

ersatzkasse magazin.

G20634



Morbi-RSA

Referentenentwurf für
eine faire Kassenwahl
stärkt Wettbewerb

Seelisch gesund aufwachsen

Bedürfnisse von Kindern
erkennen und verstehen

„Patienten noch bes- ser vor fehlerhaften Produkten schützen“

Interview mit den Europa-
abgeordneten Peter Liese (CDU)
und Tiemo Wölken (SPD)

Europawahl

Europa wählt: Vom 23. bis zum 26. Mai 2019 finden die Wahlen zum Europäischen Parlament statt. Auch in der Sozial- und Gesundheitspolitik fallen auf europäischer Ebene Entscheidungen, die für Versicherte von Belang sind

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Vom 23. bis 26. Mai wird in Europa gewählt. Etwa 400 Millionen Bürger von 27 Mitgliedstaaten (ohne Großbritannien) sind aufgefordert, ihre Vertreterinnen und Vertreter in das Europäische Parlament (EP) zu wählen. Die Wahl wird schon als Schicksalswahl bezeichnet, denn immer mehr Rechtspopulisten und EU-Gegner agieren gegen Europa. Als überzeugte(r) Europäer(in) ist es daher wichtig, sich an der Wahl zu beteiligen und damit auch Europa eine Stimme zu geben.

Auf eine starke Mobilisierung der Bürgerinnen und Bürger hofft auch die Association Internationale de la Mutualité (AIM) mit Christian Zahn, der seit 2014 Präsident dieses internationalen Dachverbandes von Krankenversicherern auf Gegenseitigkeit ist. Die AIM hat zusammen mit der französischen Fédération Nationale de la Mutualité Française ein (sehr lesenswertes) Manifest veröffentlicht, das zu einem sozialeren, solidarischeren und integrativeren Europa aufruft. Ein wichtiges Anliegen vor dem Hintergrund der wirtschafts-, sozial- und geopolitischen Veränderungen in Europa. Und auch wenn die Gesundheitspolitik für die Parteien in Deutschland nicht die oberste Priorität hat, so stehen in diesem Politikfeld wichtige Themen an: zum Beispiel die Entwicklung von EU-Standards für digitale Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA), die Steuerung des Arzneimittelmarktes auf europäischer Ebene durch eine effektive Nutzenbewertung oder die Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen durch einen gemeinsamen Aktionsplan, wie die EU-Abgeordneten Dr. Peter Liese (CDU) und Tiemo Wölken (SPD) im Interview mit *ersatzkasse magazin*. darlegen.

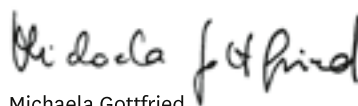
In Deutschland diskutiert die Krankenkassenwelt derzeit über den Entwurf

eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG). Der Gesetzentwurf orientiert sich an den beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) und sieht neben der dringend notwendigen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auch eine Neugestaltung des Wettbewerbsrahmens für die gesetzlichen Krankenkassen vor. Dazu gehören die Öffnung aller Krankenkassen sowie die Einführung einer einheitlichen Aufsicht. Die Ersatzkassen unterstützen das Gesamtpaket, denn es sorgt dafür, dass der Wettbewerb wieder in die richtigen Bahnen gelenkt wird.

Um Stärkung der Elternkompetenz geht es bei neuen Merkblättern und Filmen zur seelischen Entwicklung von Kindern. Die gesetzlichen Krankenkassen haben gemeinsam mit ärztlichen Organisationen, der Deutschen Liga für das Kind, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen Infoblätter entwickelt, die den Eltern in den Kinderarztpraxen bei den U1- bis U9-Vorsorgeuntersuchungen mitgegeben werden. Gesund aufwachsen bedeutet eben mehr als nur körperliches Wohlbefinden. In der Kindheit wird der Grundstein für die seelische Entwicklung gelegt.

Und nun, liebe Leserinnen und Leser, lassen auch Sie mal die Seele baumeln bei hoffentlich frühlingshaften Temperaturen. Aber vergessen Sie nicht. Am 26. Mai wird in Deutschland gewählt!

Ihre



Michaela Gottfried



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt 2/2019

POLITIK

vdek-Frühlingsfest mit Gastredner Jens Spahn	7
Neue Webseite zur Sozialen Selbstverwaltung	9
Pflegebegutachtung: Zufriedenheit der Versicherten	10
Das Psychotherapeutengesetz wird erwachsen	12
Referentenentwurf für eine faire Kassenwahl	14
Einwurf: Gute Versorgung	17

AUS DEN KASSEN

BARMER-Arztreport zum Reizdarmsyndrom	18
---	----

IM FOKUS SEELISCH GESUND AUFWACHSEN

Von der Idee zur Gemeinschaftsinitiative	22
Statements zum Projekt	24
Unterstützung und Beratung	25
Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren	26

TITEL EUROPAWAHL

Für ein gemeinsames soziales Europa von morgen	29
Drei Fragen an Christian Zahn (AIM)	31
Wahlprogramme der Parteien	32
Drei Fragen an Ilka Wölfe (DSV)	35
Interview: Peter Liese (CDU) und Tiemo Wölken (SPD)	36
Glossar: Wichtige Begriffe rund um die EU	40

VERMISCHTES

Wegweiser für Beruf und Pflegeverantwortung	44
Für Sie gelesen: Bibliothek	46
Steckbrief: Ilka Wölfe	49
PS: Hauptsache auftanken!	50



TITELTHEMA

Europawahl

Vom 23. bis zum 26. Mai 2019 finden innerhalb der Europäischen Union (EU) die Wahlen zum Europäischen Parlament (EP) statt. Rund 400 Millionen Bürger in insgesamt 27 Mitgliedstaaten sind aufgerufen, die zukünftig 705 Sitze des EP durch ihre Stimmabgabe neu zu besetzen. Die Parteien haben sich in ihren Wahlprogrammen positioniert. Zugleich rufen die Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) und die Association Internationale de la Mutualité (AIM) in einem gemeinsamen Manifest zu einem sozialeren, solidarischeren und integrativeren Europa auf.

INTERVIEW

„Patienten noch besser vor fehlerhaften Produkten schützen“

Zu den Abgeordneten im Parlament der Europäischen Union (EU) gehören auch Dr. Peter Liese (CDU) und Tiemo Wölken (SPD). Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. erläutern die Parlamentarier ihre Positionen zu dringlichen Themen der europäischen Gesundheitspolitik, etwa der Qualitätssicherung von Medizinprodukten, explodierenden Kosten im Arzneimittelbereich und der länderübergreifenden Digitalisierung. Dabei betonen sie den Stellenwert des EU-Parlaments und damit auch die Bedeutung jeder einzelnen Stimme.



IM FOKUS

Seelisch gesund aufwachsen

In den letzten Jahren ist es zu einem deutlichen Wandel im Krankheitsspektrum gekommen. Dieser zeigt sich in einer Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen bereits im Kindesalter. Um dem entgegenzusteuern, ist es wichtig, Eltern zu informieren, wie sie zu einer gesunden seelischen Entwicklung ihrer Kinder beitragen können. Mit den Merkblättern „Seelisch gesund aufwachsen“ wollen die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Partner die Eltern dabei unterstützen, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und zu verstehen.

PERSONALIEN

Wechsel im GKV-Vorstand



Gernot Kiefer

Am 19. März 2019 hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes einstimmig entschieden, Gernot Kiefer ab 1. Juli 2019 die Funktion des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden zu übertragen. Damit ist die Nachfolge von Johann-Magnus v. Stackelberg geregelt, der am 30. Juni 2019 in den Ruhestand geht.

Gernot Kiefer ist seit dem 1. April 2010 Mitglied des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes. Seine neue Funktion wird er im Sommer dieses Jahres übernehmen. Seine bisherige Position als Vorstandsmitglied wird ab dann von Stefanie Stoff-Ahnis wahrgenommen, die als Nachfolgerin von Johann-Magnus v. Stackelberg neu in den Vorstand einzieht. [pm](#)

Neuer PKV-Direktor



Florian Reuther

Der langjährige Geschäftsführer und Leiter der Rechtsabteilung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), Florian Reuther (43), hat zum 1. März 2019 das Amt des Direktors und geschäftsführenden Vorstandsmitglieds des Verbandes übernommen. Er folgt damit Volker Leienbach nach, der nach 17 Jahren an der Spitze in den Ruhestand getreten ist. [pm](#)

Die aktuelle Zahl

3,5

Milliarden Euro Minus hat die Pflegeversicherung im vergangenen Jahr gemacht und auf ihre Finanzreserve zurückgreifen müssen. Diese schmolz auf etwa 3,37 Milliarden Euro. Ende 2017 betrug die Rücklage noch 6,9 Milliarden Euro.

BMG

Kommission zum Verbot der Konversionstherapien

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat am 10. April 2019 die Mitglieder einer Fachkommission berufen, die Vorschläge für ein wirksames Verbot von sogenannten Konversionstherapien erarbeiten soll. Die Kommission wird fachlich von der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld begleitet.

Jens Spahn: „Homosexualität ist keine Krankheit und nicht therapiebedürftig. Deswegen bin ich für ein Verbot der Konversionstherapie. Das rechtlich zu regeln, ist aber nicht so einfach. Doch ich bin sicher, dass die Fachkommission dazu gute und tragfähige Lösungsansätze entwickeln wird. Auf dieser Grundlage werden wir dann schnell entscheiden, wie und was wir in Deutschland umsetzen können.“ Zu zwei ganztägigen Workshops, die im Mai und Juni stattfinden sollen, werden neben namhaften Vertretern aus Politik und Wissenschaft auch Betroffene von sogenannten Konversionstherapien eingeladen. Auch Institutionen aus dem Ausland, die mit gesetzlichen Verboten bereits Erfahrungen gesammelt haben, sollen an dem Fach- und Erfahrungsaustausch teilnehmen.

Einen Abschlussbericht der Bestandsaufnahme wird das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld voraussichtlich im Herbst veröffentlichen. [pm](#)

G-BA

Innovationsfonds läuft weiter

In einem ersten Zwischenbericht zum Innovationsfonds hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende März 2019 eine positive Bilanz gezogen. Der Innovationsfonds habe sich als Förderinstrument gut etabliert und sei grundsätzlich geeignet, zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beizutragen.

Das BMG hatte die Prognos AG mit der wissenschaftlichen Auswertung der Förderungen aus dem Innovationsfonds beauftragt. Hieraus geht hervor, dass die Förderung über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von jährlich 200 Millionen Euro fortgesetzt werden soll. Hauptziel ist es, erfolgreiche Versorgungsansätze zügig in die Regelversorgung zu überführen. Der Gesetzgeber hatte den Innovationsfonds im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geschaffen.

Im Förderzeitraum von 2016 bis 2018 haben 290 Projekte eine Förderung im Volumen von insgesamt 820 Millionen Euro erhalten. Die laufenden Förderprojekte erproben eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte. Auch die Ersatzkassen sind mit vielen geförderten Projekten dabei, etwa mit dem Programm RESIST, das Ärzte für einen adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen sensibilisiert, sowie mit SaarPHIR (Saarländische Pflegeheimversorgung integriert regelhaft). Das Projekt zielt ab auf die Verbesserung der Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen, indem niedergelassene Ärzte in der Bildung regionaler Versorgungsteams unterstützt werden.

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsfonds soll dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern. Er finanziert sich aus GKV-Mitteln. [nj](#)

VDEK-FRÜHLINGSFEST

Morbi-RSA-Reform zentrales Gesprächsthema



vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner

Am 20. März 2019 hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zu seinem traditionellen Frühlingsfest geladen. Mehrere Hundert Gäste aus Politik und Gesundheitswesen tauschten sich in der Verbandszentrale in entspannter Atmosphäre und bei gutem Essen über aktuelle Themen aus. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hielt ein Grußwort.

Eröffnet wurde der Abend von der vdek-Vorstandsvorsitzenden Ulrike Elsner, die in ihrer Rede das große Engagement des Ministers hervorhob. „Wir finden es gut, dass über die Regeln des Terminservice- und Versorgungsgesetzes die Benachteiligung von Kassenspatienten bei der Terminvergabe nun hoffentlich der Vergangenheit angehört, dass Arztnetze jetzt Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen dürfen und bei den zahnärztlichen MVZ Versorgungsaspekte in den Mittelpunkt gestellt werden.“ Auch die Fokussierung des Gesundheitsministers

auf die Digitalisierung und die Schaffung einer digitalen Infrastruktur für die Versicherten entspreche den Zielen der Ersatzkassen. Nicht zufrieden war Elsner hingegen damit, dass die Bundesregierung zu dem Zeitpunkt noch keine Vorschläge für die dringend erforderliche Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) gemacht hatte, die für einen fairen Wettbewerb unverzichtbar sei. Dass Spahn in seinem Grußwort dann genau auf diese Forderung einging und auf dem vdek-Frühlingsfest erstmalig Details zum bereits in der Schublade liegenden Gesetzentwurf andeutete, sorgte für das



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU)

Gesprächsthema des Abends. Spahn sprach an, dass er nicht nur Maßnahmen für eine Reform des Morbi-RSA plane, sondern auch den Umbau der Kassenlandschaft und eine Änderung des Aufsichtshandelns anstrebe. Mittlerweile liegt der Gesetzentwurf für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) vor, doch beim vdek-Frühlingsfest mussten die Gäste noch spekulieren. Heute ist klar, dass Spahns Andeutungen auf die angestrebte bundesweite Öffnung der Regionalkassen und die Schaffung einer einheitlichen Kassenaufsicht durch das Bundesversicherungsamt zielten. Beides wird von den Ersatzkassen grundsätzlich begrüßt. *nj*

> Seiten 14 und 17

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Eigenanteil deckeln

„Aus der SPD ertönt immer nachdrücklicher die Forderung, Heimbewohner vor weiterem Kostenanstieg zu schützen, indem ihr Eigenanteil gedeckelt wird. Wer zahlt denn dann? Diese Frage beantwortet die SPD nicht ehrlich. Parteichefin Andrea Nahles verweist auf die erst zum Jahreswechsel erhöhten Beitragsätze. Damit habe Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) für Kostensteigerungen vorgesorgt. Außerdem verlangt sie einen Zuschuss vom Bund, Steuererhöhungen seien nicht erforderlich. Wer das glaubt, wird selig.“

FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 8.4.2019

Faire-Kassenwahl-Gesetz

„Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat bereits Geschick bewiesen, sich SPD-Erfolge an die eigene Brust zu heften. Ein Beispiel ist die Senkung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitnehmer. Auch sonst ist er lernfähig, wenn er sich davon Erfolge verspricht. Nachdem Franziska Giffey (SPD) es mit ihrem Gute-Kita-Gesetz geschafft hatte, sogar Referentenentwürfe bürgernah zu verkaufen, nannte Spahn sein komplexes Regelwerk zu Versicherungsfinanzen das ‚Faire-Kassenwahl-Gesetz‘.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 6.4.2019

Psychotherapie

„Kassenfinanzierte PsychotherapeutInnen können aber nicht die gesellschaftlichen Defizite im Erziehungswesen, in der Arbeitswelt und in den Familien auf Dauer großflächig reparieren. Wer aufgrund von Stress im Job krank wird, braucht eine tolerantere Arbeitswelt.“

DIE TAGESZEITUNG, 19.3.2019



Fotos (3): vdek/Georg J. Lapata



Einsicht des Monats

„Wir können den Leuten nicht alles vorgeben. Wir brauchen alle in einem Boot: Die Hersteller von Nahrungsmitteln müssen ebenso Verantwortung übernehmen wie jeder Einzelne. Das gilt bei Tabak und Alkohol ebenso wie bei Zucker und Fett.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zum Thema „Darf der Staat sich im Namen der Gesundheit in unser Leben einmischen?“ am 5.4.2019 in Die Welt

QUALITÄTSAUSSCHUSS PFLEGE

Grünes Licht für neuen „PflegetÜV“

Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege hat einstimmig die Darstellung der Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen und der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens in den stationären Pflegeeinrichtungen beschlossen. Damit steht fest, in welcher Form sich Pflegebedürftige und deren Angehörige künftig über die Qualität von Pflegeeinrichtungen informieren können. Unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden Mario Junglas hatte sich der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege in seiner Sitzung am 19. März 2019 mit der Qualitätsdarstellungsvereinbarung befasst und die zwischen den Leistungsträgern sowie den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene noch strittigen Punkte diskutiert.

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung wird auf der Homepage der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege online zum Download bereitgestellt. Damit ist der Weg für die weitere Umsetzung des neuen Qualitätsprüfungssystems in der stationären Pflege frei. Die neuen Qualitätsinformationen werden den gesetzgeberischen Vorgaben entsprechend ab Anfang 2020 veröffentlicht.

pm

www.gs-qa-pflege.de

BREXIT

Versorgungsengpässe bei Medizinprodukten

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat laut eines Berichts des Handelsblattes vom 28. März 2019 in einem Brief an die Europäische Kommission vor möglichen Versorgungsengpässen bei wichtigen Medizinprodukten gewarnt. Kommt es zu einem ungeordneten Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union (EU), könnte es auch zu Versorgungsproblemen in Deutschland kommen. Zahlreiche Implantate, Herzschrittmacher oder Produkte zur Untersuchung von Blutproben benötigten nach einem ungeordneten Brexit eine neue Zulassung. Es sei davon auszugehen, dass zehntausende Medizinprodukte ihre formelle Verkehrsfähigkeit verlieren und damit dem europäischen Markt nicht mehr zur Verfügung stünden, warnt Spahn.

Medizinprodukte werden von „Benannten Stellen“ zugelassen, in Deutschland sind das TÜV-Gesellschaften oder Dekra. Die Zulassung gilt dann für den gesamten EU-Markt. Viele Hersteller haben ihre Produkte in Großbritannien zugelassen, doch die britischen Zertifikate würden bei einem Brexit ihre Zulassung verlieren. Die Produkte dürften dann in der gesamten EU nicht mehr in den Verkehr gebracht werden. Eine Übertragung des Zertifizierungsverfahrens würde nicht vor Ende 2019 abgeschlossen sein.

Spahn fordert die Kommission und andere Mitgliedstaaten auf, einen Krisenplan zu entwickeln. Er plädiert für eine Übergangsregelung und ein beschleunigtes Neuzulassungsverfahren für die bereits in Großbritannien zertifizierten Produkte. pm

GKV-SPITZENVERBAND

Selbstverwaltung stärken

In einer Erklärung vom 19. März 2019 fordert der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes die Politik auf, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Stärkung der Selbstverwaltung umzusetzen. Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung seien die tragenden Säulen der deutschen Sozialversicherung, die soziale Selbstverwaltung das Erfolgsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgestaltung der sozialen Sicherung durch Vertreter der Betroffenen sicherten nicht nur die Vertretung und Einbeziehung von Interessen im Sozialstaat, sondern sorgten auch für eine patienten- und versichertenorientierte, praxisnahe sowie verantwortliche Gestaltung insbesondere des Gesundheitswesens.

Bereits in den letzten Jahren sei der Aufgabenbereich der Selbstverwaltung durch gesetzgeberische Entscheidungen sukzessive eingeschränkt worden, was nicht notwendig gewesen sei, denn die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihrer Verbände sei mit ihren Kompetenzen immer verantwortungsvoll umgegangen. Dennoch seien aktuell weitere tiefgreifende Einschnitte in den Aufgabenbereich der Selbstverwaltung vorgesehen.

Mit dem vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Terminalservice- und Versorgungs-gesetz werde eine gravierende Umgestaltung der Gesellschafterstruktur der gematik vorgenommen. Mit der Übernahme von 51 Prozent der Gesellschafteranteile durch das Bundesministerium für Gesundheit werde die gemeinsame Selbstverwaltung faktisch ausgeschaltet und die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen enteignet. Die gematik werde damit zu einer nachgeordneten Behörde, die Finanzierung erfolgt aber weiterhin aus Mitteln der Beitragszahlenden. Dies ist aus Sicht des Verwaltungsrates nicht akzeptabel und wird entschieden abgelehnt.

pm

www.gkv-spitzenverband.de

INFORMATIONSMAGAZIN

Neue Website über Soziale Selbstverwaltung

TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK, der vdek und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben ihre neue Website www.soziale-selbstverwaltung.de online gestellt. Damit gaben sie den offiziellen Startschuss für ihre bundesweite Informationsinitiative zur Sozialen Selbstverwaltung.

/Text/ Tobias Kurfer und Nadiya Romanova

Eine umfangreiche Webseite, zahlreiche Social-Media-Aktivitäten, intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Die auf vier Jahre angelegte Initiative geht über die früheren Kommunikationsaktivitäten zwischen Sozialwahlen weit hinaus. Kontinuierlich und durchgehend bis zur nächsten Sozialwahl 2023 wollen die Träger über Aufbau, Funktion und Nutzen der Sozialen Selbstverwaltung informieren. Ziel der Maßnahmen ist es, ihre Arbeit noch transparenter zu machen und das Thema zwischen den Sozialwahlen im öffentlichen Bewusstsein wach zu halten. Die neue Informationsinitiative schließt an die vergangene Kampagne zur Sozialwahl 2017 und die intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der letzten Monate zur Sozialen Selbstverwaltung an. Sie soll nahtlos in die Kampagne zur Sozialwahl 2023 überleiten.

