in vielen Industrienationen genauso praktiziert wird.

Aber lauern da nicht auch Gefahren wie etwa Missbrauch oder Datenklau?

Ganz wichtig an dieser Stelle: Wir sagen nicht, dass wir weniger Datenschutz wollen. Wir wollen nur nicht den Datenschutz alter Schule. Der Datenschutz alter Schule wurde nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts 1983 entwickelt und zielt auf Datensparsamkeit bzw. Datenminimierung sowie auf enge Zweckbindung. Aber da stoßen wir heute ganz schnell an Grenzen. Gerade bei Big Data und Künstlicher Intelligenz ist es schlicht nicht möglich, und es schadet inzwischen mehr, als dass es nutzt. Wenn wir auf diesem Weg bleiben, der in den 80er Jahren richtig war, aber in einer digital-vernetzten Welt von heute nicht mehr zielführend ist,

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (geboren am 8. Februar 1961 in Marsberg) hat von 1980 bis 1987 Humanmedizin an der Universität Göttingen sowie von 1991 bis 1994 Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) studiert. 1987 promovierte er, die Habilitation folgte 1998. Von 1991 bis 2000 leitete er den Arbeitsbereich Qualitätsförderung in der Abteilung Allgemeinmedizin der MHH, im Anschluss war er vier Jahre Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, seit August 2004 ist er Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Neben weiteren beruflichen Tätigkeiten ist er seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

*Ein großes
Problem in
Deutschland
ist eine im
internationalen
Vergleich
eingengegte
Debatte über
Datenschutz.*

dann schöpfen wir die positiven Potenziale nicht aus. Deswegen wollen wir den Datenschutz weiterentwickeln und zu einem neuen Konzept kommen.

Wie soll das Konzept aussehen?

Es werden zwei Punkte betont: Zum einen wollen wir eine verstärkte Investition in eine höhere technische Datensicherheit. Zum Beispiel sollte bei jedem Zugriff auf die ePA ein unlöscharer Zeitstempel erfolgen, der in der Akte dokumentiert wird. Volle Transparenz also. Der zweite Punkt sind verschärfte Verbotsnormen und Sanktionsmöglichkeiten. Wenn eine Person auf die Akte zugreift, die nicht dazu berechtigt ist, sollen Übergriffe zukünftig schärfer und transparent bestraft werden. Wir wollen außerdem die Verhältnisse vom Kopf auf die Füße stellen und ein Anrecht der Patienten auf optimale Verarbeitung der vorhandenen Gesundheitsdaten verankern.

Wie zuversichtlich sind Sie?

Um das zu ermöglichen und sowohl die Bevölkerung als auch die Politik zu überzeugen, brauchen wir unbedingt eine öffentliche Debatte. Deutschland kann sich hier nicht länger zurücklehnen. Im Gegenteil, in der nächsten Legislaturperiode sollte der Bundestag ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz beschließen, das den Umgang mit Gesundheitsdaten klärt. Das ist in anderen Ländern bereits geschehen und in Deutschland überfällig. Genauso klar ist, dass ein europäischer Datenraum kommen wird, und auch daran sollte sich Deutschland aktiv und konstruktiv beteiligen.

Inwieweit sind Leistungserbringer und Versicherte interessiert daran, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben?

Die meisten Leistungserbringer stehen der Digitalisierung positiv gegenüber. Aber wenn ich gesundheitliche Versorgung digital abbilde, wird vielleicht auch deutlich, wo zu viel gemacht, ineffizient gearbeitet oder schlechte Qualität geliefert wird. Diese Transparenz ist von einigen nicht gewollt. Auf der anderen Seite aber ist klar, dass wenn die Digitalisierung unser Leben, unsere Arbeit, unsere Gesundheit leichter bzw. besser macht, dann setzt sie sich durch. Die Motivation zur Anwendung der digitalen Möglichkeiten muss über den Nutzen und positive Beispiele

motiviert werden, nicht über Zwang. Man muss zu der Überzeugung gelangen und auch konkret erleben, dass Digitalisierung mehr nutzt als Risiken birgt.

Kann Digitalisierung auch schaden?

Ja, man muss zum Beispiel aufpassen, dass ineffiziente Strukturen durch die Digitalisierung nicht weiter verfestigt werden. Die Digitalisierung ist nicht die einzige Reform, die wir im Gesundheitswesen brauchen. Dringend notwendig sind eine Krankenhausstrukturreform und eine umfassende Notfallreform. Wenn jetzt einfach nur Geld für Digitalisierung mit der Gießkanne verteilt wird, ohne gleichzeitig strukturelle Reformen in Angriff zu nehmen, besteht zum Beispiel die Gefahr, dass nicht bedarfsnotwendige Krankenhausstandorte in Städten zementiert werden, obwohl eine Konzentration und Schwerpunktbildung zielführender wäre. Digitalisierung darf nicht bedarfsnotwendige Strukturen nicht unnötig am Leben erhalten und sie darf ebenso wenig einen notwendigen Strukturwandel verzögern. Ich habe die Hoffnung, dass durch den 2022 enorm zunehmenden Kostendruck manche überfällige Strukturentscheidungen endlich auch getroffen wird, flankiert durch eine entsprechende Digitalisierung mitsamt einer zielführenden Debatte um einen neuen Datenschutz.

Und welchen Appell richten Sie an die Patientinnen und Patienten, gehen diese den von Ihnen skizzierten Weg der Digitalisierung mit?

Patientinnen und Patienten können letztlich nur über den konkret erlebten Nutzen vom Sinn der Digitalisierung überzeugt werden. Wenn sie spüren, dass digitale Anwendungen wie das elektronische Rezept oder die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihr Leben einfacher und besser machen und eine elektronische Patientenakte mit digitalem Medikationsplan oder Impfausweis eine bessere Versorgung ermöglichen, sollte die Digitalisierung des Gesundheitswesens auch in Deutschland gelingen. Eine adressatengerechte Kommunikation und eine Steigerung der in Teilen der Bevölkerung allzu oft kaum vorhandenen digitalen Gesundheitskompetenz ist dabei eine gemeinsame Aufgabe mit hoher Priorität. ■



EPA UND E-REZEPT

Alle Zeichen auf Grün

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) und dem E-Rezept halten zwei echte „Game Changer“ Einzug ins Gesundheitswesen, um E-Health in Deutschland voranzubringen. Mit den Vorbereitungen und ersten Erfahrungen können wir zufrieden sein. Zu Juli 2021 startet pünktlich die E-Rezept-App der gematik.

/Text/ Dr. Markus Leyck Dieken

Die ePA nimmt bundesweit an Fahrt auf: Anfang Mai hat die gematik das Upgrade PTV4 für den secunet-Konnektor – und damit für den ersten von insgesamt drei Konnektoren – zugelassen. Dieses Upgrade ist notwendig für die Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA) in Praxen und Krankenhäusern. Ein wichtiger Schritt, denn der secunet-Konnektor hat den größten Marktanteil der drei Konnektorhersteller.

Strukturwandel mit Maß

Aus der Testphase der ePA, die im Januar dieses Jahres in ausgewählten Praxen und Krankenhäusern startete, haben wir wichtige Erkenntnisse ziehen und evaluieren können. Fehler haben wir behoben und daraus gelernt. Die Rückmeldung der Ärzte der ePA gegenüber war nach anfänglichem Ruckeln positiv. Dass die ePA bald bundesweit verfügbar ist, ist ein Kraftakt, den wir nur gemeinsam mit allen Beteiligten – den Krankenkassen, den Industrieunternehmen und den Ärztinnen und Ärzten – stemmen können. Ein Strukturwandel, für den ePA und E-Rezept stehen, muss sorgfältig und mit Maß angegangen werden.

Das gilt auch fürs E-Rezept, bei dem es gut und im Plan

vorangeht: Es startet ebenfalls mit einer Testphase mit ausgewählten Teilnehmern – in der Fokusregion Berlin-Brandenburg – im 3. Quartal 2021. Wir gehen also ähnlich vor wie bei der Test- und Einführungsphase der ePA. Denn auch bei dieser Anwendung wollen wir die praktischen Erfahrungen gut für die bundesweite Einführung nutzen können. Ab Januar 2022 ist das E-Rezept dann das einzig gültige Format für apothekenpflichtige Rezepte.

Schon zu Juli 2021 kommt die von uns entwickelte E-Rezept-App für Deutschland, die genutzt werden kann, um Rezepte digital zu verwalten und einzulösen. Die Zeichen für unseren Weg der digitalen Vernetzung, die gerade erst beginnt und noch so viel mehr in den kommenden Jahren bringen wird, stehen also auf Grün. ■■



Foto: Marc-Steffen Unger

Dr. med.
Markus Leyck Dieken
Geschäftsführer der gematik



Mehr zum E-Rezept und seiner Funktionsweise auf www.das-e-rezept-fuer-deutschland.de

EINWURF

Ein gutes Signal

Die Corona-Pandemie und neue Leistungsgesetze haben die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen unter Druck gesetzt. Der Gesetzgeber hat reagiert – und meint es offenbar ernst mit der Stabilisierung der Beitragssätze.

/ Text / **Ulrike Elsner**

Mitte des Jahres 2021 blicken die Krankenkassen mit Bangen auf das Jahr 2022. Denn die Corona-Pandemie ist längst nicht vorbei und die Konjunktur erholt sich nur langsam. Wenn nichts passiert, wird der Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von jetzt 1,3 Prozent um durchschnittlich einen Prozentpunkt in 2022 steigen, so die Prognosen.

Kurz vor Toresschluss – denn viel Zeit bleibt der amtierenden Bundesregierung nicht mehr – will die große Koalition nun doch noch handeln. Ein Kompromiss zwischen Gesundheits- und Finanzministerium zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung 2022 sieht drei Maßnahmen vor:

1. Es soll in 2022 ein zusätzlicher Bundeszuschuss von sieben Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds fließen.
2. Das Gesetz enthält den bemerkenswerten Passus: „Sollte das Gesamtpaket zur Finanzstabilisierung nicht ausreichen, soll das Gesundheitsministerium im Benehmen mit dem Finanzministerium und mit Zustimmung des Parlaments per Verordnung eine Erhöhung des Steuerzuschusses veranlassen dürfen. Der Steuerzuschuss soll erhöht werden, wenn andernfalls 2022 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf über 1,3 Prozent ansteigen droht.“
3. Die Kosten für Covid-19-Testungen und -Impfungen sollen künftig komplett vom Bund übernommen werden. Der Gesundheitsfonds kann dadurch mit Entlastungen von etwa 2,7 Milliarden Euro rechnen. Darüber hinaus dürfen Finanzmittel, die oberhalb der Mindestrücklage des Gesundheitsfonds liegen, im Jahr 2022 für Zuweisungen an die Krankenkassen verwendet werden.

Ohne die Kostenübernahme durch den Bund würde die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds unter die Mindestreserve absinken und die Lücke müsste in 2022 zulasten der Zuweisungen an die Krankenkassen aufgefüllt werden.

Der Gesetzgeber meint es also offenbar ernst mit der Stabilisierung der Beitragssätze und der Einhaltung der Sozialgarantie. Ein wichtiges Signal an die Versicherten, Arbeitgeber und an die Krankenkassen, die zeitnah Planungssicherheit für die Beitragskalkulation brauchen. Dafür muss eine verbindliche Entscheidung zum endgültigen Steuerzuschuss vom Deutschen Bundestag noch vor der Bundestagswahl am 26. September 2021 getroffen werden.

Die Finanzierungsdebatte wird uns auch über 2022 hinaus fordern. Eine zentrale Aufgabe der nächsten Bundesregierung muss es daher sein, für die Folgejahre verlässliche und solide Grundlagen für die GKV zu schaffen. Die Ersatzkassen haben dazu Vorschläge gemacht: Erstens sollte der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds für die vollständige Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen, wie zum Beispiel Mutterchaftsgeld oder Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes, erhöht werden. Zweitens sollte der Mehrwertsteuersatz für mehrwertsteuerpflichtige GKV-Leistungen (im Wesentlichen Arzneimittel) auf den ermäßigten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent abgesenkt werden. Drittens benötigen die Kassen endlich einen angemessenen und bedarfsgerechten Beitrag für Hartz IV-Empfänger.

Zusätzlich wird man auch die Dynamik bei den Ausgaben und dabei insbesondere die Vergütungssteigerungen kritisch in den Blick nehmen müssen. ■



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie von
dem Kompromiss zur Stabili-
sierung der GKV-Finanzierung
halten.*

redaktion@vdek.com



TK-MEINUNGSPULS

Zufriedenheit groß, Änderungsbedarf auch

Der TK-Meinungspuls erhebt seit fast zwei Jahrzehnten, wie die Menschen in Deutschland zu ihrem Gesundheitssystem stehen. Die aktuelle Befragung erfolgte zwischen Lockdown und Bundestagswahl – und erhob Erwartungen an Beiträge, Reformen und Innovationen.

/ Text / Kerstin Griebmeier

Zwischen Pandemie und Bundestagswahl ist die Zufriedenheit mit unserem Gesundheitssystem groß – sogar größer denn je. Das ist eines der zentralen Ergebnisse des repräsentativen TK-Meinungspulses 2021: 46 Prozent der Befragten sind vollkommen oder sehr zufrieden, 44 Prozent zufrieden und nur zehn Prozent sind weniger zufrieden oder gar unzufrieden. Der Anteil der Zufriedenen erreicht damit in dem Jahr, in dem das Gesundheitssystem wie lange nicht im öffentlichen Fokus steht, den höchsten Wert seit dem ersten Meinungspuls 2003. Seit fast 20 Jahren fragt die Techniker Krankenkasse (TK) mit dem TK-Meinungspuls nach, wie die Menschen in Deutschland zu ihrem Gesundheitssystem stehen. Zu wiederkehrenden Trendfragen kommen wechselnde aktuelle Themenschwerpunkte.

Das heißt aber nicht, dass die Menschen keine Veränderungen wollen: Vier von fünf Befragten sehen Reformbedarf, 70 Prozent punktuellen – und zehn Prozent umfassenden. 20 Prozent hingegen haben keinerlei Veränderungswünsche. Für den TK-Meinungspuls



Kerstin Griebmeier
Pressesprecherin der TK
für Gesundheitspolitik,
Finanzen und Wettbewerb

befragte Forsa im Januar 2021 im Rahmen einer repräsentativen Umfrage 2.001 Menschen in Deutschland ab 18 Jahren.