Im Mittelpunkt der neuen Initiative steht das Portal www.soziale-selbstverwaltung.de. Die Internetseite richtet sich an eine breite Öffentlichkeit – insbesondere aber an Wahlberechtigte, Medien und Politik. Nutzer finden auf der Seite, wie schon auf www.sozialwahl.de, unter anderem aktuelle Presseartikel und Interviews mit Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern zu aktuellen Themen der Selbstverwaltung – wie die Sicherheit von Medizinprodukten, Organspende, die Arbeit in den Widerspruchsausschüssen oder



Frauengesundheit. Ziel ist es zu zeigen, wie sich die Selbstverwaltung für die Versicherten, Rentner und Arbeitgeber stark macht. Zum Start der Plattform steht das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Zudem enthält das neue Webangebot viele Hintergrundinformationen rund um die Soziale Selbstverwaltung. Weiterentwickelt und erprobt werden sollen neue Dialog-Formate: Nutzer der Website können über Kontaktformulare Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter zu verschiedenen Themen befragen. Natürlich stehen sie auch den Medien als Interviewpartner für Gesundheitsthemen zur Verfügung.

Die Kommunikation über das neue Internetportal wird durch Social-Media-Maßnahmen ergänzt, zum Beispiel durch bebilderte Tweets oder interaktive Facebook-Aktionen. So sollen insbesondere jüngere Versicherte angesprochen werden.

Nach dem Start der Website sind in den nächsten vier Jahren viele weitere Maßnahmen im Rahmen der Informationsinitiative geplant. Darunter Aktivitäten zur Jugendkommunikation und andere Leuchtturmprojekte. ■

www.soziale-selbstverwaltung.de



Tobias Kurfer
Abteilung Kommunikation
beim vdek



Nadiya Romanova
Abteilung Kommunikation
beim vdek



MDK-PFLEGEbegUTACHTUNG

Wie zufrieden sind die Versicherten?

Seit 2014 befragen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Versicherte, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, nach ihrer Zufriedenheit mit der MDK-Pflegebegutachtung. Die bundesweiten Ergebnisse werden jährlich vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) veröffentlicht. Wie sich die Zufriedenheit der Versicherten in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat, zeigt die aktuelle Analyse eines Marktforschungsunternehmens im Auftrag des MDS.

/Text/ Markus Kühbauch und Frank Opitz



W enn der MDK Menschen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse gestellt haben, zu Hause oder in einer Pflegeein-

richtung besucht, bekommen mindestens 2,5 Prozent dieser Versicherten ein paar Tage nach der Pflegebegutachtung einen Fragebogen mit insgesamt 19 Fragen zugeschickt. Im Jahr 2018 besuchte der MDK knapp zwei Millionen Antragsteller. In 16 Fragen zu verschiedenen Aspekten können die Versicherten ihre Zufriedenheit mit drei Antwortmöglichkeiten ausdrücken: zufrieden, teilweise zufrieden oder unzufrieden. Die Fragen betreffen die Vorbereitung des MDK-Besuches, die Durchführung der Pflegebegutachtung, den persönlichen Kontakt und das persönliche Auftreten der MDK-Gutachter. Außerdem haben die Befragten die Möglichkeit, Lob und Kritik in Form von Kommentaren abzugeben. Über die Abfrage der Zufriedenheit hinaus fragt der MDK, wie wichtig die einzelnen Aspekte den Versicherten sind. Die Angeschriebenen zeigen großes Interesse, ihr Feedback zu geben. Etwa 40 Prozent der Fragebögen kommen ausgefüllt zurück. Für die Fünf-Jahres-Analyse wurden die Ergebnisse von insgesamt 91.089 ausgefüllten Fragebögen seit 2014 ausgewertet.

Hohes Maß an Versichertenorientierung attestiert

Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und gesetzlichen Betreuungspersonen sind zufrieden mit der Pflegebegutachtung und attestieren dem MDK ein hohes Maß an Versichertenorientierung. In den vergangenen fünf Jahren ist die Gesamtzufriedenheit der Versicherten von 85,9 Prozent Zufriedenen im Jahr 2014 auf 87,7 Prozent Zufriedene im Jahr 2018 gestiegen. Damit ist es dem MDK gelungen, die Qualität seiner Dienstleistungen für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu verbessern.

In den vergangenen fünf Jahren waren in allen abgefragten Aspekten der Pflegebegutachtung mindestens 80 Prozent der Versicherten zufrieden. Einzige Ausnahme bildete die

Frage nach der Zufriedenheit mit der Beratung zur Pflegesituation. Diese beantworteten die Versicherten mit etwas weniger als 80 Prozent Zufriedenheit. Besonders zufrieden sind die Versicherten mit dem ersten Eindruck des MDK. Im Untersuchungszeitraum sagen zwischen 90 und 95 Prozent, dass sie mit der Terminvereinbarung und dem Anmeldeschreiben des MDK sowie mit der Freundlichkeit der Ansprechpersonen, der Pünktlichkeit und der persönlichen Vorstellung der MDK-Gutachter zufrieden sind. Lediglich die Erreichbarkeit des MDK bei Rückfragen schneidet mit 81,9 Prozent (2014) bzw. 81,4 Prozent (2018) zufriedenen Befragten nicht ganz so gut ab.

Neues Pflegebegutachtungsverfahren wirkt positiv

Die höhere Zufriedenheit der Versicherten mit der Pflegebegutachtung haben die MDK unter anderem durch allgemeine und gezielte Schulungen ihres Personals erreicht. Die Untersuchung zeigt, dass sich auch das 2017 eingeführte neue Pflegebegutachtungsverfahren positiv ausgewirkt hat. Damit können die Gutachter ihr pflegfachliches Wissen besser in die Begutachtung einbringen und auf die Bedarfe der Pflegebedürftigen eingehen. Kognitive und psychische Problemlagen können mit dem neuen Pflegebegutachtungsverfahren besser erfasst werden. Das kommt bei den Versicherten gut an und wirkt sich auf die Bewertung der MDK-Pflegebegutachtung positiv aus.

Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit besonders wichtig

Aus Sicht der Versicherten sind all jene Gesichtspunkte der MDK-Pflegebegutachtung besonders wichtig, die mit dem Ablauf der Pflegebegutachtung und dem persönlichen Auftreten und Verhalten der Gutachter zu tun haben. Ihre Kompetenz, ihre Vertrauenswürdigkeit und ihr Eingehen auf die individuelle Pflegesituation, genügend Zeit und eine verständliche Ausdrucksweise sind aus Sicht der Versicherten die fünf wichtigsten Aspekte – für jeweils mehr als 96 Prozent der Versicherten sind diese Aspekte wichtig. Insofern hat die Zufriedenheit mit diesen Aspekten für die MDK eine besondere Relevanz. Umso

TOP 5 „Das ist mir wichtig bei der MDK-Pflegebegutachtung“

- 1 Die Kompetenz des Gutachters
- 2 Die Vertrauenswürdigkeit des Gutachters
- 3 Das Eingehen auf die individuelle Pflegesituation
- 4 Genügend Zeit, um die für den Versicherten wichtigen Punkte mit dem Gutachter zu besprechen
- 5 Die verständliche Ausdrucksweise des Gutachters

Quelle: Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS)

erfreulicher ist, dass die Mehrheit der Versicherten mit diesen Bereichen seit Beginn der Versichertenbefragung zufrieden ist. Bei den für die Versicherten wichtigsten Aspekten lag der Anteil der zufriedenen Versicherten 2018 zwischen 83 und 91,5 Prozent; im Jahr 2014 waren es zwischen 80,7 und 89,5 Prozent zufriedene Versicherte.

Mehr Beratung gewünscht

Die Analyse aus fünf Jahren Versichertenbefragung zeigt auch Optimierungsbereiche. So wünschen sich die Versicherten, dass die MDK-Gutachter noch stärker auf ihre individuelle Pflegesituation eingehen (83 Prozent waren 2018 damit zufrieden) und sie dazu mehr beraten sollen (78 Prozent waren 2018 damit zufrieden). Auch möchten sie, dass der MDK stärker auf die Unterlagen eingeht, die sie für die Begutachtung zusammengestellt haben. Da in vielen Fällen nicht alle Unterlagen für die Begutachtung relevant sind, arbeiten die MDK daran, noch besser über die bereitzustellenden Unterlagen zu informieren. Bei dem Wunsch nach mehr Beratung zur Pflegesituation der Versicherten kommt der MDK an seine Grenzen, da dies nicht seine Kernaufgabe ist. Die Pflegeberatung liegt vor allem in den Händen der Pflegekassen und der Pflegestützpunkte in den Kommunen. ■



Markus Kühbauch
Fachberater beim MDS



Frank Opitz
Seniorberater bei M+M
(Marktforschung)



REFORM

Das Psychotherapeutengesetz wird erwachsen

Gut 20 Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 hat der Gesetzgeber jetzt mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThG) eine grundlegende Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes vorgelegt. Hierzulande wird die Hälfte aller ambulanten Psychotherapien von den Versicherten der Ersatzkassen in Anspruch genommen. Daher sind das Interesse an einer qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen Versorgung und die Erwartung an die Weiterentwicklung des Psychotherapeutengesetzes entsprechend hoch.

/ Text / Sibylle Malinke

In Zeiten, in denen alle Gesundheitsgruppen im Gesundheitswesen um Nachwuchs ringen müssen, ist eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Ausbildung zu begrüßen. Im Ergebnis muss sie stets gewährleisten, dass die Qualität der Versorgung gesichert oder verbessert wird. Im Kern der vorliegenden Reform stehen Änderungen an der Ausbildung zum Psychotherapeuten. So wird ein neuer fünfjähriger Bachelor-/Masterstudiengang mit anschließender staatlicher Prüfung eingeführt, nach deren Bestehen die Approbation erteilt wird. Bisher waren ein abgeschlossenes Psychologiestudium (alternativ Pädagogik oder Sozialpädagogik für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und eine vertiefende Weiterbildung in einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anerkannten Richtlinienverfahren Voraussetzung für den Fachkundenachweis und damit Voraussetzung für eine vertragsärztliche Tätigkeit.

Gezielte Vorbereitung

Der Vorteil des neu eingeführten „Direktstudiums“ ist sicherlich, dass die Studierenden von Anfang an gezielt auf die Anforderungen als Psychotherapeut vorbereitet werden können. Inwieweit aber die von der Bundesregierung hoch gesteckten Ziele, den Zugang zum Beruf des Psychotherapeuten insgesamt gerechter und attraktiver zu gestalten, erreicht werden können, bleibt abzuwarten. Denn auf der anderen Seite müssen die Studierenden zukünftig bereits vor Beginn des Studiums die Grundsatzentscheidung treffen, Patienten behandeln zu wollen – bislang war dies erst nach Abschluss des Psychologiestudiums mit der Wahl einer Weiterbildung in einem vom G-BA anerkannten Richtlinienverfahren erforderlich.

Weitere berufsrechtlich relevante Änderungen betreffen vor allem den Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA), dessen Vergütung bislang nicht gesichert war. Je nach Ort der Ausbildung erhielten die PIA nicht nur keine Vergütung, sondern mussten sogar noch Gebühren an das Ausbildungsinstitut zahlen, wodurch

sich viele PIA verschulden mussten. Dieser Praxis setzt der Gesetzgeber nun ein Ende. Das ist zu begrüßen.

Hingegen kritisch zu sehen ist die zukünftige Möglichkeit des Psychotherapeuten, Ergotherapie und psychiatrische Krankenpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnen zu können. Diese Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit der Psychotherapeuten ist nicht nachzuvollziehen. Bei der Ergotherapie handelt es sich um eine therapeutische Maßnahme, die insbesondere im Zusammenhang mit schweren somatischen Leiden Anwendung findet, beispielsweise bei Schlaganfall- oder Herzinfarktpatienten oder bei Menschen mit massiven neurologischen Störungen. Hier ist kein unmittelbarer Zusammenhang zur psychotherapeutischen Behandlung erkennbar, auch wenn Ergotherapie einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt. Ganz ähnlich sieht es bei der Verordnung psychiatrischer Krankenpflege aus. Psychotherapeutische Behandlungen fokussieren auf die Psyche, im Bereich der Psychiatrie wird hingegen unter anderem durch den Einsatz von Medikamenten eine sowohl auf Psyche als auch auf Soma abzielende Behandlung durchgeführt. Damit wird eine Patientengruppe adressiert, die in der Regel nicht durch Psychotherapeuten behandelt wird. Entsprechend sollte die Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege Arztgruppen vorbehalten sein, die im unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang tätig sind.

Prüfungs- und Zuständigkeitsbereich des G-BA

Im Lichte der zum Teil nur noch schwer nachvollziehbaren kritischen Debatten in der Politik um die Rolle des G-BA ist es sehr erfreulich, dass mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ein zentraler Kritikpunkt aus dem Referentenentwurf ausgeräumt wurde. Dieser hatte vorgesehen, die psychotherapeutischen Verfahren aus dem Prüfungs- und Zuständigkeitsbereich des G-BA herauszunehmen. In der Folge hätten psychotherapeutische Verfahren, die Gegenstand der Weiterbildung sind, weil sie insbesondere vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG als wissenschaftlich anerkannt begutachtet wurden, auch im Rahmen der

vertragsärztlichen Versorgung automatisch erbracht werden können. Das G-BA-Verfahren, das regelt, welche psychotherapeutischen Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angewendet werden dürfen, wäre faktisch ausgehebelt worden. Eine Betrachtung der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit, wie in § 12 SGB V gefordert, hätte nicht mehr stattfinden können.

Die Ersatzkassen haben sich dafür eingesetzt, das bisherige G-BA-Verfahren beizubehalten. Dem ist der Gesetzgeber gefolgt. Er hat dem G-BA sogar darüber hinaus die Möglichkeit eingeräumt, den Behandlungsbedarf zu konkretisieren und spezifische Behandlungsempfehlungen auszusprechen, und verknüpft die Eintragung ins Arztregister wie bisher auch an eine Weiterbildung in einem vom G-BA anerkannten Verfahren. Auch diese Regelung in § 95c SGB V sollte ursprünglich gestrichen werden.

Gut ist auch, dass der Modellstudiengang zur Kombination aus Psychotherapie und Pharmakologie nicht mehr Eingang in das Gesetz findet. So wie dieser im Referentenentwurf angelegt war, hätte er allenfalls Psychotherapeuten und Pharmakologen „light“ hervorgebracht und die Qualität der Versorgung infrage gestellt.

Patientensicherheit sollte explizites Ziel sein

Leider ist der Gesetzgeber der Forderung der Ersatzkassen, die Patientensicherheit als explizites Ziel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aufzunehmen, nicht nachgekommen. Auch wenn in der Begründung des Gesetzes klargestellt wird, dass auch das Thema „Patientensicherheit“ zu den Studieninhalten gehört, wäre hier ein klareres Bekenntnis seitens der Politik wünschenswert gewesen.

Zusammenfassend sind mit der vorliegenden Fassung der Reform der Psychotherapeutenausbildung wichtige Impulse für die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeuten zu erwarten. Die Rolle des G-BA wird erfreulicherweise gestärkt. Das alles lässt darauf hoffen, dass die psychotherapeutische Versorgung der Versicherten weiterhin auf qualitativ hohem Niveau gesichert werden kann. ■

Gut ist, dass der Modellstudiengang zur Kombination aus Psychotherapie und Pharmakologie nicht mehr Eingang in das Gesetz findet.



Sibylle Malinke
Abteilung Gesundheit
beim vdek

MORBI-RSA

Kassen-Finanzausgleich soll Wettbewerb gerechter machen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 25. März 2019 den Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der GKV (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) vorgelegt. Dieser stärkt den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

/ Text / **Manfred Baumann** und **Jörg Meyers-Middendorf**



Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek



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

Der Referentenentwurf des GKV-FKG ist geeignet, eine faire Wettbewerbsordnung zu schaffen. Die vorgesehene bundesweite Öffnung weiterer Krankenkassen und eine einheitliche Aufsicht schaffen einen einheitlichen Ordnungsrahmen für die GKV. Gut ist, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sich die Auffassungen des Wissenschaftlichen Beirates zu eigen gemacht hat und die Einführung einer Regionalkomponente ein wesentliches Element bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) darstellt. Um faire Wettbewerbsbedingungen auch wirklich erreichen zu können, müssen die vorgeschlagenen Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) als Gesamtpaket verabschiedet werden. Neben den Maßnahmen zur Reform des Morbi-RSA sieht das Gesetz auch

weitreichende Änderungen in den Strukturen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vor. Die geplante Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-SV durch Vorstände der Krankenkassen verändert den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen zulasten der Sozialen Selbstverwaltung. Damit würde ohne Not der den sozialen Frieden prägende Interessenausgleich zwischen den Partnern der Sozialen Selbstverwaltung aufs Spiel gesetzt. Außerdem werden die durch demokratische Wahlen legitimierten Vertreter durch staatliche Eingriffe entmachtet, was nicht ohne Folgen für die untergesetzliche Normgebung des GKV-SV bleiben wird. Die vorgesehenen Regelungen müssen auch im Interesse einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung zurückgenommen werden.

Die wesentlichen weiteren Regelungen des GKV-FKG, insbesondere die zum Morbi-RSA, sind in der nachfolgenden Übersicht synoptisch zusammengefasst:

Reformvorschlag	Bewertung
Einführung einer Regionalkomponente in den RSA	Die Ersatzkassen halten die Einführung einer Regionalkomponente für zwingend geboten und begrüßen den im Referentenentwurf vorgelegten Vorschlag. Das vorgeschlagene „regional-statistische Direktmodell“ ohne angebotsorientierte Faktoren des Wissenschaftlichen Beirats ist ein erster wichtiger Schritt zur Einführung einer Regionalkomponente. Dauerhaft sollte dieses Modell, wie vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten empfohlen, weiterentwickelt werden. Sachgerechte Vorschläge hierzu sind im Gutachten enthalten.
Einführung eines Risikopools	Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure – insbesondere akute – Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Um dem Ziel des Morbi-RSA – nämlich dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden, gerecht zu werden –, ist es aus Sicht der Ersatzkassen sachgerecht, Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool auszugleichen. Die im Referentenentwurf des GKV-FKG vorgeschlagene Regelung, im Risikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro auszugleichen mit einem Selbstbehalt von 20 Prozent für die Krankenkassen, setzt die richtigen Anreize. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.
Einführung eines Krankheits-Vollmodells	Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells – wie jetzt vorgesehen – nur unter folgenden Voraussetzungen für zielführend: • Wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Einnahmoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird. • Wenn wie jetzt vorgesehen eine Ausdifferenzierung der Morbidität analog der existierenden hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) vorgenommen wird. • Wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem multimorbider Patienten und das Verzerrungsproblem im Griff bleiben. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Krankenkassen deutlich abgebaut werden. Ergänzend sind die Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz (Manipulationsbremse) mit einzuführen (siehe Seite 16). Diese Flankierung des Vollmodells ist zwingend erforderlich. Beides, Manipulationsbremse und Vollmodell, können nur als Gesamtpaket Erfolg bringen.





Reformvorschlag	Bewertung
Stärkung der Manipulationsresistenz (Manipulationsbremse) des RSA	Die Ersatzkassen begrüßen alle Maßnahmen, die die Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA begrenzen. Die Einführung von Kodierrichtlinien im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) war ein wichtiger Schritt. Es ist zu begrüßen, dass ein bereits im TSVG geplanter Änderungsantrag nun erneut im Referentenentwurf des GKV-FKG aufgegriffen wird. Ziel der nun erneut aufgegriffenen Maßnahme ist es, vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen generell zu unterbinden, „in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen“ vorgesehen würden. Die vorgesehene Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich ist im Zusammenhang mit dem Vollmodell (siehe Seite 15) zwingend notwendig, um die Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen zu beseitigen.
Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG)	Die Streichung der EMG-Zuschläge wird von den Ersatzkassen begrüßt. Die Zuweisungen stehen dann richtigerweise zur Verteilung nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird dann konsequenter umgesetzt.
Streichung der Programmkostenpauschale bei Disease-Management-Programmen (DMP)	Die Ersatzkassen begrüßen die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich keinen Platz.
Einführung von Altersinteraktionstermen	Altersinteraktionsterme, die durch weitere Zuschläge berücksichtigen sollen, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen, steigern die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells und senken Risikoselektionsanreize gegen bestimmte Versichertengruppen (Unterdeckungen insbesondere bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen und Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten). Die im Referentenentwurf des GKV-FKG vorgeschlagenen Altersinteraktionsterme sind aus Sicht der Ersatzkassen methodisch sinnvoll und beseitigen Schiefagen bei der Deckung von Versichertengruppen, die zum Teil auch durch Kodierbeeinflussung verstärkt werden.
Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA	Statt der bisherigen pauschalen Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabattfaktors je Krankenkasse sollen die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung einfließen. Das beseitigt Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene.
Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA	Eine Vorsorgepauschale in den RSA zur Stärkung der Präventionsorientierung aufzunehmen, ist ein positiver Ansatz.

EINWURF

Gute Versorgung in der Stadt und auf dem Land

Der Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) liegt nun vor und geht inhaltlich weiter, als viele gedacht haben.