Ganz konkret nach der Priorisierung gesundheitspolitischer Themen befragt, hält eine deutliche Mehrheit von 93 Prozent es für sehr wichtig oder wichtig, die Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten zu verbessern. 91 Prozent halten es für sehr wichtig oder wichtig, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern. Den sicheren und patientenfreundlichen Ausbau der Digitalisierung halten 84 Prozent für wichtig oder sehr wichtig.

Ausgeprägte Offenheit für Neues

Ein Schwerpunkt des Meinungspuls 2021 war die Frage nach der Offenheit für Neues – immerhin hat in der auslaufenden Legislaturperiode die Digitalisierung deutlich Fahrt aufgenommen und viele Möglichkeiten sind noch ungenutzt. Das Ergebnis: Die Befragten zeigen sich grundsätzlich offen, auch wenn nicht alle Neuerungen bereits bekannt oder selbst erprobt sind. Beispiel Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Die GKV-Newcomer „Apps auf Rezept“ sind nur 16 Prozent der Befragten bereits bekannt. Am höchsten ist der Anteil hier übrigens mit 20 Prozent bei den 60- bis 69-Jährigen, am geringsten ist er mit neun Prozent bei den 18- bis 29-Jährigen. Gleichzeitig halten es aber 41 Prozent für wahrscheinlich oder eher wahrscheinlich, selbst einmal eine solche Anwendung zu nutzen. Auch die elektronische Patientenakte (ePA) wird von einer absoluten Mehrheit von 83 Prozent befürwortet. Insgesamt also gute Voraussetzungen, um die digitale Transformation des Gesundheitswesens auch in der kommenden Legislaturperiode weiter voranzutreiben.

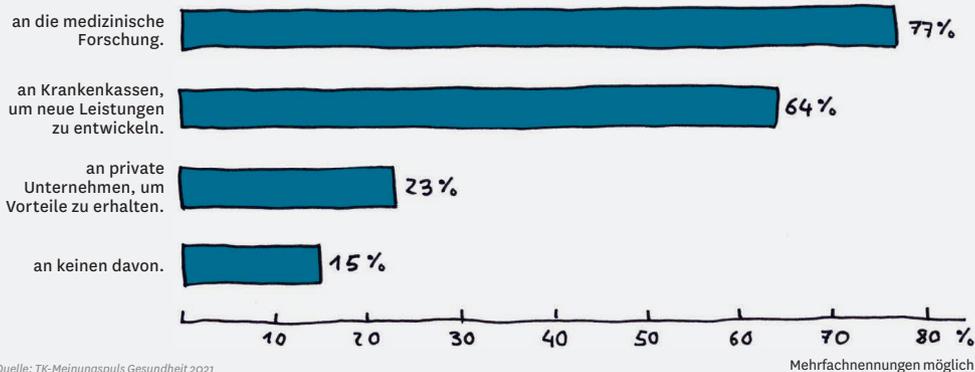
Thema Daten: Kassen genießen Vertrauen

Die Diskussion um die digitale Transformation kann nicht geführt werden ohne die Frage nach einem sinnvollen Umgang mit Gesundheitsdaten und deren Schutz. Eine wichtige Diskussionsgrundlage liefert etwa das jüngste Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ des zuständigen Sachverständigenrats.

Mehrheit würde Daten an Kassen und Forschung spenden

Beim Thema Datenweitergabe kommt es auf den Empfänger an

Eine anonyme Datenspende (Fitness- und Gesundheitsdaten) kommt infrage



Bestimmte Aspekte zum Umgang mit Daten hat auch der aktuelle Meinungspuls abgefragt, unter anderem, ob die Menschen bereit sind, Gesundheits- und Fitnessdaten anonymisiert bereitzustellen. Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass die Bereitschaft vom Zweck und vom Empfänger dieser Daten abhängt, und andererseits, dass Krankenkassen neben der medizinischen Forschung bei einer Mehrheit in dieser Hinsicht Vertrauen genießen. So sind 77 Prozent der Umfrageteilnehmer grundsätzlich bereit, mit solchen Daten anonymisiert die medizinische Forschung zu unterstützen. 64 Prozent wären auch bereit, der eigenen Krankenkasse entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen, damit diese neue Leistungen entwickeln kann. Nur 23 Prozent der Befragten wären hingegen bereit, solche Daten auch privaten Unternehmen zur Verfügung zu stellen, um persönliche Vorteile zu erhalten.

Pflegeversicherung: Hoffnung auf Digitales

Offenheit zeigt sich auch beim Thema Pflege: So erwarten 58 Prozent, dass die Digitalisierung helfen wird, die Herausforderungen in der Pflege zu lösen. Optimistischer als Menschen

mittleren Alters (40- bis 59-Jährige), von denen 52 Prozent diese Erwartung teilen, sind die jungen Erwachsenen (18- bis 39-Jährige) und die Menschen ab 60 Jahren, von denen 61 Prozent bzw. 60 Prozent diese Erwartung haben. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 63 Prozent auch unter den Menschen mit höherem Bildungsabschluss, also Abitur oder Studium. Nach konkreten Veränderungen innerhalb der kommenden fünf Jahre befragt, erwarten drei von vier Befragten, dass Pflegeanträge & Co. online gestellt werden können, 58 Prozent, dass Pflegehaushalte regulär mit unterstützender Sensortechnik ausgestattet sind, und 51 Prozent den Einsatz von Video-Chats zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen im Pflegealltag.

Großes Vertrauen, Bewusstsein für Reformbedarf und Offenheit für Neues – das ist aus TK-Sicht also eine gute Grundlage für die notwendigen Veränderungen in unserem Gesundheitssystem. Nun geht es vor allem darum, die GKV-Finanzierung zukunftssicher auszubauen und die Digitalisierung weiter voranzutreiben. ■





TK

Maske tragen hilft bei Allergien

FFP2- und OP-Masken helfen nicht nur beim Schutz vor Covid-19, sondern auch bei Allergien. Das zeigt eine neue Studie der Europäischen Stiftung für Allergieforschung (ECARF) in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK). Bei der Studie wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Gräserpollen-Allergie unter kontrollierten Bedingungen ihren Allergenen ausgesetzt. Dabei wurden sowohl subjektive allergische Symptome der Nase, der Bronchien und der Augen als auch messbare Allergiesymptome erfasst. Während die Exposition mit Gräserpollen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Maske starke Symptome auslöste, waren die Symptome sowohl beim Tragen einer FFP2-Maske als auch einer medizinischen Maske auf ein Drittel reduziert, teilten ECARF und TK mit.

Laut Prof. Dr. med. Karl-Christian Bergmann, Vorsitzender der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst in Berlin und Studienarzt bei ECARF, leiden Allergikerinnen und Allergiker derzeit vor allem unter Birkenpollen in der Luft. Sie machten rund 40 Prozent der zwölf Millionen erwachsenen Allergikerinnen und Allergiker zu schaffen, führten zu Niesattacken, laufender Nase und Augenjucken. „Wer weiß, wann ‚seine‘ Pollen fliegen, kann sich besser auf die Situation einstellen und bei Bedarf zum richtigen Zeitpunkt die passenden Medikamente nehmen – und gegebenenfalls auch eine Maske tragen“, so der Allergieforscher.

Die TK bietet deshalb für alle Allergikerinnen und Allergiker die TK-App Husteblume an, die gemeinsam mit Bergmann entwickelt wurde. Sie enthält einen interaktiven Pollenflugkalender mit den Blütezeiten der häufigsten Allergene und eine Pollenbelastungsvorhersage – automatisch für die jeweilige Region oder manuell mithilfe von Postleitzahl, Ort oder Region. Per Pollenalarm können sich Nutzerinnen und Nutzer immer dann warnen lassen, wenn die Luft mit „ihren“ Allergenen besonders belastet ist. *pm*

www.tk.de

BARMER

Antibiotika könnten „Kreidezähne“ verursachen

Mindestens 450.000 Kinder in Deutschland haben sogenannte Kreidezähne, die behandelt werden müssen. Das entspricht rund acht Prozent aller Sechs- bis Zwölfjährigen, die unter gelblich oder bräunlich verfärbten, porösen und beim Putzen schmerzenden Zähnen leiden. Das geht aus dem aktuellen Zahnreport der BARMER hervor. Den Ergebnissen zufolge gibt es einen erkennbaren Zusammenhang zwischen Medikamenten und der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), umgangssprachlich Kreidezähne genannt.

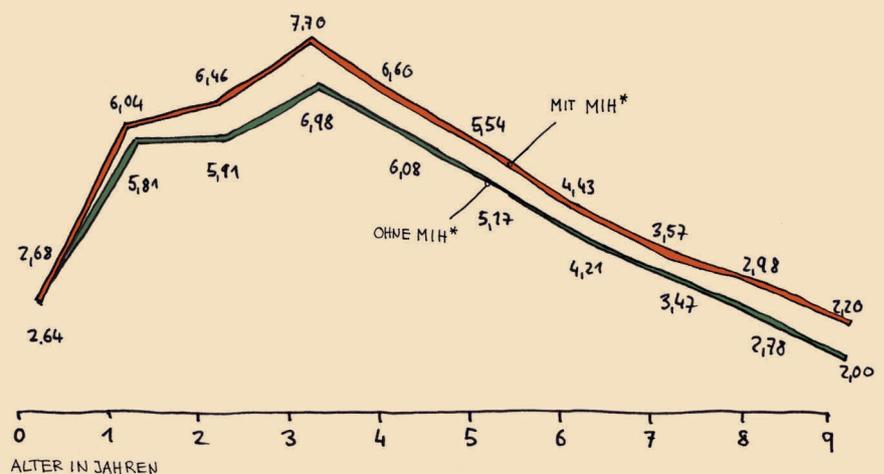
„Kinder haben häufiger Kreidezähne, wenn sie in den ersten vier Lebensjahren bestimmte Antibiotika erhalten haben. Vor diesem Hintergrund muss erneut auf deren verantwortungsvollen und indikationsgerechten Einsatz hingewiesen werden. Antibiotika sind ohne jeden Zweifel segensreich. Doch die Prämisse lautet auch hier, so viel wie nötig und so wenig wie möglich“, sagte der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub.

Über mögliche Ursachen der Kreidezähne werde viel diskutiert, und es bestünden verschiedene Hypothesen dazu, so Straub weiter. Hier werde auch das mögliche Zusammenwirken von Arzneimitteln und Kreidezähnen diskutiert. Der Zahnreport habe vor diesem Hintergrund unterschiedliche Gruppen von Medikamentenverordnungen bei Kindern mit und ohne Kreidezähnen untersucht. Dabei seien auch unterschiedliche Antibiotika geprüft worden, die etwa bei Atem- oder Harnwegsinfekten zum Einsatz kämen. Hier zeige sich, dass Kinder mit Kreidezähnen in den ersten vier Lebensjahren häufig angewendete Antibiotika bis zu etwa zehn Prozent mehr verschrieben bekämen als Gleichaltrige ohne Kreidezähne.

„Die Verordnung von Antibiotika steht in einem erkennbaren Zusammenhang mit dem Auftreten von Kreidezähnen. Allerdings ist noch unklar, wie dieses Zusammenwirken genau funktioniert. Hier sind weitere Untersuchungen erforderlich“, sagte Straub. *pm*
www.barmer.de

Mehr Antibiotika – mehr Kreidezähne?

Verordnete mittlere Antibiotikamenge bei Kindern mit und ohne MIH*;
in DDD** pro Jahr und Kind



Quelle: BARMER-Zahnreport 2021

* Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation ** durchschnittliche Tagesdosis

KKH

Exzessiver Tabak- konsum steigt

Der missbräuchliche Konsum von Tabak nimmt weiter bedenklich zu – trotz öffentlicher Aufklärungskampagnen und Warnungen von Ärzten. Während die Zahl der Alltagsraucher weiter sinkt, ist der Anteil der Exzessiv-Konsumenten umso deutlicher angestiegen: 2019 wurden bundesweit rund 112.000 KKH-Versicherte wegen Tabakabhängigkeit, Entzugserscheinungen, eines akuten Tabakrauschs oder psychischer Probleme aufgrund von Tabak behandelt – im Vergleich zu 2009 ist das ein Plus von fast 80 Prozent. Am kritischsten ist die Lage in Thüringen: Dort stieg der Anteil an Exzessiv-Rauchern um rund 146 Prozent.

Eine von der KKH beauftragte Forsa-Erhebung zum Raucherverhalten in der Corona-Krise hat darüber hinaus ergeben, dass 17 Prozent aller befragten Raucher seit der Pandemie häufiger zur Zigarette greifen.

Nur drei Prozent haben seitdem aufgehört. Laut Umfrage konsumiert die große Mehrheit der Befragten Zigaretten (80 Prozent). Deutlich weniger greifen hingegen zur E-Zigarette (13 Prozent). Es folgen Zigarillos (sechs Prozent), Cannabis, Marihuana oder Haschisch (vier Prozent) und Shisha (zwei Prozent).



Foto: Andrey Popov/Adobe Stock

Tabakkonsum erhöht das Risiko für Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebs und kann darüber hinaus zu einem schwereren Verlauf von Covid-19 führen. Nikotin macht zudem psychisch abhängig. Was viele nicht glauben: Aufhören lohnt sich in jedem Alter. Selbst wer erst als über 60-Jähriger auf Zigaretten verzichtet, senkt das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen bereits innerhalb weniger Jahre erheblich. ✍ pm

www.kkh.de

DAK-GESUNDHEIT

Corona belastet Schulkinder



Foto: DAK-Gesundheit/istock

Corona-Regeln, Homeschooling, Stress: Die Pandemie belastet viele Kinder und Jugendliche in Deutschland. Jedes dritte Schulkind fühlt sich nicht ausreichend vor dem Virus geschützt. Mehr als die Hälfte aller Mädchen und Jungen wurde im vergangenen Jahr unglücklicher. Die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler sank im Durchschnitt um 21 Prozent. Gleichzeitig nahmen emotionale Probleme stark zu. Das zeigt der aktuelle Präventionsradar 2021 der DAK-Gesundheit. Grundlage der Studie ist eine großangelegte Befragung von 14.000 Schulkindern in 13 Bundesländern im Schuljahr 2020/21 durch das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel (IFT-Nord).