/ Text / Ulrike Elsner

Neben der dringend notwendigen Weiterentwicklung des Finanzausgleichs, des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), soll nun auch der Wettbewerbsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen weiterentwickelt werden. Alle Krankenkassen, bis auf die geschlossenen Betriebskrankenkassen, sollen bundesweit geöffnet und für alle Versicherten wählbar werden. Damit würden künftig auch die anderen Krankenkassen nach dem gleichen Geschäftsmodell im Wettbewerb agieren wie die bundesweit tätigen Ersatzkassen. Richtig so: Für alle Krankenkassen gelten damit die gleichen Spielregeln! Die Ersatzkassen unterstützen diese Maßnahmen, während die AOK vor einer „Gefährdung der regionalen Versorgung“ bzw. der „zentralistischen Einheitskasse“ warnt. Doch was ist dran an diesen Argumenten?

Erstens: Eine Öffnung der Krankenkassen führt ganz sicher nicht zu einer Einheitskasse. Im Gegenteil: Es wird den Wettbewerb beflügeln, wenn sich in Zukunft bisher regional organisierte Krankenkassen, wie die AOK, dem Wettbewerb bundesweit stellen müssen. Die Regionalkassen treten damit auch in einen Wettbewerb untereinander. Das gilt für die Ersatzkassen ja schon lange. Wichtig dabei ist auch, dass mit der Öffnung alle Krankenkassen der gleichen Aufsichtsbehörde unterstellt werden, nämlich dem Bundesversicherungsamt (BVA). Gerade das bislang unterschiedliche Aufsichtshandeln – für die Regionalkassen die Länderaufsichten, für bundesweite Kassen das

BVA – hat in der Vergangenheit immer wieder zu Wettbewerbsverzerrungen geführt, gleiche Sachverhalte wurden schon mal ungleich bewertet. Das muss ein Ende haben.

Zweitens: 1993, also zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der großen Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Wahlfreiheit und Vorbereitung des Risikostrukturausgleichs, gab es noch 1.221 gesetzliche Krankenkassen, davon 209 regional organisierte AOK. Durch Fusionen sind es nun in der GKV109 und bei der AOK elf. Viele AOK sind also bereits in mehr als einem Bundesland tätig.

Drittens: Auch die Ersatzkassen sind als bundesweit geöffnete Krankenkassen selbstverständlich vor Ort präsent und kümmern sich um die Versorgung. Die Verträge mit Ärzten und anderen Leistungsanbietern werden durch die vdek-Landesvertretungen als gemeinsame Vertretung der Ersatzkassen im Land verhandelt – hier gilt das gleiche Prinzip wie bei den Regionalkassen. Hinzu kommen zahlreiche Selektivverträge der Ersatzkassen, die auf besondere Bedarfe der Regionen eingehen, seien es beispielsweise telemedizinische Projekte im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern, ein Pflegeheimprojekt in Westfalen-Lippe oder regionale Präventionsprojekte für vulnerable Gruppen.

Der von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vorgelegte Gesetzentwurf für eine faire Kassenwahl in der GKV ist bezogen auf die Finanz- und Wettbewerbsregelungen ein stimmiges Gesamtpaket und wird positiv auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wirken und damit zum Nutzen der Patientinnen und Patienten sein. ■



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was Sie von einer bundesweiten Öffnung aller Kassen halten.

redaktion@vdek.com

BARMER-ARZTREPORT

Häufige Fehlbehandlung bei Reizdarmsyndrom

Unter einem Reizdarmsyndrom mit Durchfall, Krämpfen oder Verstopfung leiden immer mehr Menschen. Darunter zunehmend Jüngere. Weit verbreitet ist die Scham, über die Krankheit und ihre Symptome zu sprechen, auch gegenüber den Ärzten. Zudem zeigen sich Defizite bei Diagnostik und Behandlung. Hier wird viel Geld ausgegeben, oft unnütz und ohne Erfolg. Grund genug für den aktuellen BARMER-Arztreport, die Volkskrankheit zum Schwerpunktthema zu machen.

/Text/ Thorsten Jakob



Bei rund einer Million Menschen in Deutschland wurde im Jahr 2017 die Diagnose Reizdarmsyndrom gestellt. Das geht aus der Auswertung von Routinedaten der 9,2 Millionen BARMER-Versicherten hervor. Die Dunkelziffer ist allerdings vermutlich mehr als zehnmal so hoch. Das lässt sich jedenfalls aus Befragungsstudien schließen, nach denen in Deutschland bis zu 16 Prozent der Bevölkerung, also gut elf Millionen Menschen, an chronischen Verdauungsproblemen leiden. Diese Diskrepanz ist ein deutliches Indiz dafür, dass die Erkrankung nach wie vor ein Tabuthema ist. Viele empfinden die Symptome als intim und beschämend. Sie sprechen noch nicht einmal mit ihrem Arzt darüber. Dabei ist der Leidensdruck groß, denn die Krankheit schränkt den Alltag der Betroffenen in vielen Bereichen stark ein. Schon der Weg zur Arbeit kann zur Belastung werden, wenn der Darm nicht so mitspielt, wie er sollte. Aber auch Treffen mit Freunden oder Freizeitaktivitäten können zur Tortur werden.

Zunehmend Jüngere betroffen

Betroffen sind zunehmend jüngere Erwachsene. Während die Zahl der diagnostizierten Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung zwischen 2005 und 2017 um 30 Prozent gestiegen ist, betrug der Zuwachs bei den 23- bis 27-Jährigen 70 Prozent. Diesen starken Anstieg besonders bei den jungen Erwachsenen machen die Studienautoren unter anderem in veränderten Ernährungsgewohnheiten und einer veränderten Bereitschaft zur Thematisierung der Beschwerden aus. Nichtsdestotrotz dauert es immer noch viel zu lange, bis die Krankheit sicher diagnostiziert ist. Auch das belegen die Daten aus dem Arztreport. Wer an einem Reizdarmsyndrom erkrankt ist, verursacht den Datenauswertungen zufolge bereits acht Jahre vor der Erstdiagnose deutlich höhere Kosten als Vergleichspersonen, die diese Erkrankung nicht haben. Gründe hierfür sind unzählige Untersuchungen und Arztbesuche, die der richtigen Diagnosestellung vorausgehen. Dabei setzen die Ärzte viel zu oft auf bildgebende Verfahren mit zweifelhaftem Nutzen wie CT oder

MRT, anstatt die Patienten näher zu ihrem Lebensstil zu befragen.

Therapien zulasten der Patienten

Aber auch bei der Therapie zeigen sich Schwächen. Auffällig häufig werden den Patienten sogenannte Protonenpumpenhemmer verordnet, offensichtlich weil zu den Symptomen des Reizdarmsyndroms auch Magenbeschwerden zählen. Fast 40 Prozent, also rund 400.000 der Betroffenen, erhalten diese Medikamente, deren Nutzen bei einem Reizdarmsyndrom umstritten ist. Zudem besteht die Gefahr, dass die Medikamente abhängig machen und das Osteoporose-Risiko erhöhen. Rund 100.000 Patienten erhalten zudem opioidhaltige Schmerzmittel. Neben deren fraglicher Wirkung besteht auch hier ein hohes Risiko für eine Medikamentenabhängigkeit. In beiden Fällen werden die Patienten unnötigen Risiken ausgesetzt, ohne dass ihnen wirklich geholfen wird.

Höhere Diagnoseraten in alten Bundesländern

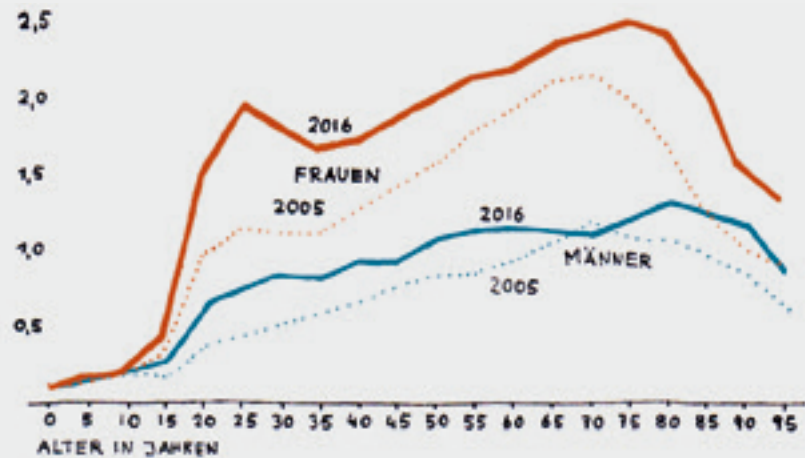
Sieht man sich die regionale Verteilung der Diagnoseraten an, scheint das Reizdarmsyndrom eher ein Problem der Menschen in den westlichen Bundesländern und Berlin zu sein, wenngleich die Unterschiede nicht gravierend ausfallen. Die neuen Bundesländer, mit Ausnahme Thüringens, weisen die geringsten Erkrankungszahlen auf. Das Saarland bildet mit 1,53 Prozent Betroffenen die Spitze, gefolgt von Baden-Württemberg und Bremen. Schlusslicht im positiven Sinne ist Sachsen-Anhalt mit 1,06 Prozent Betroffenen, die zweit- und drittniedrigste Rate weisen Sachsen und Brandenburg auf. Inwieweit die regionalen Unterschiede der Diagnoseraten durch eine unterschiedliche Auffassung der Erkrankung bei den Patienten oder unterschiedliche Diagnosekodierungen beeinflusst werden, lässt sich nicht genau abschätzen.

Ganzheitlicher Blick notwendig

Anstelle der Überdiagnostik mit bildgebenden Verfahren und der Verordnung meist nutzloser Medikamente sollten die Ärzte beim Reizdarmsyndrom einen ganzheitlichen Blick auf

Reizdarm-Diagnosen bei jungen Erwachsenen

Häufigkeit der Reizdarm-Diagnose nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 und 2016; Angaben in Prozent



Quelle: BARMER-Arztreport 2019

Körper, Geist und Lebensstil der Patienten werfen. Oft spielen psychosomatische Faktoren eine große Rolle. Deshalb verspricht ein multidisziplinärer Behandlungsansatz die größten Erfolgsaussichten auf Linderung der Beschwerden. Hierbei müssen Hausärzte, Internisten, Schmerztherapeuten, aber auch Psychotherapeuten und Ernährungsexperten eng zusammenarbeiten. Auch die Patienten selbst können viel dazu beitragen, dass es ihnen wieder besser geht. Etwa in dem sie mehr auf ihre Ernährung und ihr Essverhalten achten, mehr Sport treiben und sich geeignete Entspannungsübungen aneignen. ■

www.barmer.de



Thorsten Jakob
Pressesprecher BARMER





TK

Höchststand bei Behandlungsfehlern

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat bei ihren Versicherten einen neuen Höchststand bei den Behandlungsfehlern verzeichnet. 5.998 Versicherte und damit zehn Prozent mehr als im Vorjahr haben sich 2018 an die Kasse gewendet, weil sie bei sich eine ärztliche Fehlbehandlung vermuteten. „Das ist ein neuer Rekord“, so Christian Soltau, Medizinrechtsexperte der TK. „Ungefähr bei jedem dritten Fall bestätigt sich der Verdacht im Verlauf der Überprüfung.“ Die Schadensersatzprozesse zögen sich in der Regel über viele Jahre. Die meisten Beschwerden gab es über Behandlungen bei Chirurgen (33 Prozent der Verdachtsfälle). Danach folgten Zahnärzte (16 Prozent), Allgemeinmediziner (zwölf Prozent) und Orthopäden (sechs Prozent). Fünf Prozent der Behandlungsfehler wurden nach einer Behandlung bei Internisten gemeldet. Bei Geburtshilfe, Gynäkologie und Augenärzten waren es jeweils vier Prozent.

Der TK-Experte geht von einer erheblichen Dunkelziffer bei dem Thema aus. „Viele Versicherte wissen gar nicht, dass ihre Krankenkasse ihnen beim Kampf um ihr Recht helfen kann“, sagt Soltau. Die Krankenversicherung könne beispielsweise beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für den Versicherten kostenfreie Gutachten in Auftrag geben, die der Versicherte später für seine juristische Auseinandersetzung nutzen kann. In speziellen Fällen könne die TK auch medizinisch-juristische Gutachten bei privaten Gutachtern in Auftrag geben.

„Wenn die Krankenkasse gegen den Arzt oder die Klinik klagt, hat das für den Versicherten den Vorteil, dass er ohne Risiko erst einmal in Ruhe den Ausgang der Kassenklage abwarten kann. Je nach Ausgang des Prozesses kann er dann überlegen, ob es sich für ihn lohnt, seinen Schaden und Schmerzensgeld vor Gericht einzuklagen.“ *pm*

www.tk.de

KKH

Impfpflicht bei Masern angemahnt

Die steigende Zahl an Masern-Fällen und der Ausschluss von nicht geimpften Kindern und Lehrern an einer Hildesheimer Schule haben die Debatte über die hoch ansteckende Infektionskrankheit neu entfacht. Mit Blick auf die rasant wachsende Zahl der Erkrankungen erwägt die Bundesregierung nun eine Impfpflicht. Die KKH Kaufmännische Krankenkasse steht dem offen gegenüber, denn eine Datenauswertung der Ersatzkasse bestätigt diesen Trend: Allein für das erste Halbjahr 2018 registrierte die KKH bundesweit 50 Masernfälle unter ihren Versicherten – das entspricht rund 70 Prozent der Fälle vom gesamten Jahr 2017 (insgesamt 70 Infektionen). 2016 waren es gerade einmal 37 ärztlich diagnostizierte Masernfälle.



Foto: BillionPhotos.com/Adobe Stock

„Dass es in Ländern wie Deutschland, in denen die Masern bereits als besiegt galten, zunehmend mehr Erkrankungen gibt, macht die Dringlichkeit einer konsequenten Impfung gegen das Virus deutlich“, sagt Sven Seißenberg. Der KKH-Apotheker hofft, dass bereits die aktuelle Diskussion wachrüttelt und dazu beiträgt, dass sich mehr Menschen mit ihrem Impfstatus auseinandersetzen. „Eine höhere Impfquote ist dringend erforderlich, denn erst wenn mehr als 95 Prozent der Bevölkerung gegen Masern immun sind, gilt die Krankheit als ausgerottet“, erläutert Seißenberg.

Wenn die Krankheit ausbricht, können mögliche Komplikationen wie Lungenentzündung oder Hirnhautentzündung (Meningitis) auftreten. Das Risiko dafür steigt mit zunehmendem Alter. *pm*

www.kkh.de

BARMER

Digitale AU-Meldung in Testphase

Die BARMER treibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voran. Das nächste Projekt der Krankenkasse mit 9,2 Millionen Versicherten ist die Digitalisierung der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung. In einem Pilotprojekt erprobt die BARMER ab sofort die digitale Übermittlung der AU-Meldung vom Arzt an die Krankenkasse. Zusammen mit dem Softwarehersteller gevko wurde hierzu eine Lösung entwickelt. Daran beteiligt sind 600 Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen, die Krankmeldungen künftig elektronisch an die BARMER senden. „Von der Digitalisierung der AU-Meldung profitieren alle Beteiligten im Gesundheitswesen, an erster Stelle aber die Patientinnen und Patienten, die wir in ihrer schwierigen gesundheitlichen Situation entlasten“, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Allein im Jahr 2018 waren bei der BARMER 8,9 Millionen Bescheinigungen zur Arbeitsunfähigkeit eingegangen. Viele von ihnen wurden per Post an die Krankenkasse übermittelt.

Die Krankenkasse selbst verspricht sich von der Digitalisierung effizientere und umweltschonendere Verwaltungsabläufe. „Die BARMER setzt sich für einen Bürokratienabbau im Gesundheitswesen ein. Die sogenannte elektronische Krankmeldung ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung“, betonte Straub. Die BARMER sei eine der ersten Krankenkassen in Deutschland mit einem sicheren Datenkanal für Arztpraxen. Für die Versicherten entfalle somit der Versand der Papierbescheinigung an die Kasse oder der Scan über die BARMER-App. In einer weiteren Projektstufe soll neben der Krankenkasse auch der Arbeitgeber elektronisch informiert werden können. *pm*

www.barmer.de

TK

Intelligente Sensoren erkennen Stürze

Auch mit Pflegebedarf wollen 83 Prozent der Menschen in Deutschland im eigenen Haushalt wohnen. Ein Sturz kann diese Unabhängigkeit jedoch abrupt beenden oder zumindest stark einschränken. Einer Studie zufolge stürzt fast jeder zehnte Pflegebedürftige innerhalb eines beobachteten Zeitraums von zwei Wochen. Ab einem Alter von 60 Jahren machen Stürze über die Hälfte der unfallbedingten Verletzungen aus. Deren Folgen können einschneidend sein: Knochenbrüche oder Kopfverletzungen beispielsweise ziehen nicht selten Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen nach sich. Zudem kann „Sturzangst“ die körperliche Aktivität und den Bewegungsradius einschränken. Dann entsteht ein Teufelskreis, denn je weniger die Muskulatur und der Gleichgewichtssinn trainiert sind, desto größer ist das Risiko für einen erneuten Sturz. Hier setzt das Projekt „Sicher Zuhause“ von Techniker Krankenkasse (TK) und Philips an. Teilnehmende TK-Versicherte erhalten ein innovatives Hausnotrufsystem mit einer Basisstation und einem um den Hals zu tragenden Funksender.

„Pflegebedürftigkeit und ein möglichst selbstständiges Leben dürfen sich nicht ausschließen. ‚Sicher Zuhause‘ zeigt, wie digitale Lösungen und künstliche Intelligenz die Eigenständigkeit im Alter unterstützen können“, erklärt Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK. Zudem würden Pflegende entlastet und Angehörigen ein Teil ihrer Sorgen genommen, so Ballast weiter.

Die im Funksender integrierten Sensoren erkennen einen Sturz und lösen einen automatischen Notruf aus. Binnen kürzester Zeit meldet sich ein Mitarbeiter der Hausnotrufzentrale, der Zugriff auf die hinterlegte Adresse und wichtige Informationen hat, zum Beispiel zu Vorerkrankungen und verordneten Medikamenten. *pm*

www.tk.de

KKH

Notaufnahme: Zu viele Bagatellfälle



Foto: KKH

Überlaufene Notaufnahmen, überlastete Ärzte, Patienten in der Warteschleife: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will die Notfallversorgung umkrempeln, damit genau das nicht mehr passiert. Ziel ist eine stärkere Steuerung der Patienten über neue gebündelte Leitstellen und zentrale Anlaufstellen in Kliniken, die beide jeweils über die Behandlung entscheiden sollen. Das Kernproblem bisher: Immer häufiger blockieren Patienten mit Bagatellerkrankungen den Ablauf in Notaufnahmen – auch zu den Öffnungszeiten der ambulanten Arztpraxen. Eine Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse bestätigt dieses Bild: Von allen rund 1.000 Befragten würde mehr als jeder Dritte das Krankenhaus trotz geöffneter Praxen ansteuern – auch wenn er bei nicht lebensbedrohlichen Beschwerden Hilfe benötigt.

Von denjenigen Befragten, die in den vergangenen fünf Jahren tatsächlich mindestens einmal in der Notaufnahme waren, ging fast jeder Dritte innerhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen ins Krankenhaus – auf eigene Initiative, ohne Überweisung oder Rettungseinsatz. Unter den 18- bis 29-Jährigen hätte alternativ sogar fast jeder Zweite einen Haus- oder Facharzt kontaktieren können. Als Grund gaben mehr als 40 Prozent der Notaufnahme-Nutzer an, dass sie sich im Krankenhaus medizinisch besser versorgt fühlen als in der Arztpraxis. Ein Viertel der Befragten wurde nach eigener Aussage vom Haus- oder Facharzt an die Notaufnahme verwiesen. *pm*

www.kkh.de

DAK-GESUNDHEIT

Hunderttausende junge Gamer von Sucht bedroht

In Deutschland spielen rund drei Millionen Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren regelmäßig am Computer. Nach einer neuen DAK-Studie gelten 15,4 Prozent der Minderjährigen als sogenannte Risiko-Gamer. Damit zeigen rund 465.000 aller Jugendlichen dieser Altersgruppe ein riskantes oder pathologisches Spielverhalten im Sinne einer Gaming-Sucht. Die Betroffenen fehlen häufiger in der Schule, haben mehr emotionale Probleme und geben deutlich mehr Geld aus. Das zeigt der Report „Geld für Games – wenn Computerspiel zum Glücksspiel wird“ der DAK-Gesundheit und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen. DAK-Vorstandschef Andreas Storm will die Aufklärung über Risiken verstärken. Er fordert ferner ein Verbot sogenannter Loot-Boxen in Deutschland, die Gamer für lange Spielzeiten oder bei Geldzahlungen belohnen.



Foto: Tatyana Gladkikh/Adobe Stock

Für die repräsentative Studie „Geld für Games“ hat das Forsa-Institut 1.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren befragt. Neben der Suchtgefahr wurden erstmals auch die Ausgaben für die Anschaffung von Computerspielen und Extras untersucht. Jeder vierte Risiko-Gamer spielt am Wochenende fünf Stunden und mehr am Tag. Einzelne Spieler geben in sechs Monaten bis zu 1.000 Euro aus. „Durch die Tricks der Industrie finden viele Jugendliche kein Ende und verzocken Zeit und Geld“, sagt Storm. *pm*

www.dak.de



SEELISCHE KINDERGESUNDHEIT

Von der Idee zur Gemeinschaftsinitiative

Mit den Merkblättern „Seelisch gesund aufwachsen“ sollen Mütter und Väter unterstützt werden, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und zu verstehen. Damit fördern die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Partner ein seelisch gesundes Aufwachsen. Dies ist vor dem Hintergrund zunehmender psychischer Auffälligkeiten bei Kindern besonders wichtig.