„Der starke Rückgang der Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen ist erschreckend“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Unsere Studie zeigt, wie sehr Corona das Leben der Schulkinder belastet. Dabei ist eine möglichst unbeschwerte Kindheit wichtig, damit die Mädchen und Jungen gesund groß werden. Wir müssen jetzt gegensteuern, um das Risiko für langfristige Gesundheitsprobleme im Erwachsenenalter zu senken.“

Auf einer Skala von null bis zehn bewerten die Befragten ihre aktuelle Lebenszufriedenheit im Mittel mit 5,8 Punkten. Ihre aktuell empfundene Zufriedenheit liegt um 21 Prozent unter dem Niveau von vor der Pandemie (7,3 Punkte). Bei den Jüngeren der Klassenstufe fünf und sechs ist der Verlust mit 24 Prozent am stärksten. ✍ pm

www.dak.de

BARMER

Krankschreibungen – starke regionale Unterschiede

Bei den Krankschreibungen wegen Corona gibt es weiterhin massive regionale Unterschiede. Das geht aus einer Analyse der BARMER hervor. Demnach waren in der zweiten Maiwoche dieses Jahres (18. Kalenderwoche) in Sachsen 605 von 100.000 BARMER-Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld wegen einer Covid-19-Erkrankung arbeitsunfähig gemeldet. Damit war der Anteil der Betroffenen fünfmal so hoch wie in Schleswig-Holstein mit 121 je 100.000 erkrankten Anspruchsberechtigten.



Foto: rdnal/Adobe Stock

„Die massiven regionalen Unterschiede bei den Corona-Fällen und den daraus resultierenden Krankschreibungen haben viele Ursachen. Sie reichen von der Nähe zu ausländischen Hotspots über die Besiedlungsdichte bis hin zu unterschiedlich hoher Akzeptanz der Abstands- und Hygieneregeln“, sagt Dr. Ursula Marschall, Leitende Medizinerin bei der BARMER. Inzwischen nehme das Impftempo immer weiter zu. Nichtsdestotrotz bleibe die Einhaltung der sogenannten AHA-Regeln weiterhin die effektivste Maßnahme, um eine Ansteckung mit dem Coronavirus zu vermeiden.

Wie aus der BARMER-Versichertenanalyse weiter hervorgeht, waren in der 18. Kalenderwoche dieses Jahres bundesweit 274 je 100.000 Anspruchsberechtigte wegen Covid-19 krankgeschrieben. In den beiden Wochen zuvor waren es 282 beziehungsweise 288 Betroffene zwischen 15 und 64 Jahren. „Wir bekommen die Corona-Pandemie nach und nach in den Griff. Wenn die Impfungen zügig voranschreiten und die AHA-Regeln eingehalten werden, wird die Zahl der Erkrankungen und Krankschreibungen weiter sinken“, sagt Marschall. ✍ pm

www.barmer.de



STUDIE

Qualität verbessern durch Leistungskonzentration

In der Diskussion um Reformen im Krankenhaus-Sektor stehen vor allem Leistungskonzentration und Zentrenbildung im Fokus. Wie stark diese Prozesse bereits stattgefunden haben, ist bisher kaum untersucht. Eine im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) durchgeführte Studie zeigt nun: Anders als gesundheitspolitisch gewünscht, gibt es in einigen Leistungsbereichen sogar eine stark abnehmende Konzentration.

/Text/ Dr. Martin Albrecht

Mehr Leistungskonzentration gilt als entscheidender Hebel für Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung. Eine zentrale Kritik an den gegenwärtigen Krankenhausstrukturen ist, dass zumindest in Ballungsgebieten zu viele Kliniken auf engem Raum vergleichbare Leistungen anbieten.

Bei komplexeren Eingriffen sollte die Versorgung stattdessen auf weniger Klinikstandorte verteilt sein. Dort können dann höhere Fallzahlen erreicht werden. Neben möglichen betriebswirtschaftlichen Vorteilen (z. B. aufgrund von Fixkostendegression)

sind vor allem Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erwarten. Für zahlreiche komplexere Eingriffe sind positive „Volume-Outcome-Zusammenhänge“ nachgewiesen. Das heißt, dass die gemessene Qualität der Behandlung dort höher ist, wo eine größere Anzahl dieser Behandlungen durchgeführt wird. Größeren Versorgungseinheiten gelingt es zudem meist besser, qualifizierte (ärztliche und pflegerische) Fachkräfte zu gewinnen und ein hochwertiges Versorgungsangebot personell rund um die Uhr vorzuhalten.

Es gibt aber auch Argumente gegen eine stärkere Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung. Im Vordergrund stehen dabei längere Wege zum nächsten Krankenhaus sowie die Entstehung regionaler Monopolmacht von Krankenhäusern. Wenn Patienten weniger Auswahlmöglichkeiten haben, verringert sich die Wettbewerbsintensität. Da die Preise für Krankenhausleistungen in Deutschland weitgehend reguliert sind, würde ein verminderter Wettbewerb primär zu geringeren Qualitätsanreizen führen. Schließlich legen auch besondere Versorgungsrisiken (Ausfall von IT-Systemen, Keimbefall, Pandemie) nahe, ein gewisses Maß an „Überkapazitäten“ für die stationäre Versorgung vorzuhalten.

Was bedeutet dies nun für die zukünftige Entwicklung der Krankenhausstrukturen? Während zum Zusammenhang zwischen den Fallzahlen einer Klinik und deren medizinischen Outcomes zahlreiche Studien vorliegen, gibt es für Deutschland kaum empirische Erkenntnisse zu der Frage, wie Konzentrationsprozesse auf Krankenhausmärkten die Versorgungsqualität beeinflussen. Tatsächlich fehlt es bereits an Wissen über den Stand und die Entwicklung der Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung.

Die allgemeinen statistischen Daten erwecken zwar den Eindruck einer bundesweit zunehmenden Konzentration: Die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser hat sich seit dem Jahr 2010 um rund zehn Prozent verringert, die durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung um rund acht Prozent erhöht. Eine Betrachtung auf dieser Ebene bleibt aber zu grob, denn die vorliegende empirische Evidenz zu höherer Qualität in Einrichtungen mit größeren Fallzahlen bezieht sich jeweils auf einzelne Leistungen.



Foto: IGES Institut

Dr. Martin Albrecht
Geschäftsführer IGES
Institut

In einer neuen Studie hat das IGES Institut daher für ausgewählte Leistungen Ausmaß und Veränderung der Konzentration untersucht. Dabei handelt es sich um Leistungen, für die sich nach Studienlage positive Qualitätswirkungen einer Konzentration der Behandlungsfälle erwarten lassen: minimalinvasive Aortenklappenimplantation (darunter primär Transkatheter-Aortenklappenimplantation – TAVI), anatomische Lungenresektion und die Implantation von Hüft-Totalendoprothesen (Hüft-TEP). Für keine dieser drei Leistungen wurde bislang eine gesetzliche Mindestfallzahl festgelegt, für TAVI und Lungenresektionen wird darüber aber beraten. Für alle Bereiche lassen sich zudem Mindestfallzahlen aus Zertifizierungsvorgaben oder aus Studien ableiten.

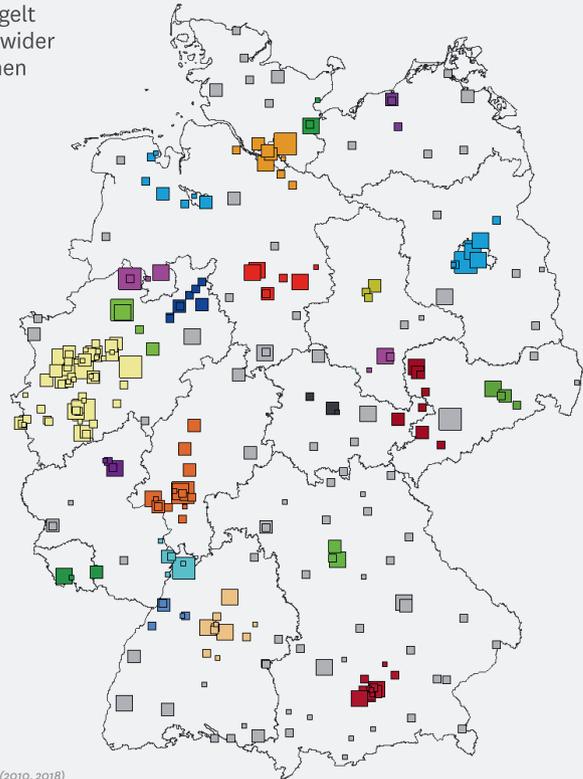
Die Ergebnisse für den Zeitraum 2010 bis 2018 zeigen, dass sich in keinem der drei Bereiche die Leistungskonzentration erhöht hat. Für die beiden kleineren Leistungsbereiche TAVI und Lungenresektion hat sich – im Gegenteil – die Leistungskonzentration sogar deutlich verringert. Dies gilt bei bundesweiter Betrachtung, aber ganz überwiegend auch auf regionaler Ebene. Knapp ein Drittel der Leistungsfälle mit anatomischer Lungenresektion wurde an Klinikstandorten behandelt, welche die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung (75 pro Jahr) nicht erreichten. Bei TAVI ist der entsprechende Anteil – legt man studienbasiert eine Mindestfallzahl von 157 pro Jahr zugrunde – mit knapp zehn Prozent deutlich niedriger. Ein Großteil der Kliniken (87 Prozent), die Hüft-TEP implantierten, erreichte im Jahr 2018 die Mindestfallzahl für eine Zertifizierung von 50 pro Jahr.

Davon unabhängig ist die Leistungskonzentration bei den Implantationen einer Hüft-TEP im Vergleich zu den beiden anderen Leistungsbereichen deutlich geringer. Für alle drei Leistungsbereiche zeigen sich schließlich regionale Unterschiede: Neben geringer Leistungskonzentration in Ballungsgebieten gibt es einige ländliche Regionen, in denen die Krankenhausversorgung hochgradig konzentriert ist.

Für die Gesundheitspolitik folgt hieraus, dass die mit einer Zunahme der Leistungskonzentration verbundenen Potenziale zur Qualitätssteigerung stärker genutzt werden sollten. Allerdings unterscheiden sich diese

Regionale Cluster von Klinikstandorten im Leistungsbereich Lungenresektionen (2018)

Kästchengröße spiegelt jährliche Fallzahlen wider (Spannbreite zwischen 3 und 400)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2010, 2018)

Für jede Leistung sollte Qualität zuverlässig messbar und transparent sein.

Potenziale: Nicht jeder Leistungsbereich mit geringer Konzentration benötigt Zentren. Für jeden Leistungsbereich sollte Qualität aber zuverlässig messbar und transparent sein. Hierzu kann bereits die Einführung moderater Mindestmengen beitragen. Entsprechend sollten weitere bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben entwickelt und im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Außerdem sollten Qualitätsaspekte stärker in die kartellrechtliche Bewertung von Klinikfusionen und -kooperationen einfließen. Die Konzentration der Krankenhausversorgung sollte zugleich stärker für spezifische Leistungsmärkte gemessen werden und nicht nur für das gesamte Leistungssortiment von Krankenhäusern. Schließlich wählen auch Patienten eine Klinik jeweils für eine bestimmte Behandlung aus. ■

Die komplette Studie zum Download finden Sie unter: www.vdek.com/fokus/zukunftsforum-2021



ZUKUNFT DER KRANKENHÄUSER

Sechs Thesen zur Leistungskonzentration

Ging es bisher darum, die Behandlungsqualität in Krankenhäusern zu sichern, wurden Mindestmengen eher zögerlich umgesetzt. Neue Vorstöße der Bundespolitik regen einen Ausbau der bestehenden Regelungen an. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) beteiligt sich mit sechs Thesen an der aktuellen Debatte.

Behandlungen sind dort qualitativ besser, wo sie häufig durchgeführt werden. Das gilt insbesondere bei komplexen und riskanten Eingriffen. Mindestfallzahlen sollen verhindern, dass ein Krankenhaus solche Leistungen nur gelegentlich und damit ohne die nötige Erfahrung erbringt.

Für welche Leistungen es Mindestmengen gibt, bestimmt seit 2006 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Derzeit gelten Mindestmengen für die folgenden Bereiche:

- Lebertransplantation
- Nierentransplantation
- Komplexe Eingriffe an der Speiseröhre
- Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse
- Stammzelltransplantation
- Kniegelenk-Totalendoprothesen
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1.250 Gramm

Ausschlaggebend ist hierbei die vom Krankenhaus geschätzte Behandlungshäufigkeit pro Jahr. Haben Krankenkassen an der Schätzung Zweifel und widerlegen diese, greift nach §136b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGBV für diese Leistung ein Erbringungsverbot, ebenso entfällt der Vergütungsanspruch.

Bundespolitisch gibt es erste Vorstöße, die bestehenden Regelungen auszubauen und zu verschärfen: So spielen im kürzlich beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Mindestmengen eine entscheidende Rolle. Die Festlegung weiterer Mindestmengen wird darin gefordert, auch sollen bisher geltende Ausnahmeregelungen zum Teil entfallen.

Ein Ausbau der Mindestmengenregelung kann zu einer stärkeren Leistungskonzentration in der stationären Versorgung beitragen, wie sie der vdek seit Längerem fordert. Die ebenfalls in dieser Ausgabe vorgestellte IGES-Studie „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“ unterstützt diese Forderung. Anknüpfend an die Studie hat der vdek sechs Thesen formuliert, die erstmals beim vdek-Zukunftsforum im April 2021 vorgestellt wurden.



1. Positive Wirkung der Konzentration von Leistungen auf die Versorgungsqualität im Krankenhaus

Die Ergebnisse der Untersuchungen der Studie in drei ausgewählten Bereichen zeigen, dass mit der weiteren Konzentration von Leistungen und durch Spezialisierung die Versorgungsqualität verbessert werden kann. Dabei darf es aber nicht zu medizinisch nicht notwendigen Leistungssteigerungen kommen. Ebenso müssen Monopolstellungen vermieden werden, damit ein Qualitätswettbewerb unter den Krankenhäusern stattfindet.

2. Mindestmengen als Element der Strukturplanung für den Ausbau der Leistungskonzentration konsequent ausbauen

Das Instrument der Mindestmengen ist in der Vergangenheit nur zaghaf und schleppend umgesetzt worden. Bisher beziehen sich Mindestmengen nur auf sieben Bereiche und werden von Krankenhäusern häufig nicht vollständig umgesetzt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen erschweren es den Krankenkassen zudem enorm, für Krankenhäuser, die die Mindestmengen nicht erfüllen, die Zahlungen einzustellen. Mindestmengen müssen daher unter Berücksichtigung der Vorgaben des G-BA konsequent weiterentwickelt werden, so wie es der Gesetzgeber im GVVG beschlossen hat.

3. Zusätzlich sind die Struktur-anforderungen an die Leistungserbringung zu verbessern

Neben einer aktiven Versorgungsplanung der Länder können Struktur-anforderungen des G-BA Konzentrationsprozesse befördern und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Die Entwicklung von TAVI sollte ein Vorbild für andere Leistungen sein. Es gab klare Empfehlungen der Fachgesellschaften, was an medizinischer Kompetenz und Ausstattung notwendig ist. Der G-BA konnte dies aufgreifen und zügig verbindliche Vorgaben für Krankenhäuser schaffen. Genau dies hat den Konzentrationsprozess eingeleitet, wie die Studie aufzeigt. Weitere Leistungsbereiche sollten diesem Beispiel folgen.

4. Die Krankenhausversorgungsstruktur der Zukunft muss weiterentwickelt werden

Soll die Versorgungsqualität durch Leistungskonzentration verbessert werden, so müssen die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden. Wir brauchen weniger, aber größere Standorte, insbesondere in den Ballungsgebieten. Es braucht hochspezialisierte Fachkrankenhäuser oder Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung. Die Landeskrankenhausplanung muss künftig an bundeseinheitliche Rahmenvorgaben beziehungsweise einheitliche, vom G-BA entwickelte Planungskriterien angepasst werden. Auf dem Land, wo es nicht ausreichend hohe Fallzahlen für eine Leistungskonzentration gibt, sind vernetzte Strukturen auszubauen. Auch der prognostizierte Fachkräftemangel wird es notwendiger denn je machen, die Versorgung zu bündeln, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

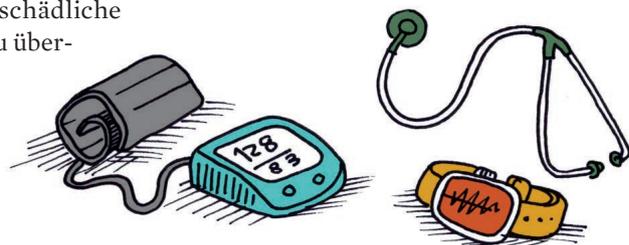
5. Die Bundesländer müssen ihrer Verantwortung für eine angemessene Investitionsförderung nachkommen

Ohne entsprechende Investitionsprogramme der Länder mit angemessenen Investitionsquoten ist eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität durch Instrumente der Leistungskonzentration nicht möglich. Eine aktive Krankenhausplanung der Länder muss diesen Prozess unterstützen.

6. Bund-Länder-Pakt

Es muss ein Bund-Länder-Pakt geschlossen werden. Jede Reform im Krankenhaussektor stößt auf Widerstände. Ein übergreifendes Commitment für eine umfassende Reform ist dringend notwendig, um das für die Versorgungsqualität schädliche Lagerdenken zu überwinden. ■

Wir brauchen weniger, aber größere Standorte, insbesondere in den Ballungsgebieten.





3 FRAGEN AN

Dr. Gerald Gaß

Für die Qualitätssteigerung in der stationären Versorgung gelten Mindestmengen als ein wichtiger Hebel. Gleichzeitig verändern sie das Leistungsangebot insbesondere an kleineren Standorten. Dr. Gerald Gaß ist seit April 2021 Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und kommentiert in *ersatzkasse magazin*. das Thema aus Sicht seines Bundesverbandes.

Durch Mindestfallzahlen soll die Behandlungsqualität erhöht werden. Für wie wirksam halten Sie dieses Werkzeug?

Mindestmengen können vor allem bei planbaren, risikobehafteten und hochkomplexen Behandlungen ein sinnvolles Instrument der Qualitätssicherung sein, indem sie Gelegenheitsversorgung ausschließen. Deswegen begrüßt die DKG Mindestmengenregelungen im angemessenen Umfang. Wo Studien zeigen, dass die Leistungsmenge die Ergebnisqualität signifikant beeinflusst, haben sie ihre Berechtigung. Allerdings ist die Formel mehr Fälle gleich mehr Qualität so nicht richtig. Die Qualität hängt in einem hohen Maß auch von anderen Faktoren ab. Das Zusammenwirken verschiedener Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ist effektiver als nur Mindestmengen einzuführen bzw. zu erhöhen.

Als Vorstandsvorsitzender der DKG vertreten Sie auch die Interessen von Krankenhäusern, die von neuen Mindestmengenregelungen betroffen wären und dann bestimmte Eingriffe nicht mehr vornehmen dürften. Welche Perspektiven gibt es für diese Häuser?

Mindestmengen sind kein Allheilmittel für gute Behandlungsergebnisse. Erfahrungswissen lässt sich auch durch intelligente Verbundstrukturen und telemedizinische Netzwerke in die Fläche bringen. Nicht nur für kleinere Kliniken sind zu hohe Mindestmengen problematisch, sondern auch für die Menschen im ländlichen Raum, wenn so wohnortnahe Versorgung unmöglich gemacht wird. Mit Mindestmengenregelungen müssen wir verantwortungsvoll umgehen. Können Kliniken wegen übertrieben hoher Mindestmengen die flächendeckende Versorgung nicht mehr gewährleisten, ist niemandem gedient. Mindestmengen dürfen kein verstecktes Instrument der kalten Strukturbereinigung sein, die vor allem in dünn besiedelten Regionen die Versorgung gefährdet. Wenn bedarfsnotwendige



Foto: Tobias Vollmer

„Mindestmengen dürfen kein verstecktes Instrument der kalten Strukturbereinigung sein, die vor allem in dünn besiedelten Regionen die Versorgung gefährdet.“

Dr. Gerald Gaß
Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Grundversorgungskrankenhäuser unnötig in ihrem Leistungsspektrum begrenzt werden, hat das Folgen für deren Wirtschaftlichkeit und medizinisches Ausbildungsspektrum. Hier können ergänzende Vorhaltefinanzierung und Verbundstrukturen in der Mediziner Ausbildung helfen.

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sieht auch eine Festlegung weiterer Mindestmengen vor. Wie bewerten Sie diese Vorstöße?

Die DKG begrüßt Mindestmengen als Teil der Qualitätssicherung. Wir begrüßen auch, dass laut Gesetz Mindestmengen kontinuierlich wissenschaftlich überprüft werden sollen und dass sie kein alleiniges Instrument sind, sondern in eine Vielzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebettet sein müssen. Auf der anderen Seite sehen wir die Absicht, dem G-BA die Möglichkeit zu entziehen, Ausnahmetatbestände bei hoher Qualität festzulegen, sehr kritisch. Bei hohen, über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmengen muss besonders gute Qualität als Ausnahmeregelung berücksichtigt werden. In die falsche Richtung geht auch das nun eingeschränkte Recht der Länder, zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Ausnahmeregelungen von Mindestmengen zu treffen. Hier drohen Versorgungsengpässe, insbesondere bei Notfällen. Damit würde sich das Ziel, die Behandlungsqualität zu sichern, ins Gegenteil umkehren.

Gesundheitspolitische Positionen



Kurz vor der Bundestagswahl ziehen der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und seine Mitgliedskassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK gemeinsam Bilanz – und zeigen mit ihren gesundheitspolitischen Positionen die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung auf. Ein großer Erfolg der 19. Legislaturperiode war die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Sie hat zu mehr Fairness im Wettbewerb geführt. Durch das Gesamtpaket werden erhebliche Verwerfungen beseitigt. Für dieses gesundheitspolitische Großprojekt haben sich die Ersatzkassen im Verbund mit Betriebs- und Innungskrankenkassen seit vielen Jahren eingesetzt.

Das Zehn-Punkte-Papier der Ersatzkassen zur Wahl unterstreicht allerdings den weiterhin großen Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung. So braucht es eine einheitliche Bundesaufsicht für alle Kassen. Denn unterschiedliches Aufsichtshandeln auf Bundes- und Landesebene schadet dem fairen Wettbewerb. Zudem muss die Selbstverwaltung als Erfolgsgarant für das Gesundheitswesen weiter gestärkt werden. Ihre Gestaltungsmöglichkeiten sind zu respektieren und auszuweiten. Auch der Umbau der Krankenhausstrukturen und die Sicherung der GKV-Finanzierung müssen ganz oben auf der gesundheitspolitischen Reformagenda der künftigen Bundesregierung stehen.



RÜCK- UND AUSBLICK

Viel geschafft, aber noch viel zu tun

Die 19. Legislaturperiode ist aus gesundheitspolitischer Sicht außergewöhnlich gewesen. Geprägt einerseits durch tiefgreifende Reformen, angestoßen von einem überaus aktiven Gesundheitsminister und Gesetzgeber, und andererseits geprägt durch die omnipräsente und bestimmende Covid-19-Pandemie. Die Wenigsten dürften sich noch an alle Gesetze erinnern, die unter der Ägide des Ministers Jens Spahn entstanden sind. Kaum ein Bereich des Gesundheitssystems blieb unberührt vom Reformdrang. Jeder Rückblick auf die gesundheitspolitische Legislaturperiode kann bestenfalls nur im Parforceritt geschehen und sich nur auf die Big Points konzentrieren.

/Text/ Dr. Jörg Meyers-Middendorf und Thorsten Nahrgang

Foto: vdek/Georg J. Lopata



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

Foto: vdek/Nicole Janke



Thorsten Nahrgang
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

Gleich zu Beginn der Legislaturperiode wurde mit dem Versichertenentlastungsgesetz die vollständige Beitragssatzparität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wiederhergestellt. Damit ist eine Forderung umgesetzt, die der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) seit vielen Jahren erhoben hat. Jetzt wird auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wieder jeweils hälftig von Arbeitnehmer:in und Arbeitgeber:in bezahlt und wird nicht vollständig allein den Arbeitnehmer:innen aufgebürdet. Zudem wurden den Kassen Obergrenzen der kasseneigenen Rücklagen auferlegt. Darüber hinaus sollten die Finanzreserven über die nächsten Jahre schrittweise abgebaut werden. Letzteres ist ein Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung.

Steigerung der Kosten

Den sachkundigen Beobachter:innen dürfte auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz noch in Erinnerung geblieben sein. Ein wahres Omnibusgesetz, das das gesundheitspolitische Berlin wochenlang in Atem hielt und dessen zentralste Neuerung wohl war, dass Kassenversicherte künftig schneller an fachärztliche Termine kommen sollen. Hierfür wurde die Systematik des sogenannten extrabudgetären Honorars ausgebaut, was zu umfangreichen Vergütungserhöhungen für die niedergelassenen Ärzt:innen führte. Diese und andere Regelungen und Leistungsausweitungen, wie etwa die Erhöhung des Festzuschusses für den Zahnersatz von 50 Prozent auf 60 Prozent oder das Verbot der Ausschreibungen für Hilfsmittel, haben wiederum zu erheblichen Kostensteigerungen bei den Krankenkassen geführt.

Fairer Wettbewerb

Aus Sicht der Ersatzkassen war das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) das gesundheitspolitische Großprojekt. Durch eine umfassende Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MorbiRSA) wurde der Finanzausgleichsmechanismus zwischen den Kassen neu austariert und

durch verschiedene Instrumente manipulationssicher neu ausgestaltet. Regionalkomponente, Risikopool, Vollmodell und die Abschaffung von Sonderregelungen sorgen nun dafür, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig fairer abläuft. Das Gesamtpaket beseitigt erhebliche Verwerfungen im RSA. Dafür haben sich die Ersatzkassen im Verbund mit Betriebs- und Innungskrankenkassen seit langem intensiv eingesetzt. Weiterer Verbesserungsbedarf im Morbi-RSA bleibt: etwa der fehlende Ist-Kosten-Ausgleich beim Krankengeld und bei den RSA-Zuweisungen für Auslandskrankenversicherte. Hier hat sich der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) mittlerweile auf den Weg gemacht.

Ausbau der Digitalisierung

Auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens kam nicht zu kurz, die seit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) 1995 eher das große Sorgenkind war. Gleich drei Digitalisierungsgesetze brachte Minister Spahn auf den Weg. Kern der Digitalisierungsagenda: Die elektronische Patientenakte (ePA) wird schrittweise ausgebaut und mit weiteren Anwendungen, etwa dem E-Rezept oder dem E-Impfpass, für den Versicherten tatsächlich nutzbar gemacht. Darüber hinaus sollen Gesundheits-Apps mehr und mehr den Weg in die Regelversorgung finden. Dennoch mangelt es hier nach wie vor an einem fairen Preisfindungsverfahren.

Natürlich schlug sich auch die Covid-19-Pandemie in der Gesetzgebung nieder. Rettungsschirme für die Leistungserbringer wurden aufgespannt und durch schnelles, flexibles und umsichtiges Handeln aller Akteure konnten das Gesundheitssystem stabilisiert und eine ausreichende medizinische Versorgung während der Pandemie bisher gewährleistet werden. Die GKV als selbstverwaltetes System hat in enger Koordination mit den anderen Sozialversicherungszweigen die Leistungsfähigkeit und stabilisierende Wirkung der sozialen Sicherungssysteme eindrücklich unter Beweis gestellt.

Pflichtenheft für die Zukunft

Mit Blick auf die vergangenen Jahre ist schnell klar: Viel wurde geregelt, aber ebenso viel auch außen vor gelassen. Das Pflichtenheft des Gesetzgebers für die nächste Legislaturperiode ist lang. Mit ihrem Positionspapier bringen die Ersatzkassen sich konstruktiv in die Diskussion ein. Das Ergebnis zeugt von der Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, die die Ersatzkassen mitgestalten und fortentwickeln wollen.

Es muss eine Evaluierung aller Covid-19-bedingten Regelungen geben. In Pandemiezeiten wurden Dinge ermöglicht, die zuvor undenkbar erschienen. Beispielhaft stehen hier die Tele-AU, Ausweitung von Videosprechstunden oder die coronabedingte Substitution ärztlicher Leistungen in bestimmten Bereichen. Solche Regelungen bieten sich auch für die Regelversorgung an. Gemeinsam mit allen Akteuren im Gesundheitssystem sollte geprüft werden, welche weiteren Maßnahmen in die Regelversorgung übernommen werden können. Es sollte aber auch geprüft werden, wie zielgenau die Rettungsschirme in den einzelnen Leistungsbereichen gewirkt haben.

Einheitliche Aufsicht

Die einheitliche Bundesaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen unter dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) muss kommen. Auch rein regional geöffnete Krankenkassen sollten der Aufsicht des BAS unterstehen, genauso wie es bundesweit geöffnete Krankenkassen bereits tun. Die Aufsichtspraxis zwischen den Landesaufsichtsbehörden und der Bundesaufsicht ist zu unterschiedlich. Nur so kann dieser ungleichen Behandlung wirksam entgegengetreten werden, denn dies verzerrt den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und geht letztlich zulasten der Versicherten.