/Text/ Sibylle Malinke

Gesunde Kinder zu haben und ihnen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist der Wunsch aller Eltern. Es ist auch ein nationales Gesundheitsziel, das von den gesetzlichen Krankenkassen uneingeschränkt

unterstützt wird. Zum gesunden Aufwachsen gehört neben dem körperlichen Wohlbefinden ganz entscheidend dazu, dass es auch der Seele gut geht. In den letzten Jahren nahmen jedoch die Berichte von Kindern und Jugendlichen, die an seelischen Störungen leiden, zu.

Als daher die Deutsche Liga für das Kind im Jahr 2015 mit der Idee an den Verband der Ersatzkassen (vdek) herangetreten ist, gemeinsam Merkblätter zu entwickeln, die die Elternkompetenz stärken, und damit die Ursache vieler seelischer Störungen bei Kindern in den Fokus zu nehmen, waren die Ersatzkassen sofort bereit, dieses Projekt zu unterstützen. Als Vorbild sollten die Merkblätter Kinderunfälle dienen, die dabei helfen, die Sicherheit für Kinder zu erhöhen und Unfälle zu vermeiden. Diese wurden von den gesetzlichen Krankenkassen unter der Federführung des vdek, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit (BAG) entwickelt. Seither werden sie von den Kinder- und Jugendärzten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 an die Eltern ausgehändigt.



Auch bei den Merkblättern „Seelisch gesund aufwachsen“ wurde aus einer Idee eine groß-angelegte Gemeinschaftsinitiative. Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die KBV und der BVKJ waren schnell bereit, bei dem Projekt mitzuwirken. Besonderer Wert wurde von Anfang an darauf gelegt, die seelischen und emotionalen Bedürfnisse der Kinder und ihre Bedeutung für eine gesunde Entwicklung leicht verständlich zu erklären und auf wichtige Fragen der Eltern einzugehen. Warum braucht das Kind meine Nähe? Was soll ich tun, wenn es fremdelt? Wie lernt mein Kind, mit Konflikten umzugehen oder Mitgefühl zu zeigen? Was tun bei übermäßigem Medienkonsum? Diese und weitere Themen werden in den Merkblättern vermittelt – ansprechend gestaltet mit Fotos und Illustrationen aus dem realen Leben von Kindern und Eltern.

Mit dem Ziel, noch mehr Menschen zu erreichen, wurden für alle Merkblätter Filme erstellt, die lebensnah, unterhaltsam und in einfacher Sprache die Inhalte der Merkblätter transportieren. Die Filme wurden von drei Stiftungen finanziert und können mit dem Handy über einen QR-Code auf den Merkblättern direkt abgerufen oder auf der Website www.seelisch-gesund-aufwachsen.de angesehen werden.

Im Verlauf des Entwicklungsprozesses der Merkblätter und Filme schlossen sich auch das BZgA und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen dem Trägerkreis des Projektes an. Die Merkblätter wurden zum Anlass genommen, eine Postleitzahlensuche auf www.elternsein.info zu integrieren, damit Eltern leichter regionale Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen finden können. Außerdem übernahm die BZgA die Übersetzung der Filme in fünf Sprachen. ■

www.seelisch-gesund-aufwachsen.de



Sibylle Malinke
Abteilung Gesundheit
beim vdek



© Kai Herse & Anke am Berg

„Seelisch gesund aufwachsen“ auf einen Blick

Wie viele Merkblätter und Filme gibt es?

Es gibt zehn Merkblätter und Filme, jeweils passend zu den verpflichtenden Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, die der Kinderarzt bei Kindern im Alter von null bis sechs Jahren durchführt.

Wer ist an dem Projekt beteiligt?

Die Federführung hat der vdek, beteiligt sind die gesetzlichen Krankenkassen, die KBV, der BVKJ, die Deutsche Liga für das Kind, die BZgA und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen.

Wieviel Geld steht für die Merkblätter zur Verfügung?

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen jährlich bis zu 75.000 Euro für die Erstellung und den Druck der Merkblätter zur Verfügung.

Wie viele Merkblätter wurden gedruckt?

Die erste Auflage beläuft sich auf 4,6 Millionen, pro Merkblatt etwa 460.000 Stück.

Wie erfolgt die Verteilung?

Die KBV fragt bis zu zweimal jährlich den Bedarf an Merkblättern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ab und teilt dies dem vdek mit. Dieser erteilt daraufhin den Druckauftrag. Kinder- und Jugendärzte bestellen die Merkblätter direkt bei ihrer KV.

Wo sind die Filme zu sehen?

Alle Filme sind auf www.seelisch-gesund-aufwachsen.de abrufbar – auch auf Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch. Zudem können sie über einen QR-Code auf den Merkblättern angesehen werden.

Wie bekomme ich die Merkblätter?

- Kinderärzte: Bei der zuständigen KV
- Eltern: Bei ihrem Kinder- und Jugendarzt
- Online können die Merkblätter auf den Webseiten aller beteiligten Organisationen heruntergeladen werden.



Statements zum Projekt „Seelisch gesund aufwachsen“

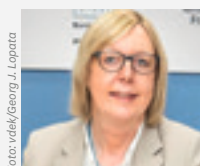


Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des Verbandes der Ersatz-
kassen e.V. (vdek)

„Elternkompetenz stärken“

Mit den Merkblättern „Seelisch gesund aufwachsen“ wollen wir die Elternkompetenz stärken, indem die seelischen Bedürfnisse der Kinder erklärt und Handlungsoptionen aufgezeigt werden: Warum braucht das Kind meine Nähe? Wie soll ich mit Ängsten meines Kindes umgehen? Wie lernt es, mit Konflikten

umzugehen? Was tun bei übermäßigem Medienkonsum? In der Kindheit wird der Grundstein für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie für die Widerstandsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen gelegt. Vor diesem Hintergrund ist es uns besonders wichtig, mit dem Projekt „Seelisch gesund aufwachsen“ die Eltern zu unterstützen und damit zur seelischen Gesundheit unserer Kinder beizutragen.



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Dr. Sabine Walper
Präsidentin der Deutschen
Liga für das Kind

„Viele Eltern suchen Orientierung“

Mütter und Väter starten heute meist als „Novizen“ in ihre Elternrolle. Nur wenige hatten vorher die Gelegenheit, Kinderbetreuung und -pflege über längere Zeit zu beobachten und selbst praktisch zu üben. Entsprechend sind viele Eltern unsicher

und suchen Orientierung. Auch wenn Mütter und Väter intuitive Elternkompetenzen mitbringen und vieles in der Interaktion mit ihrem Kind lernen, sind sie doch auf Unterstützung angewiesen. Die Merkblätter zeigen auf, wie Kinder in ihrer seelischen Entwicklung von Anbeginn unterstützt und gefördert werden können.



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Dr. Sibylle Steiner
Dezernentin bei der
Kassenärztliche Bundes-
vereinigung (KBV)

„Bedürfnisse des Kindes verstehen“

Kinder- und Jugendärzten kommt eine Schlüsselrolle beim frühzeitigen Erkennen, Behandeln und im Idealfall Vermeiden seelischer Störungen zu. Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ sind ein wichtiger

Baustein bei unserem Engagement zur Förderung der Gesundheit und des Schutzes von Kindern. Es ist uns wichtig, damit allen Eltern und Erziehungsberechtigten eine einfache und praktische Hilfe an die Hand zu geben, um die Bedürfnisse ihres Kindes besser zu verstehen.



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Peter Lang
Abteilungsleiter Kinder-
gesundheit bei der BZgA

„Filme in fünf fremdsprachlichen Versionen“

Durch die im Rahmen des verbindlichen Einladewesens sehr hohen Teilnehmeraten an den vorschulischen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden praktisch alle Eltern niedrigschwellig mit den neuen

Merkblättern und Filmen erreicht. Damit möglichst viele Familien – auch mit geringen Deutschkenntnissen – von den Filmen profitieren, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die fünf fremdsprachlichen Versionen (Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch) der Filme finanziell unterstützt.

SEELISCH GESUND AUFWACHSEN

Unterstützung und Beratung

Kinder- und Jugendärzte sind in ihrer täglichen Praxis regelmäßig mit psychischen Auffälligkeiten bei Kindern konfrontiert. In diesem Zusammenhang kommt der vorausschauenden Beratung und Aufklärung von Eltern eine große Bedeutung zu, gerade bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status. Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ bieten Kinder- und Jugendärzten nun anschauliche Unterstützung für ihre wichtige präventionsarbeit.

/Text/ Hermann-Josef Kahl

Nach den Daten der ersten Erhebung der KiGGS-Studie zeigen in Deutschland fast 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren psychische und psychosomatische Auffälligkeiten (siehe Tabelle Seite 27). Ein Großteil dieser Kinder und Jugendlichen stammt aus sozial prekären Verhältnissen. Das bedeutet: Ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie, also mangelnde Bildung der Eltern, unsichere Beschäftigungsverhältnisse, schlechte Wohnverhältnisse, zum Teil auch Sucht oder konflikthafte Elternbeziehungen, können Kinder und Jugendliche seelisch krank machen. Ursache der psychischen Erkrankung sind natürlich nicht die zu kleine Wohnung oder das mangelnde Geld, sondern mangelnde

emotionale, soziale und intellektuelle Ressourcen solcher Familien. Eltern, die tagtäglich mit den Widrigkeiten ihres Alltags kämpfen müssen, haben weder Zeit noch Kraft, ihren Kindern vorzulesen, mit ihnen zu kuscheln, zu kochen und gemeinsam zu essen, sich auszutauschen, zuzuhören, Anteil zu nehmen. In vielen dieser Familien gibt es keine verlässlichen Bindungen, die Kinder so sehr brauchen.

Anders als Infekte vergehen psychische Auffälligkeiten nicht einfach nach einiger Zeit. Im Gegenteil: Emotionale Vernachlässigung in früher Kindheit gilt als bedeutendster Risikofaktor für eine abweichende Entwicklung im Kindes- und Jugendalter mit einer hohen Persistenz in das Erwachsenenleben.

Wie können Kinder- und Jugendärzte helfen?

71 Prozent der Kinder- und Jugendärzte schätzen subjektiv eine Zunahme der psychosozialen Belastungen junger Familien, 92 Prozent sehen darin eine Herausforderung. Das Bewusstsein für das Thema und die Bereitschaft zu helfen ist unter Kinder- und Jugendärzten groß. Sie bringen dafür auch gute Voraussetzungen mit. Studien zeigen, dass der Rat von Kinder- und Jugendärzten gut angenommen wird, denn es gibt ein Vertrauensverhältnis zu den Patienten und Patienteneltern. Zudem gibt es durch die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßigen Kontakt. Die überwiegende Zahl – um die vier Millionen Kinder unter sechs Jahren – wird in kinder- und jugendärztlichen Praxen betreut. Im Rahmen der in Deutschland gesetzlich geregelten Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, von der Geburt bis zum Alter von sechs Jahren, erhalten Eltern umfassende Informationen insbesondere zur körperlichen Entwicklung ihrer Kinder. Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ bieten nun eine Möglichkeit, den Eltern auch ganz gezielt Kenntnisse zu den altersbezogenen seelischen Bedürfnissen von Kindern zu vermitteln und Müttern und Vätern Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben. Ein praxisnaher Baustein für die wichtige präventionsarbeit der Kinder- und Jugendärzte, gerade vor dem Hintergrund zunehmender psychischer Auffälligkeiten bei ihren kleinen Patienten. ■



Dr. Hermann-Josef Kahl
Bundespressesprecher
Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e.V.



HINTERGRUND

Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren

In den letzten Jahrzehnten ist es zu einem deutlichen Wandel im Krankheitsspektrum gekommen. Dieses als „neue Morbidität“ bezeichnete Phänomen hat bereits im Kindesalter zu einer Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen geführt. Um gegenzusteuern ist es besonders wichtig, Eltern zu informieren, wie sie zu einer gesunden seelischen Entwicklung ihrer Kinder beitragen können.

/Text/ Jörg Maywald



Auffälligkeiten zeigen sich in den ersten Lebensjahren in einer Zunahme frühkindlicher Regulationsstörungen, etwa Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen, sowie späteren Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens. Die Ergebnisse aus einer Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie) im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGSS) machen deutlich, dass insgesamt 21,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. An der Spitze spezifischer seelischer Auffälligkeiten im Kindesalter stehen Ängste bei 10,0 Prozent, Störungen des Sozialverhaltens bei 7,6 Prozent und Depressionen bei 5,4 Prozent.

Kinder sind von Natur aus soziale Wesen. Sie kommen mit einem angeborenem Bedürfnis nach Bindung und sozialem Kontakt zur Welt. Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit lässt sich als gelungene Integration

von emotionaler Verbundenheit zu vertrauten Personen und sicherer Erkundung ihrer Umgebung beschreiben. Eine positive sozial-emotionale Entwicklung hängt davon ab, ob Sicherheits- oder Bindungsbedürfnisse und Erkundungs- oder Autonomiebestrebungen gleichermaßen befriedigt werden.

In sicheren und vertrauten Situationen wollen Kinder Neues erkunden und reagieren auf ihre Umwelt vor allem mit Interesse und Neugier. Dieses Interesse wird von dem schon für Neugeborene befriedigenden Gefühl aufrechterhalten, Verhalten oder Ereignisse verursachen und kontrollieren zu können und dadurch selbst wirksam und erfolgreich zu sein. Demgegenüber suchen die Kinder in Situationen von Verunsicherung oder Angst, wie zum Beispiel in einer fremden Umgebung, die Nähe zu einer vertrauten Person, die ihnen als sichere Basis dient.

Risiko- und Schutzfaktoren

Seelische Gesundheitsgefahren in der frühen Kindheit ergeben sich aus einem dynamischen Zusammenspiel von Risikofaktoren auf der einen und Schutzfaktoren auf der anderen Seite. Risikofaktoren können gegeben sein durch Eigenarten des Kindes, etwa Behinderungen oder ein schwieriges Temperament, durch das Klima in der Familie, beispielsweise ein hohes Konfliktpotenzial oder mangelnde Unterstützung, und durch außerfamiliäre Einflüsse wie Armut, Arbeitslosigkeit oder soziale Isolierung. Vor allem das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren beeinträchtigt die psychische Gesundheit. Entsprechende Schutzfaktoren beim Kind, in der Familie und im sozialen Kontext fördern die Resilienz des Kindes gegenüber auftretenden Belastungen.

Der wichtigste Schutz für ein Kind sind feinfühligel Eltern, die auf die Bedürfnisse ihres Kindes achten und passend darauf eingehen. Das Interesse an Fragen der Erziehung ist bei den meisten Eltern in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. Eltern klicken sich durchs Netz, lesen Ratgeber und schauen sich Erziehungssendungen an. Mit dem Interesse nahm aber auch die Verunsicherung zu. Nur wenige Mütter und Väter haben die Möglichkeit, vor Beginn ihrer biografisch immer weiter nach

hinten rückenden Elternschaft den Umgang mit Kindern zu erleben und praktisch zu erproben, weil sie bis zur Geburt ihres Nachwuchses meist wenig Kontakt zu Kindern haben. Obwohl Eltern intuitive elterliche Fähigkeiten mitbringen und im Zusammensein mit ihrem Kind vieles lernen, wächst bei Eltern der Bedarf an Orientierung und Unterstützung.

Ein gewichtiger Teil der seelischen Störungen kann präventiv verhindert werden. Unterschieden werden muss hierbei zwischen Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. Während Verhältnisprävention auf die Verbesserung der Lebensbedingungen von Familien gerichtet ist, zum Beispiel durch die Verringerung von Armut oder eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, will Verhaltensprävention das Verhalten der Beteiligten positiv verändern. Angebote primärer Verhaltensprävention richten sich an alle Eltern mit jungen Kindern. Sekundäre Prävention hat die besonders belasteten Familien im Blick. Tertiäre Prävention zielt darauf ab, die Folgen bereits eingetretener Störungen zu mildern und deren Verstetigung zu verhindern.

Als wichtige Angebote für Eltern mit jungen Kindern wurden in den letzten Jahren in Deutschland flächendeckend Frühe Hilfen aufgebaut. Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren. Neben alltagspraktischer Unterstützung leisten Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Sie umfassen vielfältige allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen.

Eltern sensibilisieren

Ein wichtiger präventiver Baustein in der frühen Kindheit besteht darin, die Eltern zu stärken, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren. Auf diese Weise kann das Familienklima positiv beeinflusst werden – eine wichtige Ressource

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten

	Depression	Ängste	ADHS	Störungen des Sozialverhaltens
Geschlecht				
Jungen % (95% KI*)	5,4 (4,1–7,2)	10,1 (8,4–12,2)	2,9 (2,0–4,2)	7,9 (6,3–9,8)
Mädchen % (95% KI)	5,3 (3,9–7,2)	10,0 (8,0–12,3)	1,4 (0,7–2,8)	7,2 (5,7–9,1)
Altersgruppe				
7–10% (95% KI)	5,2 (3,8–7,2)	9,3 (7,4–11,8)	3,5 (2,2–5,6)	7,9 (6,0–10,1)
11–13% (95% KI)	5,2 (3,5–7,9)	12,0 (9,3–15,5)	1,7 (0,9–3,2)	7,5 (5,5–10,1)
14–17% (95% KI)	5,6 (4,0–7,9)	9,4 (7,3–11,9)	1,4 (0,7–2,7)	7,4 (5,5–9,8)
Ost – West				
Ost % (95% KI)	5,0 (3,6–6,9)	9,7 (7,5–12,4)	2,1 (1,2–3,7)	7,7 (5,8–10,3)
West % (95% KI)	5,5 (4,3–7,0)	10,1 (8,5–12,0)	2,2 (1,5–3,2)	7,5 (6,4–8,9)
Sozioökonomischer Status				
Niedriger % (95% KI)	7,3 (5,2–10,1)	12,9 (10,2–16,2)	3,7 (2,3–6,0)	11,3 (8,7–14,5)
Mittlerer % (95% KI)	5,5 (4,1–7,3)	10,1 (8,2–12,3)	2,3 (1,4–3,7)	7,1 (5,6–8,9)
Hoher % (95% KI)	3,8 (2,5–5,9)	8,0 (5,9–10,8)	0,9 (0,4–2,1)	5,7 (3,9–8,4)
Gesamt				
% (95% KI)	5,4 (4,3–6,6)	10,0 (8,7–11,6)	2,2 (1,6–3,1)	7,6 (6,5–8,7)

*Konfidenzintervall

Quelle: Ravens-Sieberger, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 50:875

zur Vorbeugung seelischer Störungen. Die im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts entstandenen Merkblätter und Filme „Seelisch gesund aufwachsen“ leisten hierfür einen wichtigen Beitrag. ■

<https://seelisch-gesund-aufwachsen.de>
<https://www.fruehehilfen.de>

> Seite 22



Prof. Dr. Jörg Maywald
Geschäftsführer Deutsche Liga für das Kind, Honorarprofessor Fachhochschule Potsdam





Europawahl



Europa wählt: Vom 23. bis zum 26. Mai 2019 finden innerhalb der Europäischen Union (EU) die Wahlen zum Europäischen Parlament (EP) statt. Rund 400 Millionen Bürger in insgesamt 27 Mitgliedstaaten (ohne Großbritannien) sind aufgerufen, die zukünftig 705 Sitze des EP durch ihre Stimmabgabe neu zu besetzen. Gewählt wird ausschließlich nach dem Verhältniswahlrecht. Die Parteien haben sich in ihren Wahlprogrammen zum Europäischen Parlament positioniert. Dabei spielt die Sozial- und Gesundheitspolitik mal mehr, mal weniger eine Rolle.

Zu einem sozialeren, solidarischeren und integrativeren Europa rufen die **Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)** und die **Association Internationale de la Mutualité (AIM)** in einem gemeinsamen Manifest auf. Die AIM setzt sich für die Entwicklung und den Erhalt eines universellen Zugangs zu hochwertiger und bezahlbarer Gesundheitsversorgung ein. Dabei liegt für die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung eine entscheidende Rolle der EU in der Koordinierung der sozialen Sicherheitssysteme.

MANIFEST

Für ein gemeinsames soziales Europa von morgen

Die Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) hat zusammen mit der Association Internationale de la Mutualité (AIM) ein Manifest veröffentlicht, das zu einem sozialeren, solidarischeren und integrativeren Europa aufruft. Es lädt Menschen aus der gesamten Europäischen Union (EU) ein, sich an einer Debatte über die Zukunft Europas und die Rolle der Gesundheits- und Sozialversicherungen zu beteiligen. Auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) als Mitglied der AIM unterzeichnete das Manifest, um seine Solidarität zu bekunden und seiner Mitverantwortung für die Erreichung eines sozialen Europas Ausdruck zu verleihen.

Europa befindet sich in einem Schwebestand angesichts der bevorstehenden Wahlen zum Europäischen Parlament 2019. Ein idealer Zeitpunkt, um darüber nachzudenken, wie die EU von morgen aussehen könnte und vor allem wie wir, die Gegenseitigkeitsgesellschaften, sie uns wünschen.