Die Finanzierung der GKV ist nachhaltig zu sichern durch einen verstetigten, höheren Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds, einem einheitlichen ermäßigten Mehrwertsteuersatz auf die Gesundheitsleistungen, die von der GKV zu

In Pandemiezeiten wurden Dinge ermöglicht, die zuvor undenkbar erschienen.





zahlen sind, und einen angemessenen Beitrag für Hartz IV-Bezieher:innen. Für das Jahr 2022 ist außerdem sicherzustellen, dass die unter anderem pandemiebedingte Finanzierungslücke angemessen finanziell gedeckt wird. Perspektivisch bedarf es aber auch politischer Entscheidungen zur Kostendämpfung bei den Leistungsausgaben.

Stärkung des Ehrenamts

Die politischen Eingriffe in die Handlungsautonomie der Selbstverwaltung sind zu unterlassen und ihre Gestaltungsmöglichkeiten auszuweiten. Die massiven Einschränkungen – beispielsweise bei der Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen und bei der Vorabgenehmigung von Vorstandsverträgen – sind ausdrücklich abzulehnen und zurückzunehmen. In den Verwaltungsräten der Krankenkassen treffen die Selbstverwalter:innen verantwortungsvolle Entscheidungen. Das Ehrenamt in der Sozialen Selbstverwaltung ist zu stärken, etwa über angemessene Steuerfreibeträge für die Aufwandsentschädigungen der ehrenamtlichen Selbstverwalter:innen.

Ziel müssen auch der Ausbau der digitalen Behandlungsmöglichkeiten sein und eine digitale Gesundheitsversorgung, in der Qualität vor Quantität kommt. Faire Preisbildung aller digitalen Gesundheitsprodukte und die Geltung des verhandelten Preises rückwirkend ab dem ersten Tag der Markteinführung müssen der Standard sein. Ein fairer Preis muss sich aus dem konkreten Nutzen für Patient:innen ableiten lassen. Zudem müssen die Aufgaben der gematik begrenzt werden. Die gematik sollte wieder auf die Zulassung und die Spezifikation von Anwendungen der Telematikinfrastruktur beschränkt werden. Die Selbstverwaltung muss wieder verbindlich an den Verfahren innerhalb der gematik beteiligt werden.

Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die Stärkung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Passgenaue Versorgungs- und

Präventionsprojekte der Krankenkassen und das Nationale Gesundheitsportal zur Bereitstellung von seriösen und gesicherten Informationen sind bereits gute Zwischenschritte, die gemacht wurden. Auch die Lebensmittelindustrie muss stärker in die Pflicht genommen und ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden. Ansätze wie der Nutri-Score sollten weiter verfolgt und zunehmend verbindlich werden.

Die Abschaffung des ersten Jahres der freien Arzneimittelpreisbildung wird ebenfalls gefordert. Der am Ende des AMNOG-Verfahrens verhandelte Erstattungsbetrag soll rückwirkend ab dem 1. Tag nach Markteintritt gelten.

Im stationären Sektor muss konsequent Qualitätsverbesserung durch Leistungsverdichtung praktiziert werden. Gerade die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass besonders kritische Fälle, wie beispielsweise intensivmedizinische Beatmungsfälle, vor allem an hochspezialisierten Fachkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung konzentriert wurden. Leistungen müssen in urbanen Ballungsgebieten konzentriert und im ländlichen Raum muss die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gestärkt werden.

Weiterentwicklung der DRG

Die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) müssen weiterentwickelt werden. Dazu gehören auch der Einbezug von Vorhaltekosten, eine Differenzierung der Vergütung anhand von Versorgungsstufen und die adäquate Abbildung der Kosten für pflegerische Leistungen.

Eine nachhaltige Reform der Pflege ist nach wie vor notwendig. Es braucht einen dauerhaften, angemessenen und verlässlichen Steuerzuschuss in der Pflegeversicherung, um den Anstieg der Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen spürbar zu begrenzen. Die private Pflegeversicherung ist am gemeinsamen Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu beteiligen. Die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammenzufassen. Zusätzlich müssen die Bundesländer die Investitionskosten verbindlich übernehmen. ■

Faire Preisbildung aller digitalen Gesundheitsprodukte und die Geltung des verhandelten Preises rückwirkend ab dem ersten Tag der Markteinführung müssen der Standard sein.

VDEK-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Positionen der Ersatzkassen zur Bundestagswahl

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat die gemeinsamen gesundheitspolitischen Positionen von TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK zur Bundestagswahl beschlossen. Darin fordern die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber in der Sozialen Selbstverwaltung des vdek von der neuen Bundesregierung, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Versicherten sowie Strukturen und Finanzierung weiterzuentwickeln und dies zum Inhalt der Koalitionsverhandlungen zu machen.

Das Zehn-Punkte-Papier der Ersatzkassen fordert, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, die Patientensicherheit und -kompetenz zu stärken sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens zum Wohle der Patientinnen und Patienten durch mehr digitale Behandlungsmöglichkeiten sowie durch Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) auszubauen. Die Ersatzkassen sehen sich dabei als Gestalter der Digitalisierung für die Versicherten.

Strukturreformen muss es nach ihrer Auffassung vor allem im stationären Bereich geben – dieser solle durch Leistungskonzentration

zukunfts- und demografiefest gestaltet werden. Gleichzeitig gelte es, die Versorgung in ländlichen Regionen durch ambulante und stationäre Versorgungszentren zu modernisieren.

Finanzierungsgrundlage sichern

Eine zentrale Aufgabe der neuen Bundesregierung werde es sein, ab 2022 eine verlässliche und solide Finanzierungsgrundlage für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu schaffen, so der Verbandsvorsitzende des vdek, Uwe Klemens (Versichertenvertreter). Die Ersatzkassen sehen dazu drei zentrale Maßnahmen für notwendig an: Erstens solle der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds erhöht und versteigt werden, um damit versicherungsfremde Leistungen wie zum Beispiel Mutterschaftsgeld oder Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes zu kompensieren. Zweitens solle der Mehrwertsteuersatz für mehrwertsteuerpflichtige GKV-Leistungen (im wesentlichen Arzneimittel) generell auf den ermäßigten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent abgesenkt werden. Die Kassen benötigten drittens endlich einen angemessenen bedarfsgerechten Beitrag für Hartz IV-Empfänger.

Die Ersatzkassen fordern zudem, den Wettbewerb der Kassen fair weiterzuentwickeln und Wettbewerbsverzerrungen systematisch auszuschließen. Zudem sei eine einheitliche Bundesaufsicht über alle gesetzlichen Krankenkassen unter dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) notwendig. Die Selbstverwaltung zu stärken, weiter zu modernisieren und zu digitalisieren, lautet eine weitere Forderung. „Politische Eingriffe in die Handlungsautonomie der Selbstverwaltung müssen aufhören“, forderte Klemens. Die Selbstverwaltung trage entscheidend zur hochwertigen, gerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland bei.

Längst überfällig sei eine umfassende Reform der Pflege, so Klemens. Hier geht es vor allem um die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. In ihrem Zehn-Punkte-Papier fordern die Ersatzkassen auch einen dauerhaften, verlässlichen Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung und die verbindliche Übernahme der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen durch die Bundesländer. ■

Den Wettbewerb der Kassen fair weiterentwickeln und Wettbewerbsverzerrungen systematisch ausschließen.



INTERVIEW

„Der Selbstverwaltung mehr Entscheidungskompetenz zutrauen“

Die Soziale Selbstverwaltung spielt eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung in Deutschland. **Uwe Klemens**, Verbandsvorsitzender des vdek und seit über 20 Jahren ein engagierter Selbstverwalter in der Sozialversicherung, spricht im Interview über Erfolge, Herausforderungen und Ziele der Sozialen Selbstverwaltung mit Blick auf die laufende und kommende Legislaturperiode.

Die Legislaturperiode des Deutschen Bundestages neigt sich dem Ende entgegen. Auch die Gremien der Sozialen Selbstverwaltung befinden sich in der zweiten Hälfte ihrer Amtszeit, die 2023 endet. Wie fällt Ihre Bilanz aus?

UWE KLEMENS Die Soziale Selbstverwaltung hat eine spannende und intensive Zeit hinter sich. Corona hat unsere Gesellschaft durchgeschüttelt und natürlich auch die Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Sozialen Selbstverwaltung. Die aktuelle Bundesregierung in Person von Jens Spahn als Bundesgesundheitsminister hat aber auch manches anders angepackt als seine Vorgänger. Da sind ja phasenweise im Monatstakt neue Gesetzentwürfe aus dem Gesundheitsministerium gekommen. Das kannten wir vorher so nicht. Jens Spahn hat insbesondere auch die Selbstverwaltung anders gefordert und anders behandelt. Es gab neue Einschnitte, einen härteren Ton. Damit mussten wir umgehen.

Mit welchen Zielen sind Sie in die aktuelle Legislaturperiode hineingegangen?

Als Selbstverwaltung der Ersatzkassen haben wir uns im Rahmen der letzten Regierungsbildung intensiv für eine Schubumkehr eingesetzt. Wir haben klar gesagt: Die Einschnitte in die Entscheidungskompetenzen müssen aufhören. Diese Schubumkehr haben wir nicht erlebt. Unsere Botschaft von vor vier Jahren ist heute noch dieselbe: Der Sozialen Selbstverwaltung muss wieder mehr Entscheidungskompetenz zugetraut werden! Immerhin sind wir die demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber.

Woran machen Sie die neuen Einschnitte für die Selbstverwaltung fest?

Ein gutes Beispiel ist die MDK-Reform, die wir gerade umsetzen. Hier haben wir intensiv darum gerungen, dass die Krankenkassen und insbesondere die Soziale Selbstverwaltung in die organisatorische Steuerung der Medizinischen Dienste weiter eingebunden sind. Selbstverständlich brauchen die Krankenkassen einen medizinischen Dienst, um auf der Grundlage von unabhängiger medizinischer Kompetenz handeln zu können. Die Beitragszahler finanzieren diesen Dienst. Darum es ist richtig, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung dort auch in Zukunft die zentrale Entscheidungskompetenz haben. Immerhin vertreten sie gleichzeitig die Finanziere und die Betroffenen.

Ein weiteres Beispiel ist die Initiative des Gesundheitsministers, die Soziale Selbstverwaltung aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu entfernen. Im zentralen Entscheidungsgremium der gesetzlichen Krankenversicherung sollten nur noch Hauptamtliche sitzen. Das haben wir abgewendet. Auch die Entscheidungsmöglichkeiten über die Kassenfinanzen sind durch die engen Vorgaben zum Rücklagenabbau bei den Krankenkassen eingeschränkt worden.

Als Soziale Selbstverwaltung kämpfen wir weiter dafür, die Betroffenen wirkungsvoll vertreten zu können. Und wir haben auch Erfolge vorzuweisen. Das Bundessozialgericht hat im Mai entschieden, dass die gesetzlich vorgeschriebene Beauftragung und Vergütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband verfassungswidrig ist. Die Selbstverwaltung ist die

Interessenvertretung der Beitragszahler. Sie darf zum Beispiel auch die Ausführung einer rechtswidrigen Norm verweigern. Wir haben hier als Soziale Selbstverwaltung geklagt, weil wir die gesetzliche Regelung überprüft haben wollten. Und wir haben uns durchgesetzt.

Die aktuelle Regierungskoalition hat auch erste Schritte für die lange geforderte Reform der Sozialen Selbstverwaltung umgesetzt.

Das stimmt. Insbesondere die Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung und die Sozialwahlen sind endlich weiterentwickelt worden. Das sind Schritte, die wir als Ersatzkassen schon seit vielen Jahren gefordert haben. Es gibt jetzt eine echte Frauenquote für die Besetzung der Gremien ab den Sozialwahlen 2023. Das ist ein großer Fortschritt. Dazu gehört auch, dass die Anforderungen für demokratische Prozesse in der Kandidatenauswahl für die Sozialwahlen angehoben wurden. Es gibt bessere Rahmenbedingungen für die Ehrenamtlichen, zum Beispiel zusätzliche Urlaubstage für Fortbildungen und eine klarer geregelte Freistellung vom Arbeitsplatz. Dafür haben sich nicht zuletzt die Bundeswahlbeauftragte Rita Pawelski und ihr Stellvertreter Klaus Wiesehügel intensiv eingesetzt. Und dann haben wir endlich die Chance erhalten, erstmals Online-Sozialwahlen durchzuführen. Die mögliche Signalwirkung von diesem Projekt ist enorm. Parallel zur Briefwahl dürfen Krankenkassen bei den Sozialwahlen 2023 auch eine Online-Stimmabgabe anbieten. Da sind wir als traditionell urwählende Ersatzkassen natürlich mit dabei.

Werfen wir den Blick nach vorne.

Wie sehen die Ziele und Forderungen aus Sicht der Ersatzkassenselbstverwaltung aus?

Aus meiner Sicht sind hier unterschiedliche Aspekte wichtig: Gegenüber der Gesundheitspolitik werden wir uns einerseits weiter mit Vehemenz für eine stabile und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und auch der Pflegeversicherung einsetzen. Insbesondere müssen wir die Pflegebedürftigen bei den Eigenanteilen entlasten. Außerdem muss auch grundsätzlich der Entscheidungsspielraum der gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung ausgebaut werden. Die Kraft und das Potenzial der Selbstverwaltung müssen tatsächlich ausgeschöpft werden.



Foto: videly/Georg J. Laporta

Die Kraft und das Potenzial der Selbstverwaltung müssen tatsächlich ausgeschöpft werden.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Arbeit und insbesondere die Sozialwahlen sind wir jetzt aber selbst am Zug. Wir müssen hier unsere Hausaufgaben machen. 2023 werden wir die neuen Geschlechterquoten in den Gremien umsetzen. Und wir führen die Sozialwahlen erstmals mit einer Online-Wahl durch. Daran arbeiten wir schon auf Hochtouren. Online-Wahlen gab es in Deutschland in dieser Größenordnung für gesetzlich vorgeschriebene Wahlen noch nie. Da steckt eine Menge Herausforderung drin. Wir werden als Selbstverwaltung und auch als ganze Gesellschaft hier viel dazulernen. Die Wahlen wird man dann auswerten. Und dann ist es wichtig, dass diese Online-Möglichkeiten auch für kommende Sozialwahlen gesetzlich festgeschrieben werden. Das aktuelle Modellprojekt ist ja auf 2023 beschränkt. Da muss dann also gesetzlich der nächste Schritt kommen.

Wichtig ist, dass auch das Ehrenamt in der Sozialen Selbstverwaltung weiter gestärkt wird. Aktuell fehlen angemessene Steuerfreibeträge für die Aufwandsentschädigungen der Ehrenamtlichen. Und sie werden bundesweit nicht einheitlich gehandhabt. Die Selbstverwaltung sollte hier behandelt werden wie die Ehrenamtlichen in den Sportvereinen mit der sogenannten Übungsleiterpauschale. ■

Kernforderungen der Ersatzkassen

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) richtet gemeinsam mit seinen sechs Mitglieds-kassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK den gesundheitspolitischen Blick auf die kommende Bundestagswahl und nachfolgende Koalitionsverhandlungen. Auf den folgenden Seiten (36–39) dokumentiert *ersatzkasse magazin*. die wichtigsten gesundheitspolitischen Positionen und Forderungen.

Gesundheitspolitik | Selbstverwaltung

Evaluierung aller Covid-19-bedingten Sonderregelungen

In Pandemiezeiten wurden Dinge möglich, die zuvor undenkbar erschienen. Beispielhaft stehen hier die Krankschreibung per Telefon oder die coronabedingte Substitution ärztlicher Leistungen in bestimmten Bereichen. Solche Regelungen bieten sich auch für die Regelversorgung an. Gemeinsam mit allen Akteur:innen im Gesundheitssystem sollte geprüft werden, welche weiteren Maßnahmen in die Regelversorgung übernommen werden können.

Einheitliche Bundesaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen unter dem Bundesamt für Soziale Sicherung

Nur so kann ungleichen Bedingungen im wettbewerblichen Krankenversicherungsmarkt wirksam entgegengetreten werden. Bislang werden nur diejenigen Krankenkassen unter Bundesaufsicht gestellt, die in mehr als drei Bundesländern aktiv sind. Von derzeit insgesamt 103 Krankenkassen (Stand: 1. Januar 2021) befinden sich bereits 63 unter Bundesaufsicht und der Rest unter Aufsicht der jeweiligen Landesbehörde. Die uneinheitliche Aufsichts- und Prüfpraxis der jeweiligen Aufsichtsbehörden verzerrt den Wettbewerb.

Politische Eingriffe in die Handlungsautonomie der Selbstverwaltung unterlassen und ihre Gestaltungsmöglichkeiten respektieren und ausweiten

Die Selbstverwaltung ist ein entscheidender Grundpfeiler und ein Beleg für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem mit einer qualitativ hochwertigen, gerechten und zugleich wirtschaftlichen Versorgung, das weltweit seinesgleichen sucht. Auch die Corona-Pandemie macht deutlich, dass die Selbstverwaltung reaktionsstark handeln kann. Beispiele sind die Einführung der Krankschreibung per Telefon, das länger gültige Entlassrezept nach einem Krankenhausaufenthalt oder die Ermöglichung von Videosprechstunden.

Selbstverwaltung modernisieren und digitalisieren

Die Online-Sozialwahlen 2023 sind ein erster großer Schritt in Richtung Digitalisierung und hin zu zeitgemäßen Verwaltungsprozessen innerhalb der Selbstverwaltung. Es gilt, diese digitalen Prozesse weiterzuentwickeln.

Die Online-Sozialwahlen 2023 sind zu evaluieren und nach erfolgreicher Evaluation zwingend zu verstetigen. Zusätzlich zu schriftlichen Beschlussverfahren der Selbstverwaltungsgremien müssen auch digitale Beschlussverfahren im Rahmen von Videokonferenzen gesetzlich ermöglicht werden.

Ehrenamt in der Sozialen Selbstverwaltung weiter stärken

Die Rahmenbedingungen könnten zum Beispiel über angemessene Steuerfreibeträge für die Aufwandsentschädigungen der Ehrenamtlichen, die zudem bundesweit einheitlich gehandhabt werden sollten, verbessert werden.



GKV-Finanzierung, Risikostrukturausgleich

Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds auf einem höheren Niveau verstetigen, um alle versicherungsfremden Leistungen abzudecken und eine Explosion der Zusatzbeiträge konkret ab dem Jahr 2022 zu verhindern

Die Lücke zwischen dem Steuerzuschuss zur pauschalen Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem tatsächlichen Volumen versicherungsfremder Leistungen muss geschlossen und die GKV nachhaltig finanziert werden.

Beitrag für Hartz IV-Bezieher:innen anpassen

Unbestritten ist, dass seit vielen Jahren die Krankenkassen für Hartz IV-Bezieher:innen nach den gesetzlichen Regelungen einen

Mitgliedsbeitrag zugewiesen bekommen, der in Summe systematisch und deutlich unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Versicherten liegt. Die Unterfinanzierung wird heute alleine von den übrigen Beitragszahler:innen der GKV geschultert und bürdet ihnen weitere systemfremde Aufgaben auf, die mit dem heutigen Steuerzuschuss nicht abgegolten sind.

Morbi-RSA konsequent weiterentwickeln

Die Reform mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz war richtig und wichtig. Darauf aufbauend müssen aber noch weitere Maßnahmen folgen. So müssen Wettbewerbsverzerrung weiterhin systematisch ausgeschlossen werden und faire Bedingungen ausnahmslos für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten. Gerade die Ersatzkassen fühlen sich, als ausschließlich bundesweit

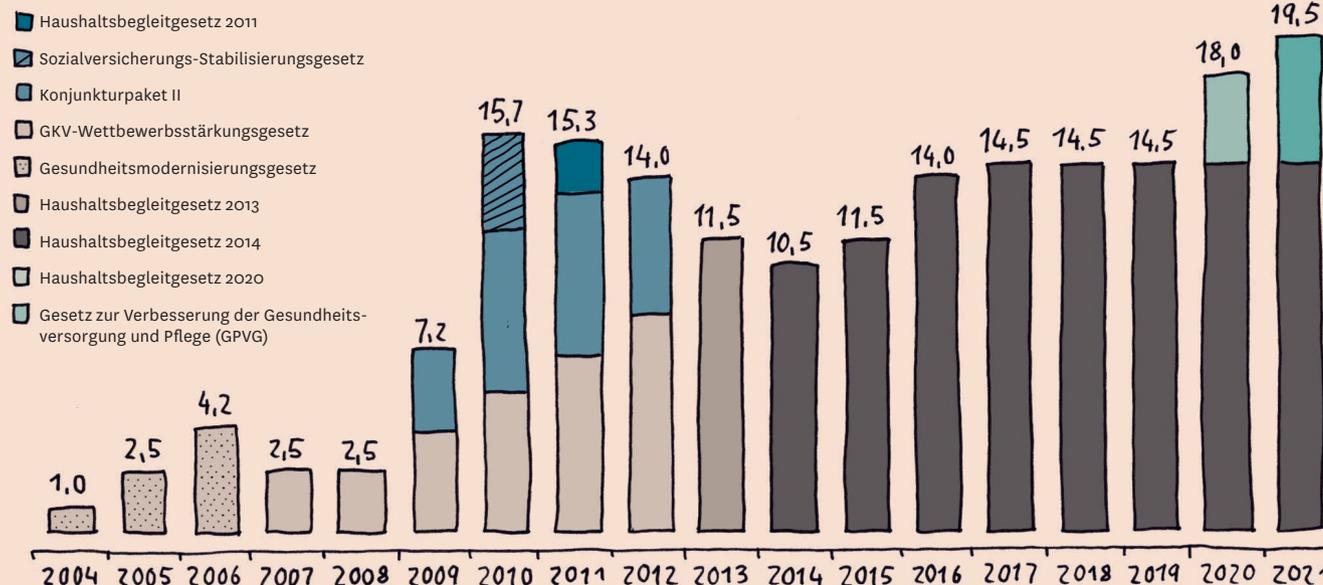
geöffnete Kassenart, die auch zueinander in Konkurrenz stehen, einem fairen Wettbewerb besonders verpflichtet. Wahlfreiheit für die Versicherten einerseits und Konkurrenz der Krankenkassen andererseits sorgen dafür, dass die Versorgung auf die Patient:innen zugeschnitten wird und Innovationen auch tatsächlich bei ihnen ankommen.

Für die Leistungsbereiche in der GKV, in denen heute eine Mehrwertsteuerpflicht besteht, diese generell auf den ermäßigten Steuersatz von sieben Prozent absenken

Dies gilt bereits heute z. B. für Grundnahrungsmittel und kulturelle Leistungen. Dadurch würden nicht nur die Beitragszahler:innen in der GKV, sondern auch Menschen mit geringen Einkommen z. B. bei der Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln entlastet.

GKV – Bundeszuschuss

in Milliarden Euro



Quelle: vdek

Digitalisierung | Prävention | Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Digitale Behandlungsmöglichkeiten ausbauen

Das ermöglicht nicht nur einen einfacheren Zugang zu fachärztlicher Expertise, sondern ist auch für leichtere Erkrankungen geeignet, insbesondere im Zusammenspiel mit der eingeführten eAU und dem E-Rezept.

Insgesamt Mechanismen für eine faire Preisbildung aller digitalen Gesundheitsprodukte finden

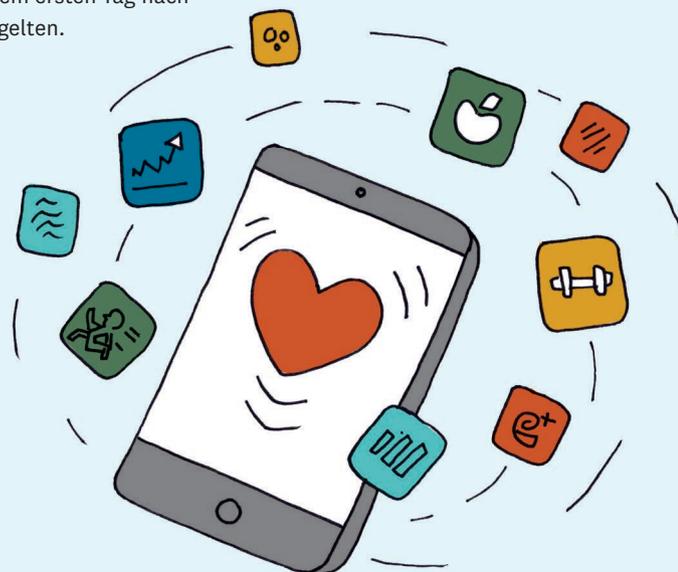
Bereits die ersten Erfahrungen mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zeigen, dass der geforderte Herstellerpreis in einem Missverhältnis zum Patient:innenutzen steht, insbesondere bei DiGA, die sich noch in der Erprobung befinden. Ein fairer Preis muss sich aus dem Nutzen, also dem konkreten Patient:innennutzen, ableiten lassen und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistung berücksichtigen. Er muss in Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem bzw. der jeweiligen Hersteller:in bestimmt werden. Zusätzlich muss dieser verhandelte Preis rückwirkend ab dem ersten Tag nach Markteinführung gelten.

Qualität vor Quantität auch in der digitalisierten Gesundheitsversorgung

Es dürfen nur Anwendungen in die Versorgung gelangen, die nach wissenschaftlichen Kriterien nachweisen konnten, dass sie den Patient:innen nützen und keinesfalls schaden. Auch müssen Anwendungen den Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit entsprechen. Das gilt beispielsweise für Gesundheits-Apps bzw. DiGA.

Aktuelle Aufstellung der gematik hinsichtlich ihrer Rolle und ihrer Ziele überprüfen

Mit der Übernahme der mehrheitlichen Gesellschafteranteile durch den Bund wurden die Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung geschwächt, sodass ein Gestalten und Entgegensteuern z. B. bei Fehlentwicklungen schwierig ist. Dies ist insbesondere auch angesichts gewonnener Kompetenzzuwächse der gematik problematisch.



Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Eine repräsentative Studie der Universität Bielefeld zeigt, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Probleme hat, sich in der Gesundheitsinformationsflut zurecht zu finden und gute Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Seriöse und unseriöse Angebote seien dabei oft nur schwer zu unterscheiden. Das Nationale Gesundheitsportal, ein Webangebot des Bundesministeriums für Gesundheit, ist ein guter Zwischenschritt. Ziel muss es sein, dass die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird.

Das erste Jahr der freien Preisbildung muss entfallen

Der am Ende des AMNOG-Verfahrens zu verhandelnde Erstattungsbetrag soll rückwirkend ab dem ersten Tag nach Markteintritt gelten. So können Anreize verhindert werden, die zum Aufrufen von Mondpreisen verleiten.

Hilfsmittel-Ausschreibungsverbot zurücknehmen

Das Erfolgsmodell der Arzneimittel-Rabattverträge soll auch im Hilfsmittelbereich voll zum Tragen kommen. Seit dem Ausschreibungsverbot im Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist festzustellen, dass sich die Verhandlungen aufgrund unrealistischer Preisforderungen der Hersteller:innen über mehrere Monate hinziehen. Diese liegen, ohne erkennbaren Grund, mitunter 100 bis 200 Prozent über den vorherigen Preisen. Eine Vertragsgestaltung per Ausschreibung würde wieder zu bürokratiearmen Vertragsabschlüssen führen und eine gute Hilfsmittelversorgung gewährleisten.

Stationäre Versorgung | Pflege

In der Breite eine konsequente Qualitätsverbesserung durch Leistungsverdichtung praktizieren

Nicht an jedem Krankenhaus muss jeder Eingriff durchgeführt werden können. Gerade die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass besonders kritische Fälle, wie beispielsweise intensivmedizinische Beatmungsfälle, vor allem an hochspezialisierten Fachkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung konzentriert wurden. Daraus sind für die Zukunft die richtigen Lehren zu ziehen.

Fallpauschalen methodisch weiterentwickeln

Die aktuelle DRG-Systematik setzt Fehl- anreize für eine starke Mengenausweitung von oftmals unnötigen Operationen. Das führt zu einer Personalkonzentration in ohnehin bereits überversorgten Regionen, zu einem Personalmangel in unterversorgten Regionen und damit zu einer Fehlversorgung. Die Tendenz zur OP- und Hochtechnologiemedizin im Krankenhaus muss korrigiert und die Patient:innenorientierung in den Mittelpunkt gestellt werden.

Mit einem dauerhaften Steuerzuschuss die Pflegeversicherung stützen

Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die verlässlich finanziert werden muss. Der Steuerzuschuss muss dauerhaft und verlässlich sein, um die Gefahr einer Finanzierung nach Kassenlage und kurzfristige Beitragssatzerhöhungen zu verhindern.