Wir glauben an die europäischen Grundwerte und begrüßen ihre historischen, wenn nicht in der Geschichte der Menschheit einmaligen Errungenschaften in Bezug auf: Frieden, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit, Achtung der Menschenrechte und Freizügigkeit. Aufgrund dieser Werte ist die EU eine historische, außergewöhnliche Leistung. Es bleibt bemerkenswert, dass es in dieser kleinen Region mit einer historisch gewachsenen Vielfalt an Kulturen und Sprachen den Nationen so lange Zeit gelungen ist, miteinander zu sprechen und gemeinsam etwas zu erreichen, wo sie in der Vergangenheit oft gegeneinander Krieg geführt haben.

Und dennoch haben sich Europa und die Welt in den letzten 60 Jahren verändert. Wir haben die Wirtschafts-, Finanz- und Staatsschuldenkrise noch nicht überwunden. Und sie hat Spuren hinterlassen: Armut, Ungleichheit und Arbeitslosigkeit sind gestiegen, vor allem bei den jungen Menschen. Gleichzeitig gefährden geopolitische Veränderungen – Digitalisierung, Klimawandel, Migrantenströme oder Terrorismus – die Fähigkeit der Europäer zur Zusammenarbeit.

Angesichts dieser Entwicklungen kann die EU nicht mit ihren üblichen Instrumenten reagieren, nicht durch eine Ausweitung des Marktes, nicht durch die Schaffung von mehr Freiheiten, nicht durch die Öffnung von Grenzen und nicht durch die Errichtung eines großen Raums mit freiem Personenverkehr für alle Europäer. Eine Mehrheit der Briten hat mit dem Brexit-Referendum bereits gegen dieses Europa der Freiheiten und der wirtschaftlichen Integration gestimmt.

Zudem wird sich die EU nicht auf ihre übliche „Klientel“ beschränken können. Bislang wurde ihre Politik von der Wirtschaft, den Studierenden und gut ausgebildeten, wohlhabenden Bürgern begrüßt. Doch Europa muss auch die Einkommensschwachen, die benachteiligten Gruppen und die regional Verwurzelten erreichen, die von diesen Freiheiten nicht profitieren, sie nicht als eine Chance sehen, sondern als eine Bedrohung wahrnehmen.

Alle Bürger sehnen sich nach Zuversicht und Sicherheit, doch es besteht eine tiefe Kluft zwischen denen, die von den Vorteilen des europäischen Projekts profitieren konnten, und denen, die von den Ungleichheiten betroffen sind und von Europa Schutz erwarten. Darunter gibt es viele, die selbst die Daseinsberechtigung der EU infrage stellen: Was sind ihre Ziele? Hat sie noch eine Zukunft? Oder die sie als das trojanische Pferd der Globalisierung bezeichnen. Wieder andere sind einfach resigniert, gleichgültig und fühlen sich nicht länger dazugehörig.





→ Die Stärkung ihres wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalts ist vertragsgemäß eines der Hauptziele der EU. Jedoch ist dies noch nicht erreicht. Infolgedessen fühlen sich diejenigen Bürgerinnen und Bürger, die am meisten unter Ungleichheiten leiden, vergessen und vom Europaprojekt ausgeschlossen. Sie sehen keine Vorteile darin, ein Teil der EU zu sein. Wie also können sie „einbezogen“ und wieder Teil des europäischen Projekts werden?

Wir blicken gespannt auf die nächsten Europawahlen, da wir auf eine Veränderung drängen. Ein Aufbruch in ein Europa der Solidarität, wo der wirtschaftliche, soziale und territoriale Zusammenhalt Wirklichkeit wird. Europa muss in der Lage sein, die physische und wirtschaftliche Sicherheit aller Europäer zu garantieren. Es muss das tägliche Leben seiner Bevölkerung verbessern und die Umwelt schützen, in der wir leben.

Das europäische Projekt ist noch immer nicht vollendet, da die EU nicht die nötige Kompetenz besitzt, die drängendsten Probleme der Bürger zu lösen. Wir sind der Ansicht, dass der EU mehr supranationale Zuständigkeiten übertragen werden sollten, damit sie in diesen zentralen Angelegenheiten Lösungen anbieten und das Vertrauen der Bürger in das EU-Projekt wiedergewinnen kann.

Es ist absolut dringend, dass wir wieder an ein europäisches Narrativ anknüpfen, mit dem wir uns identifizieren können. Es geht darum, dass alle Europäer „wir, die Europäer“ denken und nicht „die da in Brüssel“ oder sogar „die vom Kontinent“, wie in Großbritannien zu hören war. Die nationale und die regionale Identität stehen nicht im Widerspruch zu einer europäischen. Die europäische Identität baut auf nationale und regionale Geschichte, Kultur und Werte auf.

Das Thema Schutz stand im Mittelpunkt der Europäischen Bürgerkonferenzen, die von der Europäischen Kommission organisiert wurden. Ausführlich gesprochen wurde dabei über das soziale Europa, Gesundheit, Solidarität, Umwelt, Arbeit und Beschäftigung. Und gerade zu diesen Punkten sind

in Europa inzwischen die Ideen und der Wille für ein gemeinsames politisches Handeln abhandengekommen.

Die Proklamation der Europäischen Säule sozialer Rechte ebnete den Weg zu einem neuen Gesicht Europas: einem sozialen Europa, das seine Bürger schützt und in der Lage ist, ihre konkreten Bedürfnisse an Gesundheit und sozialem Schutz zu erfüllen. Als Akteure der Sozialwirtschaft spielen die Mutualitäten eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung der Europäischen Säule sozialer Rechte. Sie tragen zum Wirtschaftswachstum und zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei, während sie die Werte Solidarität, soziale Inklusion, eine demokratische Unternehmensführung, den Vorrang des Individuums und des Unternehmenszwecks vor die Interessen des Kapitals an die vorderste Front stellen.

Mit dieser Erklärung wollen wir, die Mutualitäten – Mitglieder einer europäischen Familie von Akteuren der Zivilgesellschaft und des sozialen Fortschritts – zum Ausdruck bringen, dass wir an eine Mobilisierung der Bürgerinnen und Bürger in allen 28 Mitgliedstaaten glauben. An eine Mobilisierung, zu der wir in nächster Zukunft beitragen wollen. Das mutualistische, also auf Gegenseitigkeit basierende Modell kann Antworten auf die wirtschaftlichen, sozialen und demokratischen Herausforderungen geben, vor denen Europa steht. Unser Ehrgeiz ist es, die Ideen, auf denen die Gründung der EU basiert, wiederzubeleben, indem wir die Zukunft des Sozialschutzes in Europa in den Mittelpunkt von nationalen politischen Debatten stellen.

Wir wollen eine Vision eines fairen Europas verwirklichen, welches den Wohlstand gerecht verteilt und auf die Bedürfnisse der Menschen und der Umwelt achtet. Wir glauben, dass die Werte der Solidarität und unsere Vorstellung von einer demokratischen Gesellschaft das sind, was uns als Europäer auszeichnet.

Europäische Bürger, lasst uns den Mut haben, das europäische Projekt zu verteidigen. Mit anderen Worten: Wenn wir Frieden wollen, müssen wir mehr Gerechtigkeit schaffen. ■

3 FRAGEN AN

Christian Zahn

Christian Zahn ist seit 2014 Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM), dem internationalen Dachverband von Krankenversicherern auf Gegenseitigkeit (Mutualität). Der Verband setzt sich weltweit für die Entwicklung und den Erhalt eines universellen Zugangs zu hochwertiger und bezahlbarer Gesundheitsversorgung ein. AIM gehört zu den Unterzeichnern des Manifestes für ein soziales Europa.

Warum dieser Aufruf für ein soziales Europa im Vorfeld der Europawahlen 2019?

AIM ist der größte Zusammenschluss von Krankenversicherern auf Gegenseitigkeit in Europa. Wir setzen uns für eine soziale und solidarische Krankenversicherung für alle EU-Bürger ein. Im Moment sehen wir aber eine große Gefahr für das freie, demokratische und soziale Europa, welches wir in den vergangenen gut 60 Jahren aufgebaut haben. Als AIM unterstützen wir daher das Manifest, weil es einerseits die Bürger aufruft, sich um Europa zu bemühen, und andererseits zeigt, was Europa insbesondere im Sozialbereich, dem Kitt dieser Gesellschaft, geleistet hat und noch leisten kann.



Inwiefern ist die EU mit Blick auf die Gesundheitspolitik eine Errungenschaft?

Die EU hat im Bereich Gesundheit sehr eingeschränkte Handlungsbefugnisse. Die Finanzierung und Organisation der Gesundheitssysteme liegt in der Verantwortung der Mitgliedstaaten. Dennoch leistet die EU einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitspolitik. Indem sie die Systeme vergleicht und im Rahmen des Europäischen Semesters Empfehlungen zur Nachhaltigkeit ausspricht, fördert sie die Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitssysteme. Darüber hinaus fördert sie die Zusammenarbeit der nationalen Systeme. Die europäische Krankenversicherungskarte, zukünftig das europäische elektronische Rezept und eine einheitliche elektronische Patientenakte (ePA) sind sichtbare

Errungenschaften der EU-Politik. Damit wird die EU für seine Bürger ganz praktisch sichtbar und erlebbar. Europa baut damit auch Barrieren in den Köpfen der Menschen ab. Wir müssen nicht mehr darüber nachdenken, ob wir im Falle eines medizinischen Notfalls im Ausland behandelt werden. Wir können einfach losfahren. Das trägt zum Zusammenhalt bei, baut Vorurteile ab und fördert die Identifikation.

Vor welchen konkreten gesundheitspolitischen Herausforderungen steht die EU in den nächsten Jahren?

Ich denke, die EU und die nationalen Gesundheitssysteme stehen vor drei großen Herausforderungen. Zum einen muss die EU die Standards entwickeln, auf deren Basis die vielfältigen digitalen Anwendungen von der ePA bis zu Gesundheits-Apps, die jetzt in den Mitgliedstaaten entwickelt werden, sicher kommunizieren können. Zum anderen zeigt die Entwicklung, dass selbst die leistungsfähigsten Länder, wie Deutschland, bei der aktuellen Zunahme hochpreisiger Arzneimittel irgendwann an ihre Grenzen stoßen werden. Deshalb müssen wir eine europäische Lösung finden, wie ein gleicher und gerechter Zugang zu solchen Behandlungsformen geschaffen werden kann. Diese Lösung zu finden, wird nicht einfach sein. Sie setzt voraus, dass unsere hohen Standards der Nutzenbewertung und der damit verbundenen Preisbildung auf europäischer Ebene übertragen werden. Und als letzten und wichtigsten Punkt muss die EU Wege finden, wie Gesundheitssysteme, die durch die Finanzkrise fast zerstört wurden, wieder aufzubauen und krisensicher aufzustellen sind. Auf Solidarität basierende Systeme, wie die Mutualitäten, haben sich in der Krise als äußerst resistent erwiesen und könnten einen wichtigen Beitrag hierzu leisten.

> Seite 29

EUROPAWAHLEN 2019

Was wollen die Parteien im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich?

Vom 23. bis 26. Mai 2019 finden in Europa die Wahlen zum Europäischen Parlament (EP) statt. Wahltag in Deutschland ist der 26. Mai. Rund 400 Millionen Bürger sind europaweit in 27 Mitgliedstaaten (ohne Großbritannien) aufgerufen, die zukünftig 705 Sitze des EP neu zu besetzen. Damit wird das neue Parlament um 46 Sitze kleiner sein als das aktuelle. Sollte sich der Austritt des Vereinten Königreiches doch noch bis zum Wahltermin oder sogar bis nach dem 2. Juli, dem geplanten Termin der Neukonstituierung, hinauszögern, würde das EP wieder auf 751 Sitze wachsen. Deutschland darf als größtes Mitgliedsland 96 Mandatsträger benennen. Gewählt wird ausschließlich nach dem Verhältniswahlrecht. Direktmandate kennt das europäische Wahlrecht nicht. Damit gibt es auch keine Überhangsmandate, wie sie im Deutschen Bundestag vorkommen.

Wie positionieren sich die Parteien in ihren Wahlprogrammen zum Europäischen Parlament und welche Rolle spielt die Sozial- und Gesundheitspolitik? Ein Überblick.

/Text/ Malte Enderlein



Foto: David Pils

CDU/CSU
Manfred Weber

Erstmals in der deutschen Geschichte treten CDU und CSU mit einem gemeinsamen Spitzenkandidaten und einem gemeinsamen Wahlprogramm an. Darüber hinaus ist der langjährige Europaparlamentarier Manfred Weber nicht nur nationaler Spitzenkandidat, sondern auch der Spitzenkandidat der konservativen Fraktion der Europäischen Volkspartei (Christdemokraten) im EP (EVP) für das Amt des Kommissionspräsidenten.

Das Wahlprogramm von CDU und CSU zeichnet sich insbesondere durch eine Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen aus. Während die anderen Parteien sich in vielen Bereichen für eine deutliche Kompetenzausweitung der Europäischen Union (EU) bis hin zu einem Verfassungskonvent aussprechen, wollen CDU und CSU nur die bestehende Zusammenarbeit im Rahmen der vorhandenen Institutionen ausbauen und weiterentwickeln. Mit Blick auf die Sozialpolitik enthält das Wahlprogramm keine konkreten Forderungen. CDU und CSU weisen darauf hin, dass Europa Grundstandards bei Arbeitnehmerrechten und Gesundheitsschutz braucht, betonen aber gleichzeitig, dass diese die nationalen Standards nicht unterlaufen und aushebeln dürfen. **Forderungen zum Thema Gesundheitsbereich stellen CDU und CSU nicht auf. Lediglich unter der Überschrift Schlüsseltechnologien fordern sie, dass mehr Geld in die Forschungsförderung von Volkskrankheiten fließen soll und dass die Weiterentwicklung der künstlichen Intelligenz auch dazu beitragen kann, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern, sodass diese länger zu Hause wohnen können.**

Foto: Thomas Köhler / Photothek



SPD
Katarina Barley

Die Sozialdemokraten treten mit Justizministerin Katarina Barley als nationale Spitzenkandidatin an. Für die Fraktion der Progressiven Allianz der Sozialdemokraten im Europäischen Parlament (S&D) ist aber der amtierende Vizepräsident der EU-Kommission, Frans Timmermans, die Nummer eins.

In ihrem am 23. März 2019 verabschiedeten Wahlprogramm stellt sich die SPD hinter die europäische Idee und erkennt die EU als einziges zukunftsicherndes Modell für Frieden und Freiheit in Europa an. Die SPD sieht aber auch die Gefahren des zunehmenden Partikularismus und des fehlenden Zusammenhalts in Europa. Um die EU wieder zu stärken und den Bürgern neues Vertrauen in die Europa-Politik zu geben, setzt die SPD ganz auf den Ausbau eines sozialen Europas. Wesentlicher Bestandteil ist dabei die bereits von der aktuellen EU-Kommission verabschiedete Säule der sozialen Rechte. Die SPD will sich dabei insbesondere für europäische Mindestlöhne und adäquate Mindeststandards für nationale Grundsicherungssysteme in allen EU-Staaten einsetzen. Ein europäischer Fonds als Rückversicherung zur Finanzierung von Sozialleistungen soll eingerichtet werden, aus dem in Krisenzeiten die Mitgliedstaaten Geld erhalten können, um ihre Arbeitslosenversicherung zu stützen. **Gesundheitspolitische Themen werden im Wahlprogramm der SPD nur am Rande angeschnitten. Die SPD beschränkt sich darauf, dass sie allgemein den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsfürsorge fordert, und stellt fest, dass Gesundheit als wichtiges öffentliches Gut nicht ausschließlich dem freien Markt überlassen werden kann.**

Foto: Laurence Chaperon



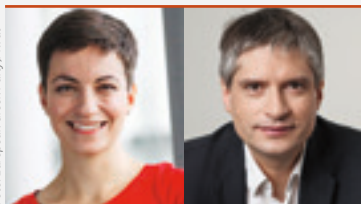
FDP
Nicola Beer

Spitzenkandidatin der FDP ist Nicola Beer. Für die Allianz der Liberalen und Demokraten für Europa (ALDE-Fraktion) im EP geht die Dänin Margrethe Vestager auf Platz eins in das Rennen um den Kommissionspräsidenten.

Wie die SPD sieht auch die FDP das Projekt EU in Gefahr. Um Europa zu neuer Stärke zu verhelfen, wollen die Liberalen einen neuen Anlauf für eine europäische Verfassung wagen. Im Mittelpunkt dieser Verfassung steht ein bundesstaatlich organisiertes Europa mit einer klaren Kompetenzverteilung und einem EP, welches mit einem eigenen Initiativrecht ausgestattet ist. Mit Blick auf die Sozialpolitik sieht die FDP das Heft des Handelns bei den Mitgliedstaaten. Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik sollen bei den Mitgliedstaaten verbleiben. Entsprechend konsequent wird eine europäische Arbeitslosenversicherung abgelehnt. Gleiches gilt für die Festsetzung von Mindestlöhnen und Tarifpolitik. Sehr konkret wird die FDP mit ihrer Forderung, die A1-Bescheinigung, mit der Arbeitnehmer nachweisen, dass sie den deutschen Sozialversicherungsvorschriften unterliegen, teilweise abzuschaffen. Für Auslandsdienstreisen unter 14 Tagen soll nach ihren Vorstellungen der Nachweis gänzlich entfallen. Um die Arbeitnehmerfreizügigkeit zu erleichtern, wollen die Liberalen die Portabilität von Alterssicherungsansprüchen in gesetzlichen Versorgungssystemen verbessern. **Keine Aussage trifft das Wahlprogramm zur Gesundheitsversorgung und zu den Gesundheitssystemen. Lediglich im Zusammenhang mit der beabsichtigten Förderung von Gesundheitstechnologie und E-Health taucht der Begriff auf.**



Foto: European Green Party/privat

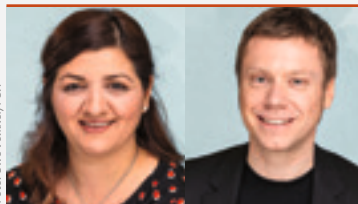


**Bündnis 90/
Die Grünen**
Ska Keller,
Sven Giegold

Bündnis 90/Die Grünen haben das Duo Ska Keller und Sven Giegold als nationale Spitzenkandidaten aufgestellt. Für die EGP (Europäische Grüne Partei)-Fraktion im EP übernimmt der Niederländer Bas Eickhout den Spitzenplatz neben Ska Keller.

Ähnlich wie die Liberalen fordern die Grünen für eine Weiterentwicklung der EU die Einsetzung eines europäischen Konvents, um die EU-Verträge zu ändern. Ziel ist es, die Rechte des EP zu stärken, damit es gleichberechtigt zum Europäischen Rat handeln kann. Ob sich die EU in Richtung Vereinigter Staaten von Europa, eines föderativen Bundesstaates oder einer Europäischen Republik entwickeln soll, wollen Die Grünen einer breiten gesellschaftlichen Diskussion überlassen. Sozialpolitisch legen sich Die Grünen nicht fest, ob sie die bestehende Kompetenzaufteilung zwischen EU und Mitgliedstaaten aufrechterhalten wollen oder nicht. So fordern sie, dass die EU ihr Recht im Sozialbereich, Mindeststandards zu setzen, großzügig wahrnehmen soll. Eine europäische Grundsicherungs-Richtlinie soll, angepasst an die jeweilige ökonomische Situation, die sozialen Mindeststandards für jedes Land festlegen und eine Mindestlohnrichtlinie ein auskömmliches Einkommen sichern. **Auch im Gesundheitsbereich wollen Die Grünen EU-weite Mindeststandards setzen, um allen Bürgern im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit einen Zugang zum Gesundheitswesen zu garantieren. Darüber hinaus wollen sie das Gesundheitswesen als Teil der sozialen Daseinsvorsorge besser gegen die Einflüsse des europäischen Wettbewerbsrechts schützen. Ganz konkret schlagen Die Grünen vor, den Austausch von Best Practice-Modellen im Gesundheitswesen zu fördern. Durch mehr unabhängige Forschung und strengere Regelungen will man den Patientenschutz verbessern und den Einfluss der Pharma- und Medizinprodukteindustrie zurückdrängen. Im Bereich der Prävention sieht das Wahlprogramm ein vollständiges Verbot von Tabak- und Alkoholvererbung sowie höhere Steuern vor.**

Foto: Uwe Völlner/FOX



Die Linke
Özlem Alev Demirel,
Martin Schirdewan

Die Linke tritt mit dem Duo Özlem Alev Demirel und Martin Schirdewan als nationale Spitzenkandidaten an. Für die Konföderale Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken/Nordischen Grünen Linken (GUE/NGL) im EP treten Violeta Tomić aus Slowenien und Nico Cué aus Belgien an.

Auch die Linke setzt sich in ihrem Wahlprogramm für eine neue EU-Verfassung ein. In dieser soll das EP deutlich gestärkt werden. Es soll das alleinige Haushaltsrecht und das Initiativrecht für Gesetzesvorschläge erhalten. Darüber hinaus soll es den Kommissionspräsidenten vorschlagen und wählen. Die Linke setzt auf den Fortbestand eines subsidiären Europas, in dem die Entscheidungen auf der politischen Ebene getroffen werden, die am stärksten davon tangiert ist, also kommunale Angelegenheiten in den Kommunen und Länderangelegenheiten in den nationalen Parlamenten. Sozialpolitisch setzt sich die Linke für die Pflicht zur Einführung einer Mindestrente in allen Mitgliedstaaten und für eine europäische Arbeitslosenversicherung ein, die über einen EU-weiten Solidarfonds finanziert wird. **Überraschend umfangreich ist die gesundheitspolitische Agenda. So fordert Die Linke, dass jeder Mensch in der EU ein Recht auf universelle Gesundheitsversorgung und Zugang zu gut ausgestatteten, barrierefreien und gemeindenahen Gesundheitsleistungen hat. Dazu will sie europaweite Gesundheitskonzerne regulieren und ihnen verbieten, an die Börse zu gehen. Konzerne sollen in öffentliches Eigentum überführt und unter demokratische Kontrolle gestellt werden. Medikamentenpreise sollen reguliert, eine europaweite Preisbindung und eine EU-Notstandsverordnung für Generika eingeführt werden. Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, will Die Linke einen europaweiten Pflegemindestlohn, der alle Tätigkeiten in der (Alten-)Pflege absichert, eine verbindliche gesetzliche Personalbemessung und europaweite Mindeststandards bei Löhnen und Personalschlüssel. Ferner soll die europäische Dienstleistungsrichtlinie im Bereich von Gesundheit und Pflege zukünftig nicht mehr angewendet werden.**

3 FRAGEN AN

Ilka Wölfle

Die Spitzenverbände der deutschen Sozialversicherung haben sich mit Blick auf ihre gemeinsamen europapolitischen Interessen 1993 zur Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. zusammengeschlossen. Der Trägerverein hat seinen Sitz in Berlin, in Brüssel wurde ein Verbindungsbüro errichtet, die sogenannte Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung. Direktorin ist Ilka Wölfle.

Im letzten Jahr feierte die Europavertretung ihren 25. Geburtstag. Welche Bedeutung hat die Repräsentanz der deutschen Sozialversicherung auf europäischer Ebene?

Schon in Zeiten der Gründung der Europavertretung traf Europa zahlreiche politische Entscheidungen im wirtschaftlichen und sozialen Bereich mit unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen auf die Sozialversicherung. Es ist deswegen unabdingbar,



Foto: Jan-Peter Schulz

„Wir können auf sehr vielen Gebieten und bei vielen Projekten der EU unterstützende Hilfe geben.“

Ilka Wölfle
Direktorin Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung

dass wir sehr früh die unsere Mitgliedsverbände tragenden Prinzipien von Selbstverwaltung und solidarischer sozialer Sicherung in die europäische Politik einbringen. Mit einer permanenten Interessenvertretung – wir waren lange Jahre das einzige europäische Sozialsystem mit einer solchen Einrichtung in Brüssel – wurde unser Einfluss sichergestellt. Wegen unserer gebündelten Präsenz vor Ort können wir auf sehr vielen Gebieten und bei vielen Projekten der Europäischen Union (EU) unterstützende Hilfe geben.

Die Europavertretung begleitet Gesetzgebungsverfahren und Initiativen auf europäischer Ebene. Inwiefern berühren Entscheidungen in Europa die Sozialsysteme in Deutschland?

Auch wenn die EU im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik nur begrenzte Einflussmöglichkeiten hat, war schon früh absehbar, dass das Vordringen der wirtschaftlichen Integration der EU und ihrer Gesetzgebung einen wesentlich höheren

Einfluss auf sozial- und gesundheitsrelevante Politik verschaffen würde. Ein aktuelles Beispiel sind die Bestrebungen der EU, die Bewertung von Gesundheitstechnologien zu harmonisieren. Verbindliche europäische Health Technology Assessment (HTA)-Bewertungen sollen nach dem Wunsch der EU-Kommission die Basis für nationale Entscheidungen zur Preisbildung und Erstattung werden. Es ist nicht überraschend, dass die Frage der Verbindlichkeit der europäischen HTA-Bewertungen für nationale Entscheidungen politisch kontrovers diskutiert wird. Auch wir haben uns hier für die gesetzlichen Krankenkassen eingebracht und dafür plädiert, bestehende Kooperationen bei der Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten fortzusetzen und nur schrittweise auszuweiten.

Welche Rolle spielen die sozialen Sicherungssysteme auf dem politischen Parkett Europas?

Vor allem die Wirtschaftskrise und gesamtgesellschaftliche Veränderungen, wie etwa demografische Entwicklungen und Veränderungen der Arbeitswelt, stellen die Finanzierung sozialer Sicherungssysteme der europäischen Länder vor immer größer werdende Herausforderungen. Insbesondere Frankreich arbeitet darauf hin, die unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme zu harmonisieren. Dies wäre allerdings oft nicht im Interesse der Versicherten, und eine politische Mehrheit wird es dafür aus guten Gründen auch in den kommenden Jahren nicht geben. Vielmehr muss auch in Zukunft die EU ihre entscheidende Rolle bei der Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme spielen und die Kooperation der Mitgliedstaaten dort fördern, wo ihr Mehrwert offenkundig ist. Ein ausbaufähiger Ansatz sind etwa die Europäischen Referenznetzwerke, die Patienten in allen EU-Mitgliedstaaten den Zugang zur Diagnose und Behandlung seltener und hochkomplexer Erkrankungen ermöglichen und erleichtern sollen.



Foto: VanderWolf Images / Adobe Stock

INTERVIEW

„Patienten noch besser vor fehlerhaften Produkten schützen“

Am 26. Mai 2019 finden in Deutschland die Wahlen für das Europäische Parlament statt. Wahrscheinlich werden auch die Abgeordneten Dr. Peter Liese (CDU) und Tiemo Wölken (SPD) wieder vertreten sein. Liese steht auf der Landesliste Nordrhein-Westfalens auf dem ersten Platz und Wölken nimmt in der SPD-Bundesliste Platz 12 ein.

Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. erläutern die Parlamentarier ihre Positionen zu dringlichen Themen der europäischen Gesundheitspolitik, etwa der Qualitätssicherung von Medizinprodukten, explodierenden Kosten im Arzneimittelbereich und der länderübergreifenden Digitalisierung.

Beim Blick auf die Wahlprogramme von SPD und CDU/CSU fällt auf, dass darin kaum etwas zu gesundheitspolitischen Themen steht. Woran liegt das? Spielen Gesundheitsthemen bei Europawahlen keine Rolle?

PETER LIESE Das Europawahlprogramm von CDU/CSU ist bewusst kurz gehalten, es finden sich aber auch gesundheitspolitische Fragen, wie die Bekämpfung von Krebs, welches ein sehr wichtiges persönliches Anliegen unseres Spitzenkandidaten Manfred Weber ist. Er wird auch persönlich vor der Wahl noch klare Position beziehen.

TIEMO WÖLKEN Wenn wir an die EU denken, denken wir in der Tat selten an Gesundheitspolitik. Viele glauben, in diesem wichtigen Bereich seien alleine die Mitgliedstaaten zuständig. Das ist jedoch ein Trugschluss. Von der Qualität von Medizinprodukten und der digitalen Gesundheit über die Bekämpfung von Antibiotikaresistenz bis zur Möglichkeit, sich grenzüberschreitend im EU-Ausland behandeln zu lassen, das alles ist europäische Gesundheitspolitik und spielt in der Tat eine sehr große Rolle. Auf europäischer Ebene müssen wir jedoch immer die richtige Balance finden, sodass einerseits die Subsidiarität gewahrt bleibt, die Bürger andererseits aber den größten Nutzen aus unserer Gesundheitspolitik ziehen können.

Da haben Sie die Themen mit besonderer europäischer Relevanz bereits angesprochen. Schauen wir uns die Sicherheit von Medizinprodukten genauer an. Der EU wird vorgeworfen, in diesem Bereich zu wenig für die Patientensicherheit zu tun. Die Ersatzkassen fordern eine einheitliche europäische Zulassungsstelle für alle Hochrisikomedizinprodukte. Warum weigert sich die EU?

PETER LIESE Wir haben in langen Diskussionen die Frage immer wieder abgewogen und sind zu der Erkenntnis gekommen, dass es wichtig ist, das System zum In-den-Verkehr-Bringen von Medizinprodukten zu verschärfen. Die Skandale der Vergangenheit, beispielsweise bei Hüft- oder Brustimplantaten, gebieten dies eindeutig. Ein völliger Systemwechsel hin zu einer zentralen Zulassung bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) würde die Sache aber noch komplizierter machen. Auch bei Arzneimitteln gab es Skandale, deswegen

bietet eine zentrale Zulassung durch eine europäische Behörde keinesfalls hundertprozentige Sicherheit. Die Verschärfung der Gesetzgebung muss jetzt umgesetzt werden. Sie sieht unangemeldete Kontrollen vor Ort vor, stärkere Überwachung der genannten Stellen und vieles mehr.

TIEMO WÖLKEN Es waren Konservative und Liberale im Europaparlament, die auf Druck der Hersteller-Lobby unsere Forderung nach einer zentralen Zulassung für Hochrisikoprodukte durch die EMA verhindert haben. Die sozialdemokratische Fraktion kämpft schon seit 2012 für schärfere Vorschriften in Bezug auf Medizinprodukte und In-Vitro-Diagnostika. Gegen die Konservativen und Liberalen im Ausschuss konnten wir 2013 immerhin unser wichtigstes Ziel durchsetzen, die Patienten besser vor fehlerhaften Produkten und deren Zulassung zu schützen. Europas Bürger müssen sich nicht nur darauf verlassen können, dass sie medizinisch einwandfrei behandelt werden, sondern auch darauf, dass wir in der EU die höchsten Standards bei Medizinprodukten und Arzneimitteln wahren.

Damit sind wir bei der Arzneimittelzulassung. Die Kosten explodieren – gerade im Bereich der sogenannten Orphan Drugs. Arzneimittelexperten sehen die Ursachen dafür auch in der Zunahme an beschleunigten Zulassungsverfahren durch die EMA. Was wollen Sie dagegen tun?

PETER LIESE Grundsätzlich ist die beschleunigte Zulassung von Orphan Drugs sinnvoll. Nur so können wir Patienten mit seltenen Erkrankungen überhaupt helfen. Falls es dabei zu unberechtigten Mitnahmeeffekten kommt, muss man nachjustieren.

TIEMO WÖLKEN Eine der obersten Prioritäten der EU im Gesundheitsbereich muss es sein, allen Patienten einen gleichermaßen gerechten und bezahlbaren Zugang zu lebensrettenden Arzneimitteln zu ermöglichen. Für das Wohlergehen ganzer Bevölkerungsgruppen in Europa ist ein mangelhafter Zugang zu unverzichtbaren Medizinprodukten eine ernste Bedrohung. Das bedeutet, dass Medikamente, selbst für seltene Krankheiten, nicht nur sicher und wirksam sind, sondern auch jederzeit verfügbar und erschwinglich sein sollten. Faktoren wie die Auswahl an Medikamenten auf dem



Dr. med. Peter Liese, geboren am 20. Mai 1965 in Olsberg, ist **Arzt und CDU-Politiker.** Nach seinem Medizinstudium promovierte er 1992 am humangenetischen Institut der Universität Bonn. Danach arbeitete er in Mittelamerika in einem Krankenhaus und in Entwicklungshilfeprojekten, bevor er **Stationsarzt in der Kinderklinik in Paderborn** wurde. Zwischen 1994 und 2003 praktizierte er in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin und Innere Medizin. **1987 trat Liese in die CDU ein.** Seit 1997 ist er Mitglied im Landesvorstand der CDU Nordrhein-Westfalen. Über die Landesliste wurde er **1994 in das EU-Parlament** gewählt. Seitdem vertritt er als EU-Abgeordneter die Region Südwestfalen. Liese ist **gesundheitspolitischer Sprecher der Europäischen Volkspartei (EVP).**





Markt, die Schwerpunktbereiche der Pharmaforschung oder die Preisfestsetzungs-, Kosteneindämmungs- und -Erstattungsrichtlinien einzelner Länder beeinflussen die Verfügbarkeit. Wir Sozialdemokraten wollen, dass diese Faktoren analysiert werden, um Hindernisse zu beseitigen und Ungleichheiten beim Zugang zu Medikamenten und Behandlungen für Patienten zu verringern.

Besondere Relevanz für Europa hat auch die Zunahme von Antibiotikaresistenzen. Eine Ursache wird in der Landwirtschaft gesehen. Die EU will sich dafür einsetzen, den Antibiotikaeinsatz zu reduzieren. Schafft sie es, sich gegen die mächtige Landwirtschaftslobby durchzusetzen?

PETER LIESE Wir haben – auch gegen Widerstand der Vertreter der Landwirtschaft – eine Reform des Veterinärarzneimittelrechts der EU beschlossen. Die Antibiotikagabe wird sehr viel strenger überwacht und bestimmte Reserveantibiotika, die in der Humanmedizin unverzichtbar sind, werden in der Tierzucht komplett verboten. Aus meiner Sicht ist jetzt die Humanmedizin selbst am Zug. Immer noch werden viele Arzneimittel unkritisch und ohne wirkliche Indikationsstellung verordnet. Und an der Hygiene im Krankenhaus hapert es nach wie vor. Darüber hinaus brauchen wir dringend einen gesetzlichen Rahmen, damit sich die Entwicklung neuer Antibiotika lohnt.

TIEMO WÖLKEN Neben der Reform des Veterinärarzneimittelrechts hat das Parlament unter Federführung der Sozialdemokraten im vergangenen Jahr den Aktionsplan zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen verabschiedet, der zu entschlossenem Handeln aufruft. Wir setzen uns für einen umsichtigen Einsatz von Antibiotika und eine vorausschauende Infektionsprävention und -bekämpfung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ein. Selbstverständlich betrifft Antibiotikaresistenz neben der Humanmedizin auch Veterinärmedizin, Tierhaltung, Landwirtschaft, Umwelt und Handel. Es darf nicht dazu kommen, dass gesunde Tiere Antibiotika verabreicht bekommen und dadurch unnötig Resistenzen aufgebaut werden. Resistenzen können nur mit einem ganzheitlichen Ansatz auf europäischer und nationaler Ebene und einer

Wir brauchen einen gesetzlichen Rahmen, damit sich die Entwicklung neuer Antibiotika lohnt.

engen Zusammenarbeit im öffentlichen Gesundheits- und Veterinärwesen wirksam bekämpft werden. Die EU nimmt hier bereits heute eine Vorreiterrolle bei Forschung und Innovation in der Diagnostik und bei der Behandlung ein.

Kommen wir zum Thema digitale Gesundheit. Können wir Deutschen in Sachen Digitalisierung von den anderen europäischen Ländern lernen?

PETER LIESE Wir können sehr stark von anderen europäischen Ländern lernen. Die Patienten verlangen auch mittlerweile massiv den Einsatz digitaler Technik. Deutschland muss dringend aufholen. Das Europäische Parlament und die Europäische Kommission haben schon 2011 im Rahmen der Patientenrechterichtlinie auf stärkere Harmonisierung in diesem Bereich gedrängt. Leider tritt Deutschland immer auf die Bremse, das muss sich meiner Meinung nach ändern.

TIEMO WÖLKEN Im europäischen Vergleich bewegt sich Deutschland nur langsam voran. So sind die Krankenkassen erst ab 2021 verpflichtet, ihre Versicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. Auch die Verwendung von eRezepten soll voraussichtlich erst im Frühjahr 2020 möglich sein. Der immer größere Einfluss von E-Health wird allerdings europaweit von grundlegender Bedeutung für die Art und Weise sein, wie wir in Zukunft eine hochwertige Gesundheitsversorgung erreichen. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit personenbezogenen Daten. Der Datenschutz darf nicht nur als Innovationshemmnis gesehen werden, sondern muss integraler Bestandteil der Entwicklung sein. Es muss zum Beispiel die sichere Übertragung von Gesundheitsdaten im digitalen Binnenmarkt möglich sein, um auch im EU-Ausland eine angemessene Behandlung zu erhalten. Diese Themen können nur durch eine koordinierte, sorgfältige und wirksame EU-Regulierung gelöst werden.

Was tut die EU, um eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme im Bereich E-Health zu ermöglichen?

PETER LIESE Die EU muss hier im Sinne von Patienten und Ärzten eine Führungsrolle einnehmen. Die Digitalisierung schreitet auch im Gesundheitsbereich immer weiter voran und

wir sollten die Chancen, die dies bietet, nicht ungenutzt lassen. Patienten besuchen heute unter anderem dank der EU-Patientenrichtlinie Ärzte im benachbarten EU-Ausland. Da ist es doch nur angebracht und folgerichtig, wenn den Ärzten dort auch alle relevanten Informationen über den Patienten vorliegen. Die EU sollte deshalb aus meiner Sicht die Voraussetzungen schaffen, dass die verschiedenen Systeme zumindest kompatibel sind, wenn es schon kein einheitliches System gibt. Auch der Datenschutz muss dann natürlich europaweit einheitlich gewährleistet werden.

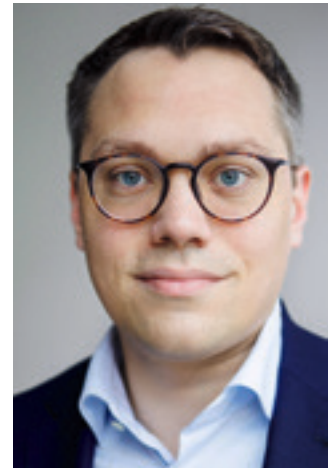
TIEMO WÖLKEN Das Ziel muss es sein, den Bürgern EU-weit Zugang zu einer vollständigen elektronischen Datei ihrer Gesundheitsdaten zu geben. Auf diese Weise sollten sie in der Lage sein, die Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten zu behalten und sie für medizinische Behandlung, Vorsorge, Forschung oder für andere Zwecke, die sie für angemessen halten, zur Verfügung zu stellen. Der unbefugte Zugriff auf die Daten muss ausgeschlossen und strafrechtlich sanktioniert werden.

Noch eine Frage zum politischen System der EU. Immer wieder wird kritisiert, dass das europäische Parlament zu geringe Einflussmöglichkeiten habe, etwa Gesetzgebungsprozesse anzustoßen. Was soll aus Ihrer Sicht geschehen, damit der Einfluss des Parlaments größer wird?

PETER LIESE Das Europäische Parlament hat

umfassende Rechte, zum Teil sogar mehr als der Deutsche Bundestag. Beispielsweise führen wir Anhörungen mit den Kommissarsanwärtinnen durch. Nur wer zeigt, dass er von dem Thema – zum Beispiel Gesundheit – Ahnung hat und auch eine Vorstellung davon, wohin es gehen soll, kann Kommissar werden. Das wäre in Deutschland und in deutschen Bundesländern sicher auch ein gutes Instrument. Auch in Berlin werden Gesetze meist nicht vom Bundestag, sondern von der Bundesregierung vorgeschlagen. Deshalb ist die Frage des Initiativrechtes sekundär, aber selbstverständlich wäre es sinnvoll, das einzufügen. Die Diskussion darum darf nun beim besten Willen nicht dazu führen, dass man die Wahl als unbedeutend ansieht. Das Europäische Parlament entscheidet konkret, auch im Rahmen der Gesundheitspolitik, daher sollte jeder Bürger von seiner Stimme Gebrauch machen.

TIEMO WÖLKEN Das Parlament hat mehr Rechte als gemeinhin angenommen wird. So müssen wir der Kommission in Gänze zustimmen und hören jeden Kommissar vor der Zustimmung in einem intensiven Hearing an. Dieses Recht hätten viele Bundestagsabgeordnete sicher gern, wenn Minister durch die Kanzlerin berufen werden. Dennoch ist es an der Zeit, das Europaparlament mit einem echten Initiativrecht auszustatten, damit nicht die Kommission alleine das Monopol hat, neue Gesetzesvorschläge zu machen. ■



Tiemo Wölken, geboren am 5. Dezember 1985 in Otterndorf, ist **Rechtsanwalt und SPD-Politiker**.

Drei Jahre vor Beginn seines **Studiums der Rechtswissenschaften 2006 in Osnabrück** trat er der **SPD-Jugendorganisation Jusos** bei – und ein Jahr später der SPD. Während seiner akademischen Ausbildung beschäftigte sich Wölken intensiv mit europäischem Recht. Von 2015 bis 2016 arbeitete er als **wissenschaftlicher Mitarbeiter am „Lehrstuhl für Öffentliches Recht, insbesondere Europa- und Völkerrecht“** an der Deutschen Universität für Verwaltungswissenschaften in Speyer. Ebenfalls **2016 rückte Wölken für den EU-Abgeordneten Matthias Groote in das EU-Parlament nach**. Dort vertritt er die Region Weser-Ems und ist **stellvertretendes Mitglied im Gesundheitsausschuss**.

Europa

Die Festlegung der Gesundheitspolitik sowie die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung ist in der Europäischen Union eine Angelegenheit der Nationalstaaten. Grundsätzlich kommen europäische gesetzgeberische Maßnahmen dort zum Einsatz, wo Ziele allein durch nationale Regelungen nicht zu erreichen sind. Das entspricht dem in der Europäischen Union geltenden Subsidiaritätsprinzip. Im Gesundheitsschutz ist dies unter anderem der Fall bei Maßnahmen zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte, der Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren und Fragen der Freizügigkeit

von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Seit 1995 wird beispielsweise die Sicherheit und Wirksamkeit neuer Arzneimittel zentral durch die European Medicines Agency (EMA) geprüft. Aktuell strebt die Europäische Union an, auch die Nutzenbewertung zu vereinheitlichen. Wichtige Regelungen mit Auswirkungen für die Gesundheitsversorgung entstehen regelmäßig auch dann, wenn die Europäische Union den Binnenmarkt gestaltet und die Grundfreiheiten der Europäische Union auslegt. Beispiele sind hier Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die Versicherungsvermittlungsrichtlinie oder Reformen der Mehrwertsteuervorschriften.