Beteiligung der privaten Pflegeversicherung (PPV) am gemeinsamen Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Dies wäre solidarisch, da die PPV im Vergleich zur SPV vor allem einkommensstarke Personen mit guten Risiken (geringere Pflegewahrscheinlichkeit) versichert. Nach Ansicht von Expert:innen findet hier aktuell eine Risikoselektion statt. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Finanzielle Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen darf nicht unvermindert weiter steigen, da sonst immer mehr Menschen – trotz Pflegeversicherung – auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind

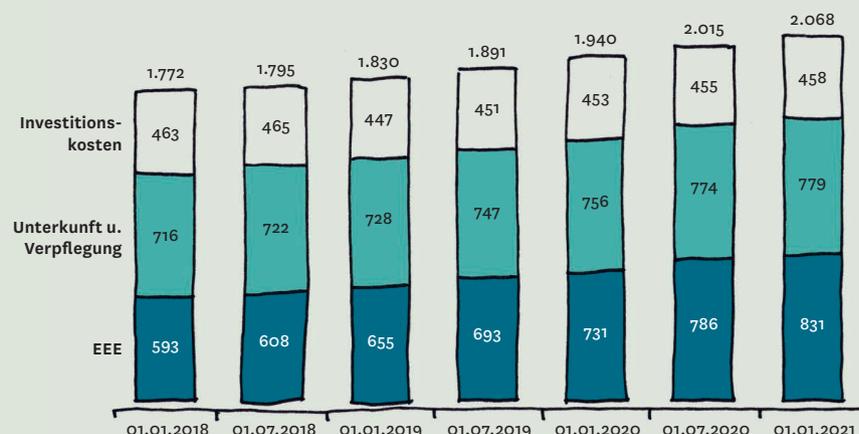
Hier sind dringend politische Lösungen gefordert, da die erfolgten und noch zu erwartenden Mehrbelastungen, z. B. durch verbesserte Tariflöhne in der Pflege, die Belastungen noch weiter steigen lassen bzw. im ambulanten Bereich dazu führen, dass die Pflegebedürftigen sich immer weniger Leistungen einkaufen können.

Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammenfassen

Das entlastet vor allem die pflegenden Angehörigen und sollte flexibel und unbürokratisch in Anspruch genommen werden können.

Finanzielle Belastung* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

in Euro je Monat; 2018–2021; Bundesgebiet



* durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individ. Ausbildungskosten
EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (vor allem Personalkosten)

Quelle: vdek



Die komplette Dokumentation zum Download finden Sie unter: www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/positionen/Gesundheitspolitische_Positionen_2021.pdf



VDEK-PFLEGELOTSE

Erneute Auszeichnung als bestes Vergleichsportal

Bereits zum fünften Mal in Folge ist der vdek-Pflegelotse, ein Suchportal für Pflegeeinrichtungen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), mit dem Preis „Deutschlands beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden. Der Preis wird jährlich vom Fernsehsender ntv und dem Deutschen Institut für Service-Qualität (DISQ) für besonders gute Internetauftritte vergeben. Wer das Rennen macht, bestimmen die Verbraucher. In einer Onlinebefragung haben ntv und DISQ rund 45.000 Kundenmeinungen zu 640 Online-Portalen aus unterschiedlichen Branchen eingeholt. Bewertet wurden Aspekte wie Qualität und Vielfalt der angebotenen Leistungen, Kontaktmöglichkeiten und Informationsgehalt. Der vdek-Pflegelotse erhielt den Award in der Kategorie „Vergleichsportale Pflegedienste & Pflegeheime“.

Der vdek-Pflegelotse bietet Hilfe bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung. Neben Angaben zu Größe, Lage und Kosten informiert er anhand objektiver Prüfergebnisse auch über die Qualität der Einrichtungen. Aktuell bietet der vdek-Pflegelotse Informationen zu rund 15.000 stationären Pflegeeinrichtungen und 16.000 ambulanten Pflegediensten, die ständig aktualisiert werden. Darüber hinaus gibt die Website Auskunft über Angebote zur Unterstützung im Alltag, etwa zu Betreuungsangeboten und Hilfe im Haushalt. Der vdek-Pflegelotse ist unabhängig, werbefrei und kostenlos.

Der Pflegelotse wird auch von den Innungskrankenkassen, der Knappschaft und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau genutzt und gehört somit zu den Marktführern unter den Suchportalen für Pflegeeinrichtungen. *pm*

www.pflegelotse.de

DSO

Organspendezahlen sind stabil

Anders als in anderen Ländern sind die Organspendezahlen in Deutschland während der Corona-Pandemie stabil geblieben. Das berichtet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Im letzten Jahr habe jeder der 913 Spender durchschnittlich mehr als drei schwerkranken Patienten die Chance auf ein neues Leben ermöglicht. Derzeit warten in Deutschland rund 9.000 Menschen auf ein Spenderorgan.

Einen Anstieg verzeichnete die DSO bei den organspendebezogenen Kontakten. Diese sind im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozent gestiegen, das heißt in 1.080 Fällen nahmen die Kliniken die Unterstützung der DSO als Koordinierungsstelle für die Organspende in Anspruch, die von der allgemeinen Beratung bis zur eigentlichen Organspende reicht.

„Dies zeigt, dass das Denken an die Organspende in den Krankenhäusern immer mehr zur gelebten Normalität wird. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, die vom am 1. April 2019 in Kraft getretenen ‚Gesetz zur Verbesserung der Strukturen und der Zusammenarbeit bei der Organspende‘ eingeschlagen wurde. Die gesetzlichen Voraussetzungen für bessere Organspendezahlen sind daher vorhanden“, so Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO. Durch eine eigene, selbstbestimmte Entscheidung könne jeder Einzelne zudem dazu beitragen, dass seinem Willen entsprochen werde, Angehörige entlastet würden und Patienten, die auf ein lebensrettendes Organ warten, geholfen werde.

Ob man Organe spenden würde oder nicht, sei eine sehr persönliche Entscheidung, betont Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. „Aber eine Entscheidung, die Leben retten kann. Darum sollte sich jeder diese Frage stellen und den eigenen Willen dokumentieren, schriftlich im Organspendeausweis oder künftig im Online-Register.“ *pm*

www.dso.de

SELBSTHILFE

Förderung des großen Engagements

„Das große Engagement der Selbsthilfe für die Unterstützung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen steht dank der Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen auf finanziell guter Basis“, erklärt die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke. Die gesetzliche Grundlage für die Förderung der Selbsthilfe bildet § 20h SGB V. Hier ist geregelt, dass die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände Selbsthilfegruppen und -organisationen fördern.

Die gesundheitliche Selbsthilfe ist wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige finden in Selbsthilfegruppen Rat und Unterstützung, teilen ihre Probleme, finden gemeinsame Lösungen und helfen dabei sich und anderen Betroffenen.

Bundesweit gibt es etwa 100.000 Selbsthilfegruppen zu nahezu jeder Erkrankung und Behinderung, in denen sich rund 3,5 Millionen Menschen gegenseitig unterstützen. Deren Dachorganisation der Bundesverbände, die BAG SELBSTHILFE, ist als eine der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten beratend an der Weiterentwicklung und konkreten Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland beteiligt.

„Selbsthilfe ist ein herausragendes Beispiel für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz“, betont Schmidtke. Der Austausch von Erfahrungen und Informationen, gegenseitige Unterstützung und Solidarität seien gerade für chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung im Umgang mit ihrer Erkrankung oder Beeinträchtigung häufig unverzichtbar. *pm*

www.bag-selbsthilfe.de

MDS

Anträge für Strukturprüfungen

Krankenhäuser können derzeit die Begutachtung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) beantragen. Grundlage dafür ist die Ende Februar 2021 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) erlassene Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“. Die Richtlinie wurde am 20. Mai 2021 vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt. Die Anträge sind bei den zuständigen Medizinischen Diensten (MD) auf Landesebene zu stellen.

„Mit der Veröffentlichung der Richtlinie wird Transparenz über den Ablauf und den Inhalt der Prüfungen hergestellt und eine einheitliche Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes ermöglicht“, so MDS-Geschäftsführer Dr. Stefan Gronemeyer. „Mit dieser Richtlinie soll eine gute Grundlage für eine kooperative Zusammenarbeit der Kliniken mit dem Medizinischen Dienst in diesem neuen Prüffeld gelegt werden.“

Die Strukturprüfungen sind Voraussetzung dafür, dass Krankenhäuser bestimmte Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.

Das betrifft insgesamt 53 verschiedene Krankenhausleistungen. Mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert. Um die kontinuierlich ansteigende Zahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren, wurde die prospektive Überprüfung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln durch den MD eingeführt (§ 275d SGB V). Krankenhäuser haben zukünftig die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den MD begutachten zu lassen, bevor sie Leistungen bei den Krankenkassen abrechnen können. Damit wurde mehr Rechts- und Planungssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen geschaffen. *pm*

www.mds-ev.de

G-BA

Studien bei Orphan Drugs gut möglich

Insgesamt 15 Beschlüsse zum Zusatznutzen von neuen Arzneimitteln hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kürzlich getroffen. „Für mich zeigen sich hier exemplarisch drei Dinge“, so Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel. „Aussagekräftige Studien sind auch bei Orphan Drugs, also Medikamenten gegen seltene Leiden, möglich. Sogar Medikamente zur Behandlung chronischer Erkrankungen können zu beachtlichen Urteilen führen. Die erneute Bewertung zu einem späteren Zeitpunkt nach der Zulassung ist ein gutes Instrument, weitere Daten und ein differenzierteres Ergebnis zum Zusatznutzen zu erhalten. Genau das macht die Arzneimittelversorgung für Patientinnen und Patienten besser und sicherer.“



Foto: James Thew/Adobe Stock

Bei zwölf der 15 Beschlüsse handelt es sich um die Bewertung von Orphan Drugs. Um die Forschung zur Arzneimittelentwicklung für seltene Erkrankungen zu fördern, gilt für Orphan Drugs bei der Bewertung des Zusatznutzens ein vereinfachtes Verfahren und der Zusatznutzen wird als gegeben angenommen. Lediglich das Ausmaß des Zusatznutzens und dessen Wahrscheinlichkeit müssen bestimmt werden.

„Wir sehen bei vielen Orphan Drugs mittlerweile gute Studienqualität. Dies ist ein wichtiges Signal. Es nimmt Kritikern den Wind aus den Segeln, denn es zeigt: Hervorragende Studien sind selbst bei kleinen Patientengruppen möglich. Auch für sie gilt der Anspruch, Nutzen und Risiken der Arzneimitteltherapie anhand von Daten einschätzen zu können“, so Hecken.

www.g-ba.de

INNOVATIONSAUSSCHUSS

123 Ideenskizzen zu neuen Versorgungsformen

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat 123 Ideenskizzen für neue Versorgungsformen erhalten. Zum themenoffenen Bereich der Förderbekanntmachung erreichten den Innovationsausschuss weitere 19 Ideenskizzen.

Die Ideenskizzen für neue Versorgungsformen verteilen sich auf folgende Themenfelder:

- Weiterentwicklung der Versorgung durch Digitalisierung: 25
- Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke und -pfade: 40
- Psychotherapeutische Versorgung vulnerabler Gruppen: 15
- Prävention und Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen: 7
- Lehren aus der Covid-19-Pandemie für die Weiterentwicklung der Versorgung: 5
- Ein guter Start ins Leben durch eine vernetzte Versorgung: 12

Im Förderbereich der neuen Versorgungsformen werden die Projekte in einem zweistufigen Verfahren ausgewählt.

Dabei reichen die Projektverantwortlichen zunächst eine Ideenskizze ein, die die wesentlichen Inhalte des geplanten Projekts vorstellt. Auf Basis dieser Skizze entscheidet der Innovationsausschuss, welche Ideen finanziell im Sinne der Ausarbeitung eines Vollertrags gefördert werden. Aus den dann eingereichten Vollerträgen werden aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht mehr als 20 Projektvorhaben ausgewählt, die mit der für die Durchführung des jeweiligen Projekts erforderlichen Fördersumme unterstützt werden. Anschließend haben die Projekte drei Jahre Zeit, um ihr Vorhaben umzusetzen. Ziel des Verfahrens ist es, die bestmöglichen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung und Evaluation eines Projekts zu schaffen und die Bildung von neuen Partnerschaften, gerade auch für komplexe Projektvorhaben, zu ermöglichen. *pm*

www.g-ba.de



BIBLIOTHEK

LEBERGESUNDHEIT

Ein Leberbuch für Laien

Die Leber ist eines der wichtigsten Organe unseres Körpers. Sie ist DIE Schaltzentrale unseres Stoffwechsels: Hormonproduktion, Energiegewinnung, Entgiftung. Allerdings ist sie nicht mit Schmerzsensoren ausgestattet, sodass man ihr schaden kann, ohne es zu merken. Ein Leber-Spezialist und ein Journalist enthüllen die Geheimnisse des faszinierenden Organs: Was dieses leistet, was es krank macht und wie man es sorgsam pflegt.



Prof. Dr. Ansgar W. Lohse und Ulf C. Goettges
Das Schweigen der Leber – Die lebenswichtigen Geheimnisse eines stillen Organs
 2021, 271 S., € 16,99
 TRIAS Verlag in der Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

RATGEBER

60 einfache Selbsttests

Mit diesem Ratgeber kann jeder seine Gesundheit und Fitness ganz einfach testen. 60 Selbstchecks, die ohne Vorkenntnisse oder besonderes Zubehör durchgeführt werden können, geben Orientierung in Sachen Gesundheitszustand und Lebensweise. Sehkraft, körperliche und geistige Fitness stehen ebenso auf dem Prüfstand wie Ernährung, Schlaf- und Rückengesundheit oder der Zustand von Herz, Lunge, Nieren, Leber und Knochen. Neben konkreten Handlungsempfehlungen fasst ein Infoteil die wichtigsten Fakten zu den jeweiligen Gesundheitsthemen zusammen.



Christian Zehenter
Der Große Gesundheits-Selbstcheck
 2020, 296 S., € 19,99
 humboldt / Schöningh Verlagsgesellschaft, Hannover

JAHRBUCH

Überblick über das Sozialrecht

Das Jahrbuch des Sozialrechts gibt einen zusammenfassenden Überblick über den aktuellen Stand dieses Rechtsgebiets. Es wendet sich an alle, die in den verschiedenen Bereichen des Sozialrechts tätig sind. Beiträge von Spezialisten aus Wissenschaft und Praxis liefern Informationen zu allen Bereichen der Sozialversicherung, zu Arbeitsförderung und Grundsicherung für Arbeitsuchende, zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, zur sozialen Entschädigung, zum Eltern- und Kindergeld, zur Sozial- und Jugendhilfe, zum Prozessrecht sowie zum europäischen und internationalen Sozialrecht.



Prof. Dr. Peter Udsching und Prof. Dr. Christian Rolfs (Hg.)
Jahrbuch des Sozialrechts – Dokumentation für das Jahr 2019
Gesetzgebung – Verwaltung – Rechtsprechung – Literatur
 Reihe: Jahrbuch des Sozialrechts
 Band 41, 2020, 573 S., € 152
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Schutz der Sozialdaten

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

Prof. Dr. Peter Becker (Hg.)
SGB X – Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten
 2. Lfg., 04/2020, € 64,20; 3. Lfg., 09/2020, € 64,20.
 Gesamtwerk 4.084 S. in drei Ordnern, € 154
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Sozialrechtliche Vorschriften

Der Kommentar bietet alle relevanten arbeits- und sozialrechtlichen Vorschriften rund um die Themengebiete Entgeltfortzahlung an Feiertagen und im Krankheitsfall, bei Kuren und infolge einer Organ- oder Gewebespende, Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherungen, Mutterschaftsgeld, Besonderheiten bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen.

Dr. Gerhard Knorr, Prof. Dr. Otto Ernst Krasney
Entgeltfortzahlung – Krankengeld – Mutterschaftsgeld
 1. Lfg., 04/2020, € 50,80; 2. Lfg., 09/2020, € 55,60.
 Gesamtwerk 1.578 S. in einem Ordner, € 94
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Vertragsärztliche Versorgung

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

Dr. Christian Wittmann (vormals von Rolf Liebold, Dr. Thomas Zalewski und Dr. Ralf Kremer)
Kassenarztrecht
 1. Lfg., 05/2020, € 55,20; 2. Lfg., 06/2020, € 51,40;
 3. Lfg., 09/2020, € 55,40. Gesamtwerk 3.717 S. in drei Ordnern, € 162
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

KOMMENTAR

Krankenversicherungsrecht in der Praxis

In der Neuauflage erläutern ausgewiesene Experten des Krankenversicherungsrechts das SGB V durchgängig fundiert und prägnant in einem Band. Schwerpunkte der Kommentierung sind: versicherter Personenkreis, Leistungsrecht, Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, Verbände der Krankenkassen und Finanzierung. Ein umfassendes Sachregister hilft beim raschen Auffinden der gesuchten Information. Berücksichtigung finden unter anderem die umfangreichen Änderungen und Neuerungen durch das Digitale-Versorgung-Gesetz, das Implantatregister-Errichtungsgesetz sowie das MDK-Reformgesetz.



Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. (EHI),
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar
7. Auflage 2020, LI, 2.716 S.,
€ 149
Verlag C. H. Beck, München

KOMMENTAR

Regelungswerkvertragsärztliche Versorgung

Der zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband abgeschlossene Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) als einheitlicher Vertrag für alle Kassenarten ist das zentrale Regelungswerk zur Gewährleistung bundesweit einheitlicher Standards für die vertragsärztliche Versorgung. Die Regelungen umfassen die Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Qualitätssicherung, Grundsätze (Arztwahl, Vertretung, Sprechstunden), Vordrucke und Bescheinigungen, Regelungen zur Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung der erbrachten Leistungen sowie deren Vergütung.



Dr. Herbert Schiller (Hg.)
Bundesmantelvertrag Ärzte – Kommentar zum gemeinsamen BMV-Ä
2. Auflage 2021, XXV, 646 S., € 79
C. F. Müller Verlag, Heidelberg

HEBAMMENGESETZ

Gesetzes- und Verordnungs-begründungen

Mit dem neuen Hebammengesetz liegt zum ersten Mal ein Gesetz auf dem Gebiet der bisher berufsfachschulisch ausgebildeten Heilberufe vor, für die nun eine Hochschulausbildung in Form eines dualen Studiums verpflichtend vorgesehen ist. Das Werk enthält das Hebammengesetz und die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen sowie die wesentlichen Teile der amtlichen Begründungen hierzu. Eigenständig kommentiert werden zentrale Vorschriften des Hebammengesetzes. Die Richtlinie 2005/36/EG und die für Hebammen einschlägigen Anhänge zur Richtlinie sind ebenfalls abgedruckt.



Prof. Dr. jur. Gerhard Igl
Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG). Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)
2020, XVIII, 379 S., € 69,99
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Materialsammlung zur Krankenversicherung

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

SGB – KV
70. Lfg., 10/2020, € 137,90; 71. Lfg., 01/2021, € 137,90;
72. Lfg., 04/2021, € 137,90. Gesamtwerk in zwei Ordnern,
€ 150
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Umzug und Trennungsgeld

Der Kommentar zum Umzugskostenrecht einschließlich Trennungsgeld bietet den Praktikern in allen Zweigen der Bundesverwaltung wertvolle Informationen und Hilfen zur Fallbearbeitung. Er ist von Praktikern verfasst, die das Umzugskosten- und Trennungsgeldrecht in all seinen Verästelungen überschauen, ohne dabei den Gesamtkontext zu verlieren.

Rolf Biel
Umzugskostenrecht des Bundes
104. Lfg., 10/2020, 250 S., € 79,90. Gesamtwerk 2.950 S.
in zwei Ordnern, € 99 bei Fortsetzungsbezug, € 259 bei
Einzelbezug, Digitalausgabe für 1–2 Nutzer im Jahres-
abonnement € 209 (inkl. Updates)
Verlag W. Reckinger, Siegburg

Neues zum Bundesreisekostengesetz

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

Rolf Biel
Reisekostenrecht des Bundes
110. Lfg., 11/2020, 202 S., € 69,90. Gesamtwerk 2.642 S.
in zwei Ordnern, € 99 bei Fortsetzungsbezug; € 259 bei
Einzelbezug, Digitalausgabe für 1–2 Nutzer im Jahres-
abonnement € 209 (inkl. Updates)
Verlag W. Reckinger, Siegburg



KOMMENTAR

Erläuterungen zum Schwerbehindertenrecht

Das Werk gibt Auskunft zu allen praxisrelevanten Fragen des Schwerbehindertenrechts. Kommentiert sind das SGB IX, das Behindertengleichstellungsgesetz sowie die Verordnungen zum Schwerbehindertenrecht, insbesondere die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung. Die Neuauflage setzt die Neukommentierung der Voraufgabe fort und vervollständigt die letzten Änderungen der SGB-IX-Reform. Berücksichtigt wird das Bundesteilhabegesetz inklusive der Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Reha-Trägern. Wichtigste Neuerung ist die aus dem SGB XII überführte Eingliederungshilfe, die umfassend kommentiert wird.



Dr. Dirk Neumann, Dr. Ronald Pahlen, Prof. Dr. Stefan Greiner, Prof. Dr. Jürgen Winkler, Jürgen Jabben
Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
 Beck'sche Kommentare zum Arbeitsrecht
 Band 10, 14. Auflage 2020, XXVI, 1.151 S., € 115
 Verlag C. H. Beck, München

Buchführung in der Sozialversicherung

Das Standardwerk zum Rechnungswesen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Rechnungswesen der sozialen Pflegeversicherung erläutert praxisgerecht und fundiert die Inhalte der einzelnen Positionen beider Kontenrahmen in ihrer sachlichen und zeitlichen Abgrenzung. So ist es möglich, Einnahmen und Ausgaben im Raster der Kontenrahmen richtig zuzuordnen.

Bernhard Knoblich, Gregor Pier

Kontenrahmen

1. Lfg., 05/2020, € 59,60; 2. Lfg., 06/2020, € 55,60;
3. Lfg., 11/2020, € 66,80. Gesamtwerk 1.526 S. in einem Ordner, € 102

Erich Schmidt Verlag, Berlin

KOMMENTIERUNG

Ausgangs- und Kontaktsperren

Die Coronavirus-Pandemie hat das öffentliche Leben in Deutschland seit März 2020 stark verändert. Schließungen von Gastronomiebetrieben und Geschäften sowie Ausgangs- und Kontaktsperren haben ihre erforderlichen Rechtsgrundlagen im Infektionsschutzgesetz. Zur Durchsetzung der Regelungen finden sich in den §§ 73 bis 75 Bußgeld- und Straftatbestände. Der Kommentar – ein aktualisierter Auszug aus Erbs/Kohlhaas, Strafrechtliche Nebengesetze (dort: S. 57) – soll Hilfestellung bei der Bewältigung dieser Materie geben.



Peter Häberle und Dr. Hans-Joachim Lutz
Infektionsschutzgesetz
 Beck'sche Kompakt-Kommentare
 2020, 125 S., € 29
 Verlag C. H. Beck, München

Kommentar zur Arbeitsförderung

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt von 2012 wurde das SGB III grundlegend überarbeitet. Dezentrale Entscheidungskompetenzen wurden gestärkt und das Instrumentarium der aktiven Arbeitsförderung flexibilisiert. Die Neuauflage des Kommentars bietet lösungsorientierte Hinweise zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und Unterstützung für Rechtsanwendung.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

SGB III - Arbeitsförderung

4. Lfg., 07/2020, € 64,60; 5. Lfg., 08/2020, € 66,60;
6. Lfg., 09/2020, € 68,20; 7. Lfg., 11/2020, € 65,20.

Gesamtwerk 4.970 S. in drei Ordnern, € 254
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

ZAHNGESUNDHEIT

Ernährungsprinzipien für gesunde Zähne

Falsche Ernährung ist eine der Hauptursachen von Karies und anderen Zahn- und Zahnbett-Erkrankungen. Doch wie hängt die Zahngesundheit mit der Ernährung zusammen? Humorvoll und verständlich führen die Autoren sechs (Ernährungs-)Prinzipien ein, die für gesunde Zähne sorgen. Eine pflanzenbasierte, ballaststoffreiche Ernährung mit entzündungshemmenden Fettsäuren und präbiotischen Lebensmitteln sind der Schlüssel zum Erfolg. Beide Mediziner erläutern, wie eine solche Ernährung gegen Karies, Parodontitis und viele Allgemeinerkrankungen schützt. Leckere Rezepte erleichtern die Ernährungsumstellung.



Dr. Johan Wölber und Dr. Christian Tennert
Die Ernährungs-Zahnbürste – Die effektive Langzeitformel gegen Karies, Parodontitis und Übergewicht
 2020, 204 S., € 26,99
 Unimedica im Narayana Verlag, Kanders

Recht der Krankenversicherung

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

Olaf Rademacker (Hg.)

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

7. Lfg., 07/2020, € 71,20; 8. Lfg., 08/2020, € 70,80;
9. Lfg., 09/2020, € 60,80; 10. Lfg., 10/2020, € 65,20;
11. Lfg., 11/2020, € 61,60. Gesamtwerk 11.106 S. in sieben Ordnern, € 208

Erich Schmidt Verlag, Berlin



STECKBRIEF

Klaus Holetschek

Alter 56

Wohnort Memmingen

Tätigkeit Bayerischer Staatsminister für
Gesundheit und Pflege (CSU)

Ausbildung Jurist

Hobbys Laufen, Wandern

Liebblingsgericht Kasspatzn und Krautkrapfen

Gesundheit bedeutet für Sie ...

... Sebastian Kneipp wird der Ausspruch zugeschrieben: „Vergesst mir die Seele nicht!“ Zur Gesundheit gehört für mich deshalb auch ganz klar das seelische Wohlbefinden. Meine Akkus kann ich am besten aufladen, wenn ich Zeit mit meiner Familie verbringe.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Man muss auf seinen Körper hören und sich seinen Ausgleich suchen. Ich gehe gern laufen oder kneippen.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Ich vermute, ich sollte auf das eine oder andere Stück Pizza und Schokolade verzichten.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Ich bin gegen alles versichert, was sinnvoll ist.

Als Versicherter wünschen Sie sich ...

... einen persönlichen Ansprechpartner, der mich bei Fragen kompetent berät.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

In Deutschland haben die Bürgerinnen und Bürger einen niederschweligen Zugang zu hochkarätiger und hochmoderner Medizin – das ist einzigartig in der Welt. Und ich schätze sehr, dass hier so viele qualifizierte, engagierte und zugewandte Menschen in Medizin und Pflege arbeiten. Es ist Zeit, dass wir nun die Arbeitsbedingungen in der Pflege anpassen.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Wir könnten weniger bürokratisch und mehr „out of the box“ denken. Ich glaube, dass diese Krise auch eine Chance sein kann, uns zu verändern – die Bürokratie steht da an erster Stelle.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Ich bin ganz gerne ich.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Zuhören, hinschauen, anpacken.



Verwandlung

Aus einer Mücke einen Elefanten machen. Diese Redewendung, mit der aufgebauerte Kleinigkeiten vom Gegenüber ironisch kommentiert werden, kennt jeder. Doch die Mücke kann als Krankheitsüberträger tatsächlich zum großen, bedrohlichen Elefanten werden.

Das gilt gerade in der heutigen Zeit, in der nicht-heimische Tier- und Pflanzenarten, angefangen vom Riesen-Bärenklau bis zum Katzenwels, hierzulande auf dem Vormarsch sind – und einige davon eine Gefahr für die heimische Flora und Fauna darstellen. Und für die Menschen. Die schwarzweiß-gestreifte Tigermücke ist dafür ein Beispiel und wird im Mückenatlas als invasive Stechmückenart aufgeführt. Sie hat sich bereits in Süddeutschland ausgebreitet und kann gefährliche Krankheiten wie Denguefieber, Gelbfieber und West-Nil-Fieber übertragen.

Allerdings geschieht das nur, wenn das Tigermückenweibchen das Blut eines Wirts saugt, der Krankheitserreger in sich trägt. Solche Wirte, an denen sich die Mücken infizieren, sind in Deutschland noch äußerst selten. Dagegen soll diese Art in einigen südeuropäischen Ländern für die Übertragung von Tropenkrankheiten verantwortlich sein.

Vorbei sind also die Zeiten, in denen man dachte, gefährliche Krankheiten könnte man sich nur auf Fernreisen einhandeln. Die lästigen Blutsauger vor der eigenen Tür, im Garten oder am Badesee gingen einem zwar gehörig auf die Nerven, galten aber in der Regel als „harmlos“.

Bei der Tigermücke kommt nun beides zusammen: aggressive Stechfreudigkeit (vor allem tagsüber) und ein potenzielles Gesundheitsrisiko. Es wird zwar noch eine Weile dauern, bis sie sich hier etabliert. Doch sie steht quasi schon vor unserer Tür: In Frankreich, Italien und der Schweiz ist sie bereits stark verbreitet. Größtes Einfallstor ist wohl die Autobahn 5, über die sie als „Trittbrettfahrerin“ von Italien nach Deutschland gelangt. Ursprünglich sollen die Tigermücken über den weltweiten Handel mit alten Autoreifen nach Europa gekommen sein und sich in den eingelagerten Wasserlachen vermehrt haben.

Darum heißt es, auf der Hut zu sein, denn selbst abgestandenes Wasser in der Gießkanne könnte der Tigermücke als Brutstätte dienen. Kommen Sie gut und möglichst mückenstichfrei durch den Sommer!

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

Juni 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)