GLOSSAR

Wichtige Begriffe rund um die EU

Binnenmarkt

Der gemeinsame Binnenmarkt der EU wird durch die vier Grundfreiheiten determiniert: freier Waren-, Dienstleistungs-, Kapital- und Personenverkehr. Die Vollendung des Binnenmarkts ist aktuell über Schaffung eines digitalen Binnenmarkts angestrebt. Im Gesundheitswesen können diese Freiheiten zum Schutz der nationalen Sozialsysteme eingeschränkt werden. Freizügigkeit wird mit den Koordinierungsvorschriften über die Systeme der sozialen Sicherheit sowie den Regeln zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Fachkräfte- und Patientenmobilität) verwirklicht.

Delegierter Rechtsakt

Rat und Parlament ermächtigen die KOM, Durchführungsbestimmungen und ergänzende Rechtsakte zur Umsetzung von Verordnungen und Richtlinien zu erlassen. Eine gesonderte Zustimmung zum delegierten Rechtsakt durch EP und ER ist nicht notwendig.

Europäische Freihandelsassoziation (EFTA)

Gemeinschaft der Staaten Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz. Dient nur dem Wirtschaftswachstum, nicht der Integration in die EU; Stärkung des Freihandels, Abschaffung (nicht-)tarifärer Handelshemmnisse, Vereinheitlichung technischer Normen, wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit. Sitz in Genf.

Europäische Kommission (KOM)

Exekutivorgan der EU mit Verwaltungsapparat. Hat das alleinige Initiativrecht für die Erarbeitung neuer EU-Rechtsvorschriften, überwacht deren Umsetzung und Einhaltung. Kann Vertragsverletzungsverfahren einleiten. Setzt Beschlüsse von EP und Rat um. Verwaltet den Haushalt. Setzt sich aus einem Kommissar je Mitgliedstaat zusammen, Kommissionspräsident wird für fünf Jahre gewählt. Hauptsitz in Brüssel.

Charta der Grundrechte der Europäischen Union

Die Grundrechtecharta kodifiziert die bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rechte europäischer Bürger auf EU-Ebene. Seit dem Vertrag von Lissabon für EU-Institutionen und EU-Mitgliedstaaten (außer Polen und Vereinigtes Königreich) verbindlich, soweit sie Gemeinschaftsrecht umsetzen. Soweit nationale Verfassungen weitergehende Grundrechte garantieren, werden diese nicht eingeschränkt.

Europäische Arzneimittelagentur (EMA)

Zuständig für die Beurteilung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln. Die KOM entscheidet auf Basis dieser Beurteilungen über Zulassungsanträge in der EU; zentrale Zulassung gilt für den gesamten EWR; setzt sich zusammen aus sieben

wissenschaftlichen Ausschüssen; ihre Mitglieder werden von den nationalen Arzneimittelbehörden ernannt; Sitz bisher in London, seit März 2019 in Amsterdam.

Europäische Gesundheitsplattform

Berät die KOM und ggf. auch die Mitgliedstaaten in Gesundheitsfragen. Informiert und bezieht Interessengruppen in die europäische Gesundheitspolitik ein, trägt zur Erarbeitung politischer Maßnahmen bei. Setzt sich zusammen aus rund 50 Nichtregierungsorganisationen und europäischen Dachorganisationen aus dem Gesundheitsbereich.

Europäisches Parlament (EP)

Vertritt die Bürger in der EU. Kann zusammen mit dem Rat Legislativvorschläge annehmen und ändern. Übt demokratische Kontrolle aus (wählt Kommissionspräsidenten und Kommissare), Haushaltsbefugnis, Arbeit in Ausschüssen. EP-Präsident wird für die Dauer von zweieinhalb Jahren gewählt. Offizieller Sitz in Straßburg, Ausschuss- und Fraktionssitzungen überwiegend in Brüssel, Verwaltung teilweise in Luxemburg.

Europäischer Rat (ER)

Setzt sich zusammen aus den Staats- und Regierungschefs der Mitgliedstaaten, den Präsidenten des ER und der KOM sowie dem Hohen Vertreter der EU für Außen- und Sicherheitspolitik. Tagt mindestens zweimal im Halbjahr (EU-Gipfel) und legt allgemeine politische Leitlinien und Grundsatzentscheidungen der Union fest. Sitz in Brüssel.

Europäischer Wirtschaftsraum (EWR)

Weiterentwickelte Freihandelszone zwischen EU und EFTA, jedoch ohne Teilnahme der Schweiz. Ausdehnung des Binnenmarktes und Einhaltung der Wettbewerbsregeln; keine gemeinsame Agrarpolitik, keine Zölle, jedoch Grenzkontrollen.

Europarat

Wahlen zum EP in den Mitgliedstaaten. Mitglieder des EP werden seit 1979 von den Bürgern für einen Zeitraum von fünf Jahren direkt gewählt (Verhältniswahlssystem); unterschiedliche Wahlverfahren und Wahltermine in den Mitgliedstaaten. Die Wahlen zur neunten Wahlperiode finden vom 23. bis 26. Mai 2019 statt.

Fraktionen

Abgeordnete des EP schließen sich nach politischer Zugehörigkeit zusammen; mindestens 25 Abgeordnete sind zur Bildung einer Fraktion erforderlich. Derzeit acht Fraktionen und 22 fraktionslose Abgeordnete. In jeder Fraktion müssen Abgeordnete aus wenigstens einem Viertel der Mitgliedstaaten vertreten sein. Mitgliedschaft in mehreren Fraktionen ist nicht möglich. Die Aufnahme in eine Fraktion ist zum Teil von deren Zustimmung abhängig.

Fraktion Progressive Allianz der Sozialisten und Demokraten im EP (S&D)

Zweitgrößte Fraktion im EP; setzt sich zusammen aus sozialdemokratischen Parteien aus der EU (z. B. SPD) und Mitgliedern, die keiner Partei auf EU-Ebene angehören, aber ihrem politischen Programm nach der Sozialdemokratie nahestehen.

Europäische Union (EU)

Staatenverbund aus derzeit 28 Staaten in Europa. Gründungsmitglieder 1957: Deutschland, Frankreich, Italien und die Benelux-Staaten; Erweiterungen: 1973: Vereinigtes Königreich, Irland und Dänemark; 1981: Griechenland; 1986: Spanien und Portugal; 1995: Schweden, Finnland, Österreich; 2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn, Malta und Zypern; 2007: Rumänien und Bulgarien; 2013: Kroatien.

Europäische Zentralbank (EZB)

Notenbank der EU, zuständig für die Festlegung und Durchführung der Geldpolitik für das Euro-Währungsgebiet. Führt Devisengeschäfte durch, stellt das reibungslose Funktionieren der Zahlungssysteme und die Preisstabilität sicher. Bildet mit den nationalen Zentralbanken der EU-Staaten das Europäische System der Zentralbanken. Sitz in Frankfurt am Main.

Eurozone

19 Mitgliedstaaten führen den Euro als gemeinsame Währung und bilden damit die Eurozone: Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande,



Österreich, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien und die Republik Zypern.

Fraktion Europäische Volkspartei (EVP)

Größte Fraktion in der achten Wahlperiode. Setzt sich aus christlich-demokratischen und konservativ-bürgerlichen Mitgliedsparteien aus der gesamten EU zusammen, darunter die CDU/CSU aus Deutschland.

Fraktion Europäische Konservative und Reformisten (EKR)

Konservative und EU-kritische Fraktion im EP; umfasst u. a. Abgeordnete der deutschen Parteien ALFA und AfD.

Fraktion Allianz der Liberalen und Demokraten für Europa (ALDE)

Besteht aus den Abgeordneten der „ALDE-Partei“ (liberale Parteien, z. B. die FDP aus Deutschland) und der „Europäischen Demokratischen Partei“ (Vereinigung von Zentrumsparteien, z. B. „Freie Wähler“ aus Deutschland).

Fraktion Vereinte Europäische Linke/Nordische Grüne Linke (GUE/NGL)

Setzt sich aus Abgeordneten sozialistischer und kommunistischer Parteien zusammen, z. B. Die Linke aus Deutschland.

Fraktion Die Grünen/Europäische Freie Allianz (Grüne/EFA)

Besteht überwiegend aus Mitgliedern der „Europäischen Grünen Partei“ (z. B. Bündnis 90/Die Grünen aus Deutschland) und der „Europäischen Freien Allianz“.

Fraktion Europa der Freiheit und der direkten Demokratie (EFDD)

EU-skeptische und rechtspopulistische Fraktion im EP.

Fraktion Europa der Nationen und der Freiheit (ENF)

Setzt sich aus Mitgliedern von rechtspopulistischen bis rechtsextremen Parteien zusammen. Mehrheit der Mitglieder von der französischen Partei Front National.

Gericht der Europäischen Union (EuG)

Vormals Gericht erster Instanz; ist dem EuGH nachgeordnet und zu seiner Entlastung eingerichtet; für alle direkten Klagen (Nichtigkeit, Untätigkeit, Schadensersatz) zuständig. Ausnahme: Klagen sind dem Gerichtshof vorbehalten oder wurden an gerichtliche Kammern verwiesen.





Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH)

Rechtsprechungsorgan der EU. Setzt sich zusammen aus einem Richter je Mitgliedstaat, die von acht Generalanwälten unterstützt werden. Kontrolliert die einheitliche Auslegung und Anwendung der EU-Rechtsvorschriften. Anwendung des europäischen Rechts auf Grundlage der Verträge und der daraus entstandenen Richtlinien und Verordnungen. Entscheidet bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Mitgliedstaaten, EU-Institutionen, Unternehmen und Privatpersonen. Sitz in Luxemburg.

Gesetzgebungsverfahren auf EU-Ebene

Unterscheidung zwischen ordentlichem Verfahren, Anhörungsverfahren und Zustimmungsverfahren.

Ordentliches Verfahren

Wichtigstes Rechtsetzungsverfahren in der EU. Von der KOM vorgeschlagene Gesetze werden vom EP und Rat gemeinsam angenommen oder verworfen. Ohne Einigung kann kein Rechtsakt zustande kommen, bei anhaltender Uneinigkeit wird ein Vermittlungsausschuss eingesetzt. Kann bis zu drei Lesungen umfassen. Trend zum informellen Trilog.

Petition

Grundrecht der EU-Bürger. Können alle Personen/Organisationen mit Wohnort/Sitz in der EU als Einzelbeschwerde an das EP richten. Bezieht sich auf Angelegenheiten von öffentlichem oder privatem Interesse. Petitionsausschuss des EP prüft die Petition und verweist ggf. an die KOM. Bei Feststellung eines Verstoßes gegen EU-Recht wird beim EuGH Klage erhoben.

Präsident des Europäischen Rates (PER)

Oft als EU-Ratspräsident bezeichnet. Position innerhalb des Institutionengefüges der Europäischen Union. Wurde mit dem Vertrag von Lissabon geschaffen. Der Präsident leitet die Sitzungen des ER, hat dort jedoch kein Stimmrecht. Das Amt trat an die Stelle des früheren Vorsitzenden des ER.

Primärrecht

Europäische Verträge, durch den ER ausgehandelt und von den Mitgliedstaaten ratifiziert. Legt die Grundordnung der EU fest und allgemeine Rechtsgrundsätze, wie die vom EuGH verbindlich formulierten Grundrechte oder objektive rechtstaatliche Prinzipien.

Rat der Europäischen Union

Auch Ministerrat genannt. Zentrales Entscheidungsorgan der EU. Besteht aus Fachministern der EU-Mitgliedstaaten, wechselt seine Zusammensetzung je nach Beratungsgegenstand. Verabschiedet (zum Teil zusammen mit dem EP) Verordnungen, Richtlinien, Entschlüsse, Schlussfolgerungen. Vorsitz wechselt halbjährlich mit der EU-Ratspräsidentschaft.

Ratspräsidentschaft

Vorsitz im Rat. Wird von den EU-Mitgliedstaaten im Turnus wahrgenommen und wechselt alle sechs Monate. Neu seit Lissabon-Vertrag: Dreivorsitz für einen Achtzehnmonatszeitraum formuliert langfristige Ziele und erarbeitet ein gemeinsames, nachhaltigeres Programm. Jedes der drei Länder stellt ein eigenes, detaillierteres Sechsmonatsprogramm auf.

Richtlinie

Form der europäischen Gesetzgebung; muss von den Mitgliedstaaten innerhalb bestimmter Frist in nationales Recht umgesetzt werden; Staaten haben jedoch gewissen Spielraum zur Erreichung des Richtlinienziels (Wahl der Mittel), z.B. Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Sekundärrecht

Entspricht der Gesetzgebung der EU. Wird im Rahmen der primärrechtlichen Verträge und gemäß den dort festgelegten Regeln von EP und Rat erlassen. Beinhaltet verbindliche und nichtverbindliche Rechtsakte: Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen/Beschlüsse, delegierte Rechtsakte, Empfehlungen und Stellungnahmen.

Trilog

Verhandlung zwischen EP, Rat und KOM. In den EU-Verträgen dann vorgesehen, wenn der Rat Änderungsvorschlägen des EP aus der zweiten Lesung nicht zustimmt. Verhandlungen im Rahmen eines Vermittlungsausschusses. Informeller Trilog (ist vertraglich nicht festgelegt) beschleunigt das Gesetzgebungsverfahren, indem die Kompromissfindung im Dreiertreffen zwischen KOM, EP und Rat nach der ersten oder vor der zweiten Lesung vorbereitet wird. Dieses Verfahren wird immer häufiger genutzt.

Verordnung

Höchste Form der europäischen Gesetzgebung. Gilt unmittelbar in jedem Mitgliedstaat, bedarf keiner Umsetzung durch nationale Gesetzgeber. Steht im Konfliktfall über den nationalen Gesetzen, z.B. Datenschutz-Grundverordnung, Medizinprodukte-Verordnung.

Vertragsverletzungsverfahren

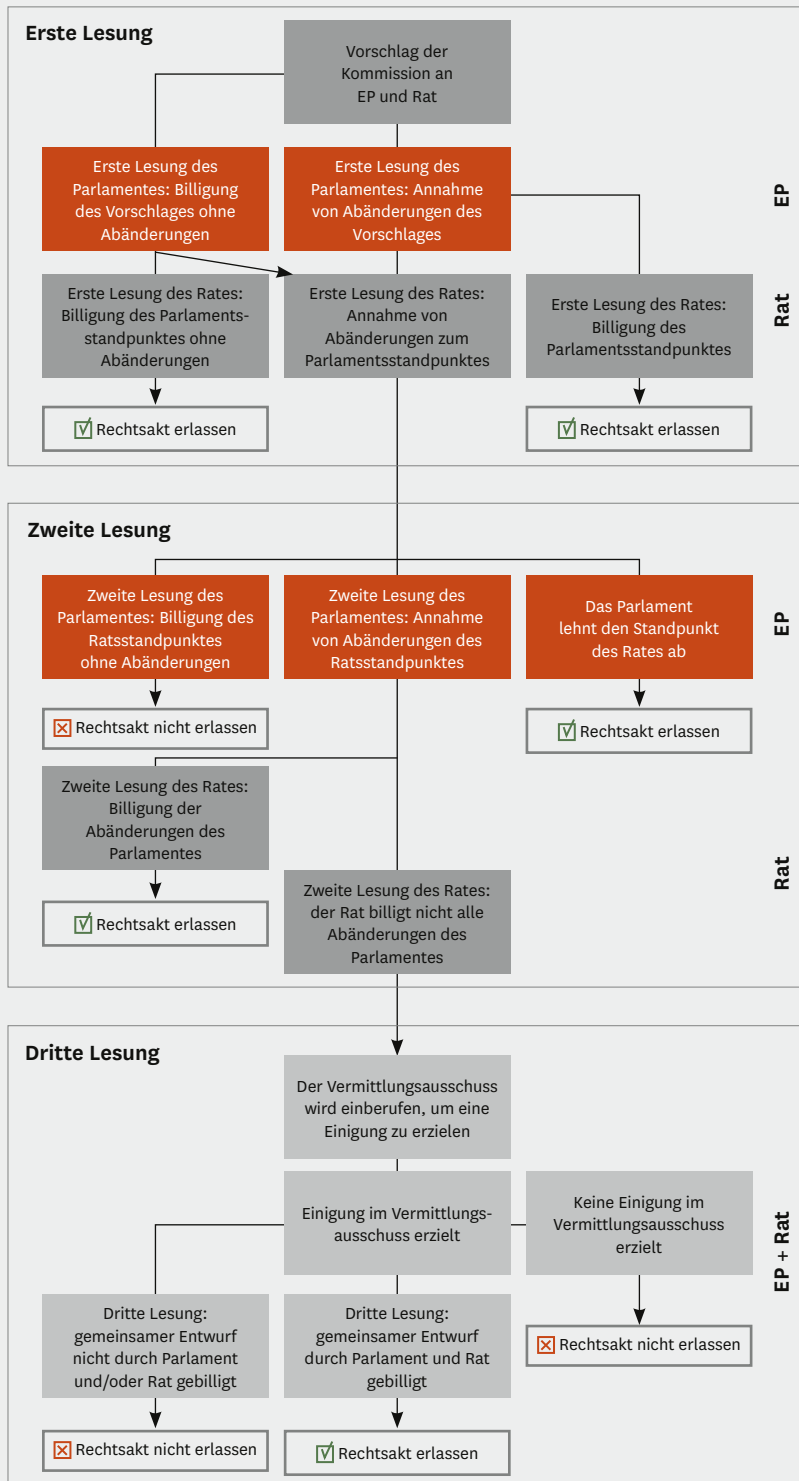
Eine Form der Klage vor dem EuGH. Kann von der KOM oder einem Mitgliedstaat angestoßen werden. Richtet sich immer gegen einen Mitgliedstaat, dem vorgeworfen wird, seine vertraglichen Pflichten zu verletzen. Stellt der EuGH eine Vertragsverletzung fest, muss der betreffende Staat den Mangel beheben, ansonsten wird beispielsweise ein Zwangsgeld erhoben.

Zollunion

Besteht seit 1968 in der EWG. Bewirkt, dass der Handel zwischen den EU-Mitgliedstaaten nicht durch Zölle behindert wird. Gemeinsame Außenzölle für Importe aus Drittstaaten.

Das Rechtsetzungsverfahren

Das ordentliche Gesetzgebungsverfahren (Artikel 294 AEUV)



EMA

Umzug nach Amsterdam

Die Europäische Arzneimittel-Agentur, englisch European Medicines Agency (EMA), hat am 9. Januar 2019 ihren vorläufigen neuen Hauptsitz in Amsterdam eröffnet. Der Umzug der EU-Behörde ist eine konkrete Folge des geplanten Austritts Großbritanniens aus der Europäischen Union (EU). So fällt mit dem Brexit London als bisheriger EMA-Standort weg. Insgesamt hatten sich 19 europäische Städte um den künftigen Sitz der EMA beworben, darunter auch Bonn.

Im Auftrag der Niederlande wird zurzeit im Finanzzentrum der Hauptstadt eine neue Zentrale für die EMA gebaut. Diese kostet 300 Millionen Euro und soll im November 2019 bezugsfertig sein. Die vorzeitige Kündigung des Mietvertrags über die ehemaligen Büros im Londoner Finanzviertel Canary Wharf durch die EMA verwarf derweil ein britisches Gericht. Dem Urteil zufolge müsse die Behörde weiterhin ihre Pflichten aus dem Mietvertrag erfüllen. Dieser läuft noch bis 2039 und ist etwa 575 Millionen Euro wert.

Die EMA ist verantwortlich für die wissenschaftliche Beurteilung und Überwachung von Arzneimitteln, die in der EU zugelassen sind. Innerhalb der Agentur sind verschiedene Ausschüsse mit verschiedenen Zuständigkeiten befasst. In diesen Ausschüssen wird jeder EU-Mitgliedstaat sowie die EU-assozierten Länder Island, Liechtenstein und Norwegen durch einen Repräsentanten vertreten. *ake*

<https://europa.eu> unter Über die EU-Agenturen der EU



G-BA

Impfung gegen Gürtelrose wird Kassenleistung

Die Impfung gegen Herpes zoster (Gürtelrose) wird für alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren sowie für Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung ab einem Alter von 50 Jahren Pflichtleistung aller gesetzlichen Krankenkassen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im März 2019 beschlossen. Die Schutzimpfungsrichtlinie wird an die entsprechende Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) angepasst.

Die Impfempfehlung der STIKO für alle Personen ab 60 Jahren berücksichtigt das mit dem Alter zunehmende Risiko für schwere Krankheitsverläufe des Herpes zoster und das Auftreten einer postherpetischen Neuralgie. Personen, die aufgrund einer Grunderkrankung eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung haben, sollten sich der Empfehlung entsprechend bereits ab einem Alter von 50 Jahren impfen lassen. Zu diesen Grunderkrankungen gehören beispielsweise Immundefizienz bzw. Immunsuppression, HIV-Infektion, rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale, chronische Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus.

Nach Untersuchungen des Robert Koch-Instituts (RKI) erkranken in Deutschland jährlich deutlich mehr als 300.000 Personen an Herpes zoster. Etwa fünf Prozent von ihnen entwickeln als Komplikation die postherpetische Neuralgie – das sind Nervenschmerzen, die Wochen bis Monate nach Abheilen des Hautausschlags bestehen bleiben können.

Hintergrund: Seit dem 1. April 2007 sind Schutzimpfungen Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zuvor waren sie freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen. *pm*

IGA.

Ratgeber Beruf & Pflege



Foto: romilink/Adobe Stock

Berufstätig sein und Angehörige pflegen – immer mehr Menschen in Deutschland müssen beides leisten. Rund 1,5 Millionen sind es nach Schätzungen bereits heute. Das stellt auch Unternehmen vor Herausforderungen: Viele wissen nicht, wie sie ihre pflegenden Mitarbeiter unterstützen können. Mit ihrem neuen iga.Wegweiser „Beruf und Pflegeverantwortung“ bietet die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hierbei Hilfe. Die kostenfreie Broschüre stellt ein Acht-Schritte-Programm vor, mit dem Führungskräfte und andere Personalverantwortliche die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Betrieb verwirklichen oder verbessern können, um damit auch qualifiziertes Personal in schwierigen Lebenslagen zu halten. Ein Notfallplan mit einer Checkliste zeigt Sofortmaßnahmen auf für den Fall, dass Angehörige von Mitarbeitern plötzlich pflegebedürftig werden. Die vorgestellten Maßnahmen werden anhand anschaulicher Praxisbeispiele erläutert. Sie können zudem dabei helfen, die Fehlzeiten pflegender Kollegen ohne zusätzliche Ressourcen von außen zu verringern. Des Weiteren informiert die iga.Broschüre über alle wichtigen gesetzlichen Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. *pm*

VERWALTUNGSGERICHT

Verbot eines Arzneimittelautomaten bestätigt

Das Verwaltungsgericht Karlsruhe hat mit einem Urteil vom 4. April 2019 das behördliche Verbot, apothekenpflichtige Arzneimittel mittels eines Automaten in den Verkehr zu bringen, bestätigt. Die Klägerin, eine niederländische Versandapotheke, bot seit dem 19. April 2017 in der Gemeinde Hüffenhardt eine „pharmazeutische Videoberatung mit angegliederter Arzneimittelabgabe“ an. Dazu wurde der Kunde in den Räumen einer ehemaligen Apotheke in Hüffenhardt über ein Videoterminal mit einem in den Niederlanden befindlichen Apotheker bzw. Pharmazeutisch-Technischen-Assistenten verbunden. Dieser entschied dann, unter anderem nach Kontrolle des eingescannten ärztlichen Rezepts, über die Ausgabe des von dem Kunden gewünschten Medikaments durch den mit einem Medikamentenlager verbundenen Arzneimittelautomaten.

Mit Bescheid vom 21. April 2017 untersagte das Regierungspräsidium Karlsruhe der Klägerin die weitere Abgabe apothekenpflichtiger Arzneimittel sowie mit sofortiger Wirkung die weitere Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel mittels des Automaten. Zur Begründung führte das Regierungspräsidium Karlsruhe aus, die Klägerin verstoße gegen das Arzneimittelgesetz, da sie apothekenpflichtige Arzneimittel außerhalb einer Apotheke und nicht im Rahmen ihres Versandhandels in den Verkehr bringe.

Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin vor dem Verwaltungsgericht Karlsruhe Klage erhoben. In der Begründung ihrer Klage vertrat die Klägerin insbesondere den Standpunkt, bei der Abgabe der Medikamente mittels Videochat handele es sich um eine Art des Versandhandels. Ihr Handeln sei deswegen von ihrer niederländischen Versandhandelserlaubnis gedeckt. Außerdem verstoße das Verbot gegen Europarecht. Das Verwaltungsgericht ist dieser Argumentation nicht gefolgt und hat die Klage abgewiesen. *pm*

BUNDESÄRZTEKAMMER

Jeder achte Arzt kommt aus dem Ausland

Die Bundesärztekammer hat am 29. März 2019 ihre Ärztestatistik für das Jahr 2018 vorgestellt. Der Statistik zufolge waren 392.402 Ärzte in Deutschland berufstätig. Dies sind 1,9 Prozent mehr als im Jahr 2017. Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen ist dabei erneut angestiegen. Er beläuft sich nun auf 47,2 Prozent. Wie aus der Ärztestatistik hervorgeht, hat sich die Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte seit 1996 fast versechsfacht. Sie stieg im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr auf rund 40.000 (plus 10,6 Prozent). Dagegen ist die Zahl der niedergelassenen Ärzte im vergangenen Jahr um 884 auf 117.472 gesunken. Dies entspricht einem Minus von 0,7 Prozent. Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärzte ist bezogen auf alle ärztlich Tätigen fast unverändert geblieben und beläuft sich auf 51,4 Prozent (Vorjahr: 51,5 Prozent).



Foto: Jenner/Adobe Stock

Etwas Entlastung schafft der Zuzug von Ärzten aus dem Ausland. Die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärzte ist im Jahre 2018 um rund 3.500 auf annähernd 55.000 gestiegen. Die größte Zahl berufstätiger ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (4.312), Syrien (3.908) und Griechenland (2.777), gefolgt von Österreich (2.309). *pm*

GKV UND KBV

Gesundheitsuntersuchung: Übergangsfrist sorgt für Klarheit

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich am 9. April 2019 auf eine Übergangsfrist für die überarbeitete regelmäßige Gesundheitsuntersuchung verständigt. Beide Seiten vereinbarten, dass für Versicherte, bei denen im Jahr 2017 eine Gesundheitsuntersuchung (Check-up) durchgeführt worden ist, noch bis zum 30. September 2019 das „alte“ zweijährige Untersuchungsintervall gilt.

Zum Hintergrund: Im vergangenen Jahr hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zur Gesundheitsuntersuchung angepasst. Insbesondere wurden die Leistungen ausgeweitet und die Untersuchungsintervalle für Versicherte ab 35 Jahre von zwei auf drei Jahre verlängert. *pm*

SOZIALGERICHT

Krankengeld im Urlaub

Wer krank ist, kann Krankengeld erhalten. Dies gilt auch für jemanden, der während der Krankschreibung in Urlaub fährt. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit durchgängig bescheinigt wird. Der behandelnde Arzt darf außerdem keine Bedenken gegen den Auslandsurlaub haben. Das hat das Sozialgericht Karlsruhe entschieden (Az.: S 4 KR 2398/17).



Foto: Robert Kneschke/Adobe Stock

In dem verhandelten Fall bezog ein Mann Krankengeld von seiner gesetzlichen Krankenkasse. Da er bereits vor seiner Erkrankung Urlaub gebucht hatte, fragte er nach, ob er für einen Erholungsurlaub mit seiner Familie für knapp zwei Wochen in ein Ferienhaus an der Mittelmeerküste fahren könne. Dabei legte er eine Bescheinigung seines Arztes über seine Reisefähigkeit vor. Auch waren für diesen Zeitraum keine Arzttermine geplant. Die Krankenkasse wollte jedoch für den Auslandsurlaub kein Krankengeld zahlen. Sie verwies unter anderem darauf, dass eine positive Auswirkung des Urlaubs auf die Genesung nicht gesichert sei.

Der Mann setzte seine Ansprüche auf Krankengeld beim Sozialgericht durch. Die Krankenkasse habe ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt, befand das Gericht. Sie hätte die möglichen Vorteile eines Erholungsurlaubs für den Kläger besser berücksichtigen müssen. Auch habe die Krankenkasse nicht beachtet, dass der Urlaub schon vor der Arbeitsunfähigkeit gebucht war. *pm*

MAGAZIN

Jahresverzeichnis

Das Jahreshalts- und -Verfasserverzeichnis für den 98. Jahrgang von *ersatzkasse magazin* kann kostenlos als PDF-Datei heruntergeladen werden. Es beinhaltet die Gesamtübersicht der Themen und Autoren der sechs Ausgaben des Jahres 2018.

www.vdek.com unter Magazin/Jahresverzeichnisse





BIBLIOTHEK

GUTACHTEN

Wettbewerb in der GKV

Im Gutachten arbeitet die Monopolkommission die wichtigsten Wettbewerbsdefizite im gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssystem heraus und formuliert Empfehlungen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen diese insbesondere die Stärkung des Selektivvertragswettbewerbs, die effizientere Gestaltung des Risikostrukturausgleichs und die Aufsicht über die Kassen. Im privaten Krankenversicherungsmarkt werden Probleme und Verbesserungspotenziale in Bezug auf die Steigerung des Bestandskundenwechsels (Übertragbarkeit von Rückstellungen), die Öffnung der GOÄ und bei Unternehmenszusammenschlüssen thematisiert.



Monopolkommission (Hg.)
Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem – Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB
Sondergutachten der Monopolkommission
Band 75, 2017, IX, 171 S., € 46
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

STRUKTURREFORM

Lage der stationären Versorgung

Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Politik, Ärzteschaft, Krankenkassenverbände, Behörden, Patienten- und Verbrauchervertretung sowie Wirtschaft und Patientenrecht skizzieren die aktuelle Lage der stationären Versorgung in Deutschland sowie Trends und Anforderungen an eine zukünftige Krankenhauslandschaft im Jahr 2030. Neben neuen Handlungsfeldern wie dem digitalen Krankenhaus, der Qualität als Wettbewerbsfaktor und der Kultursensibilität diskutieren Experten über Themen wie Krankenhausstruktur und -planung, Investitionsstau, Mengendruck, das DRG-System, MDK-Prüfungen und Versorgungsmodelle der Zukunft.



Dr. Dirk Janssen und Prof. Dr. Boris Augurzyk (Hg.)
Krankenhauslandschaft in Deutschland – Zukunftsperspektiven, Entwicklungsstrategien
2018, 296 S., € 49
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

VORSORGE

Patienten- und Betreuungsverfügung

Dieser Wegweiser bietet bundesweit gültige Verbundformulare (im DIN-A4-Format und leicht heraustrennbar) zu Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und deren Ergänzung im Fall schwerer Krankheit. Er informiert über Vorsorge durch Vollmacht, warum eine Generalvollmacht allein nicht ausreicht, was eine Betreuungsverfügung ist, weshalb eine Patientenverfügung so wichtig ist und vieles mehr. Konkrete Formulierungsvorschläge für Patientenverfügungen unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2016 runden den Ratgeber ab.



Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Hg.)
Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
18. Auflage 2017, 47 S. + Einhefter, € 5,50
Verlag C. H. Beck, München

Haushaltsrecht

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

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

Haushaltsrecht der Sozialversicherung

2. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk 1.870 S. in einem Ordner, € 112
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Prävention statt Entschädigung

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

Prof. Dr. jur. Gerhard Mehrtens

Gesetzliche Unfallversicherung

1. Lfg., 01/2019.
Gesamtwerk 2.080 S. in einem Ordner, € 118
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Kommentar zur Arbeitsförderung

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

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

SGB III – Arbeitsförderung

2. Auflage, 1. Lfg., 01/2019.
Gesamtwerk 4.846 S. in drei Ordnern, € 254
Erich Schmidt Verlag, Berlin

LEITFADEN

Integrale Organisationsentwicklung

Das erste Kapitel des Buches gibt einen Überblick über die historische Entwicklung von Organisationsparadigmen, bevor im zweiten Kapitel Strukturen, die Praxis und die Kultur von Organisationen, die ein erfüllendes und selbstbestimmtes Handeln der Menschen ermöglichen, anhand ausgewählter Beispiele vorgestellt werden. Auf die Bedingungen, Hindernisse sowie Herausforderungen bei der Entwicklung dieser evolutionären Organisationen wird in Kapitel drei eingegangen. Hier entwirft der Autor einen Leitfaden für den Weg hin zu einer ganzheitlich orientierten und sinnstiftenden Organisation.



Frederic Laloux
Reinventing Organizations
2015, VIII, 356 S., € 39,80
Verlag Franz Vahlen, München

JAHRBUCH

Überblick über das Sozialrecht

Das Jahrbuch des Sozialrechts gibt einen zusammenfassenden, systematischen 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 unter anderem zu allen Bereichen der Sozialversicherung, zu Arbeitsförderung und Grundsicherung für Arbeitsuchende, zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, zur sozialen Entschädigung, 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
2017**
**Gesetzgebung – Verwaltung –
Rechtsprechung – Literatur**
Reihe: Jahrbuch des Sozialrechts
Band 39, 2019, 586 S., € 152
Erich Schmidt Verlag, Berlin

RATGEBER

Ernährung im stressigen Alltag

Gesunde Ernährung funktioniert auch im stressigen Alltag, zeigt die Autorin in diesem Buch. Dafür muss niemand stundenlang in der Küche stehen. Das Erfolgsrezept: Ein wenig Organisationsgeschick, jeden Tag wenige Minuten in die Essenszubereitung investieren und unterwegs kluge Entscheidungen treffen. Dank des 10-Punkte-Plans kann jeder gesunde Ernährung einfach und flexibel umsetzen – am Schreibtisch, unterwegs und in stressigen Situationen.



Sarah Tschernigow
**NO TIME TO EAT – Auf die
Schnelle gesund ernähren**
2019, 272 S., € 12
Ullstein Buchverlage GmbH,
Berlin

Ergänzende Gesetze von A–Z

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

GAZ – SV
86. Lfg., 11/2018.
Gesamtwerk in einem Ordner, € 149
CW Haarfeld GmbH, Hürth

Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

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

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer
ÄGUV
197. Lfg., 12/2018.
Gesamtwerk in zwei Ordnern, € 189
CW Haarfeld GmbH, Hürth

Recht der Krankenversicherung

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

Prof. Dr. Wolfgang Noftz (Hg.)
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
1. Lfg., 01/2019.
Gesamtwerk 13.102 S. in sieben Ordnern, € 204
Erich Schmidt Verlag, Berlin



BIBLIOTHEK

FORSCHUNGSARBEIT

Leitende in Hospiz und Palliative Care

Diese Forschungsarbeit beleuchtet einen wenig beachteten Aspekt der Hospizarbeit und Palliative Care: Führung und Leitung. Grundlage sind qualitative Interviews mit Führungskräften aus Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich. Im Zuge der Darstellung und theoretischen Reflexion ihrer Ergebnisse arbeitet die Autorin zentrale Spannungsfelder heraus, in denen sich Leitende im Feld Hospizarbeit und Palliative Care bewegen. Darauf aufbauend entwickelt sie Empfehlungen für das hospizlich-palliative Leitungshandeln.



Anne Elisabeth Höfler
Führen und Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care
2012, 268 S., € 34,95
Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

PFLEGEREFORM

Herausforderungen in der Pflege

In der Agenda Pflege 2021 zeigen Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft, Pflegeverbänden sowie gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung in neun Analysen Wege auf, wie sich die Qualität der Pflege weiter erhöhen, Unterstützungspotenziale ausbauen, Fehlanreize vermeiden und Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden verbessern lassen.



Nadine-Michèle Szepan und Franz Wagner (Hg.)
Agenda Pflege 2021 – Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs
2018, 196 S., € 16,80
KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin

STANDARDWERK

Einstieg in die ärztliche Fachsprache

Dieses Standardwerk der medizinischen Fachsprache bereitet nicht nur optimal auf Prüfungen vor, sondern ist auch ein wertvoller Begleiter bei der täglichen Arbeit. Denn nur mit Hilfe einer einheitlichen und präzisen Fachsprache ist ein schneller und eindeutiger Informationsfluss zwischen allen in Heilberufen Tätigen gewährleistet. Erläutert werden die wesentlichen Regeln der lateinischen Grammatik, die medizinische Fachsprache und ihre Anwendung in der Praxis sowie eine Vokabelliste zur medizinischen Terminologie. Übungsaufgaben mit Lösungen helfen, das erworbene Wissen zu überprüfen und zu festigen.



Axel Hinrich Murken
Lehrbuch der Medizinischen Terminologie – Grundlagen der ärztlichen Fachsprache
6. Auflage 2019, XII, 230 S., € 27,80
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Arzthaftpflicht in der Praxis

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

Eva Ohlsberg (Hg.)
Arzthaftpflicht-Rechtsprechung (AHRs), Teil III
1. Lfg., 02/2019.
Gesamtwerk 8.774 S. in sechs Ordnern, € 186
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Sozialrechtliche Vorschriften

Der Kommentar bietet alle relevanten arbeits- und sozialrechtlichen Vorschriften rund um die Themengebiete Entgeltfortzahlung bei Kuren und an Feiertagen, im Krankheitsfall, Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherungen, Mutterschaftsgeld, Besonderheiten bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie Folgen einzelner Leistungen für Sozialversicherungsbeiträge und vieles mehr.

Dr. Gerhard Knorr, Prof. Dr. Otto Ernst Krasney
Entgeltfortzahlung – Krankengeld – Mutterschaftsgeld
1. Lfg., 02/2019.
Gesamtwerk 1.642 S. in einem Ordner, € 94
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Rund um die Notfallversorgung

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

Werner Gerlach
Krankentransport und Rettungsdienst
1. Lfg., 02/2019.
Gesamtwerk 4.605 S. in drei Ordnern, € 157
Erich Schmidt Verlag, Berlin



STECKBRIEF

Ilka Wölfe

Alter 41

Wohnort Brüssel

Tätigkeit Direktorin der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung

Ausbildung Volljuristin und Master im Europäischen Recht (LL. M.)

Hobbys Meine Familie, lesen, laufen, kochen und backen

Lieblingsgericht Gegrilltes von meinem Mann

Gesundheit bedeutet für Sie ...

... ein ganzheitliches Wohlbefinden.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Eine Balance zwischen Bewegung, herausfordern- den Aufgaben sowohl im beruflichen und privaten Kontext und eine Prise Entspannung.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Ich kenne keine Stoptaste.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Risiken und Nebenwirkungen.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Das deutsche Gesundheitssystem liefert eine verlässliche und umfangreiche Versorgung in unterschiedlichen Lebenslagen und -abschnitten, gerade im europäischen Vergleich.

Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... eine zeitnahe, qualitative und hochwertige Versorgung im Versicherungsfall, die im besten Fall auch innerhalb Europas gewährleistet werden sollte.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Intrigen, unverbindliche Floskeln, wohltonende Versprechungen und Gesetze, die sich als Bürokratiemonster entpuppen.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Ich fühle mich sehr wohl in meiner Haut. Einen Tag lang würde ich aber gerne mal ein Mann sein, um zu erfahren, wie er die Welt sieht.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Einatmen. Ausatmen. Lächeln.



Hauptsache auftanken!

Im April feiern wir Ostern. Gehören Sie auch zu denjenigen, die sich auf das Fest freuen und etwas Schönes unternehmen? Dann geht es Ihnen wie vielen Menschen in Deutschland. Nur einige wenige können dem Fest nichts abgewinnen, zeigt eine aktuelle Umfrage von Kantar Emnid. Wer sich im Bekanntenkreis umhört, stellt schnell fest, dass der Blick auf Ostern viele Facetten hat: „Endlich ein paar freie Tage“, freut sich so mancher Berufstätige. Andere wiederum nutzen die Zeit für einen Kurzurlaub. Für manchen ist der Besuch eines Gottesdienstes an Ostern nach wie vor wichtig. Bei vielen Menschen erwacht zudem das Gärtnerherz: Sie säen Blumen in ihren Gärten – und einige denken dabei ganz bewusst an die bedrohten Bienen –, auf dass im Sommer ein Bienenparadies erblühe.

Bei allem, was zu Ostern gehört, steht ein Wunsch ganz oben: mit Familie oder Freunden zusammen zu sein. So tanken wir neue Energie und Zuversicht. Von daher ist Ostern vor allem ein Fest der Nähe, der gemeinsamen Unternehmungen, des Austauschs: bei schönem Wetter angrillen, spazieren gehen, mit der Familie verreisen. Und oft dürfen dabei auch lang gepflegte Traditionen nicht fehlen, wie das Osterfeuer oder die Ostereiersuche mit den Kindern. In manchen ländlichen Gegenden lassen die Menschen sogar ein hölzernes Feuerrad einen Abhang hinunterrasen.

Osterbräuche leben weiter fort – auch wenn der christliche Glaube an Bedeutung verloren hat. Der Allensbach-Forscher Thomas Petersen macht das Festhalten an Bräuchen an dem „starken Gefühl der Zugehörigkeit zur christlichen Kulturtradition“ fest. Eine Befragung zu christlichen Einstellungen ergab weiterhin, dass trotz rückläufiger Religiosität beispielsweise die christlichen Weihnachtsbräuche nur wenig an Bedeutung verloren haben. Gleiches dürfte für die vielfältigen und regional unterschiedlichen Osterbräuche gelten. Man pflegt an Ostern geselliges Beisammensein und eben auch die lieb gewonnenen Bräuche.

In diesem Sinne wünschen wir ein schönes Osterfest.

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, Raffaele Nostitz,
Nicole Janke

Redaktionsanschrift

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

Layout

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

Repro und Druck

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

Erscheinungsdatum

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

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

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

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

Mitgliedskassen

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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

BARMER

BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk – Handelskrankenkasse

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

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



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel 030/26931-1205
Fax 030/26931-2900