# ersatzkasse magazin.



BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN - MEHR GELD MEHR VERANTWORTUNG - DIGITALE UNTERSTÜTZUNG



#### "Auf Potenziale im Alter fokussieren"

Interview mit Gerontopsychologin Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

#### Sozialwahl 2023

Online-Wahlen sollten endlich eingeführt werden

#### **Beamte**

Wahlfreiheit zwischen PKV und GKV

## Fachkräftegewinnung

Gemeinsam mit Akteuren aus der Pflege will die Bundesregierung die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte verbessern. Außerdem gewinnt die Suche nach Pflegekräften im Ausland an Bedeutung



### 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 ₩ @vdek\_Presse

#### Baden-Württemberg

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

#### Bayern

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

#### Berlin/Brandenburg

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

#### Bremen

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 74 a 19055 Schwerin Tel.: 03 85/52 16-0 Fax: 03 85/52 16-1 11 lv-mecklenburgvorpommern@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.: 0211/38410-0 Fax: 0211/38410-20 lv-nordrhein-westfalen@ vdek.com

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

#### Rheinland-Pfalz

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

#### Saarland

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

#### Sachsen

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

#### Sachsen-Anhalt

Schleinufer 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.: 0431/97441-0 Fax: 0431/97441-23 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,

d

ie parlamentarische Sommerpause hat Ende Juni begonnen und wird noch bis Anfang September andauern. Doch von Sommerloch zunächst keine Spur. So wurden im Bereich der Gesundheitspolitik im Juli noch einige Gesetze auf den

Weg gebracht: Im Kabinett verabschiedet wurden das MDK-Reformgesetz mit der Reform der Abrechnungsprüfung in den Krankenhäusern und der Reform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), das Masernschutzgesetz mit der geplanten Einführung der Masern-Impflicht sowie das Vor-Ort-Apothekengesetz, das einheitliche Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel (auch für Online-Apotheken) vorsieht. Schließlich legte das Bundesgesundheitsministerium neben einem Referentenentwurf für ein Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz noch einen Diskussionsentwurf für die Reform der Notfallversorgung vor, der im August mit den Bundesländern diskutiert werden soll. Es geht um die Entlastung der überfüllten Notaufnahmen in den Krankenhäusern, auch ein zentrales Anliegen der Ersatzkassen.

Noch immer auf sich warten lässt dagegen der Kabinettsentwurf zum "Faire-Kassenwahl-Gesetz". Zwei Urteile des Bundessozialgerichts zum Thema Wahltarife und Werbung heizten die Diskussion um die Vereinheitlichung der Aufsicht noch einmal an. Viele Rechtsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen ließen sich wohl vermeiden, wenn eine einheitliche Aufsicht über die Einhaltung der Gesetze und Wettbewerbsgrundsätze wachen würde. Eine weitere Facette in der Diskussion um faire Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ist dagegen schon in der

Umsetzungsphase. 13.000 neue Stellen sollen in der Altenpflege geschaffen werden, von den Krankenkassen finanziert und organisiert. Doch woher die Pflegekräfte nehmen? Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) das Programm Triple Win aufgelegt. Es bereitet qualifiziertes Pflegepersonal in Nicht-EU-Ländern auf eine Beschäftigung in Deutschland vor. 3.000 Pflegekräfte wurden bereits vermittelt. Aber es muss auch darum gehen, Pflegekräfte zu halten. Die Ersatzkassen haben ein Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. Der vdek koordiniert das Projekt MEHRWERT:PFLEGE.

Derweil bereiten sich die Ersatzkassen bereits auf die Sozialwahl 2023 vor. Das dauert zwar noch eine Weile, doch drängen die Ersatzkassen darauf, dass die Wählerinnen und Wähler ihre Stimme neben der Briefwahl auch online abgeben können. Dazu müsste der Gesetzgeber die Weichen jetzt stellen. Ein aktuelles Working Paper zeigt auf, dass es verfassungsrechtlich keine Hürden geben dürfte. Die Autoren Prof. Dr. Indra Spiecker gen. Döhmann und Dr. Sebastian Bretthauer erläutern die rechtliche Zulässigkeit einer Online-Wahl in ersatzkasse magazin.

Zum Schluss der Hinweis auf unser Interview mit Prof. Dr. Eva-Marie Kessler über das Altern. Es lehrt uns: Nicht nur die Zeit, auch das Altern ist relativ. Ob biologisch, sozial, psychologisch oder subjektiv: Mal ist man alt, mal jung. Daher, haben Sie keine Angst vorm Altern, meint

Ihre

Di do cla f & find



**Michaela Gottfried** Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

#### (-)

## Inhalt 4/2019

O		

scriwaciiung der selbstverwaltung streichen				
Zehn Jahre vdek in Berlin				
Wahlfreiheit für Beamte längst überfällig				
Brüssel nach der Europawahl				
Prävention: Kassen investieren 5,8 Milliarden Euro .				
Interview mit Prof. Dr. Eva-Marie Kessler				
Einwurf: Einheitliche Kassenaufsicht!	19			
AUS DEN KASSEN  Zahngesundheitsatlas der BARMER	20			
Online-Wahl rechtlich zulässig	24			
Interview: Sozialwahl modernisieren				
Drei Fragen an Dr. Priit Vinkel	28			

#### TITEL FACHKRÄFTEGEWINNUNG

Konzertierte Aktion Pilege	30
13.000 neue Stellen für Pflegeheime .	33
Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten	34
MEHRWERT:PFLEGE	36
Drei Fragen an Nadine Henke	37
	_
VERMISCHTES	
Für Sie gelesen: Bibliothek	39
Für Sie gelesen: Bibliothek Zehn Jahre vdek-Zukunftspreis	
	40







#### TITELTHEMA

#### Fachkräftegewinnung

Gemeinsam mit wichtigen Akteuren in der Pflege hat die Bundesregierung Maßnahmen entwickelt, um die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern. Etwa über die neu geschaffenen 13.000 Stellen in der Altenpflege, die von den Krankenkassen finanziert und organisiert werden. Außerdem gewinnt die Suche nach Pflegekräften im Ausland an Bedeutung. Dafür hat die Bundesagentur für Arbeit mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit das Programm Triple Win aufgelegt.

#### INTERVIEW

#### "Auf Potenziale im Alter fokussieren"

Im Jahr 2030 werden die Über-65-Jährigen rund 30 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Vor diesem Hintergrund kommt der Versorgung älterer Menschen eine immer größere Bedeutung zu. Prof. Dr. Eva-Marie Kessler ist Gerontopsychologin an der MSB Medical School Berlin. Im Interview mit ersatzkasse magazin. spricht sie über die Bedeutung des Alterns, die Einflüsse auf das Wohlergehen im Alter und die Versorgungssituation älterer Menschen.





#### **IM FOKUS**

#### Sozialwahl

Um die Modernisierung der Sozialwahlen voranzutreiben und die Wahlbeteiligung zu erhöhen, plädieren die Ersatzkassen dafür, sie auch als Online-Wahlen durchzuführen. Bei Einhaltung der Sicherheitsaspekte ist dies rechtlich zulässig, wird in anderen Rechtsbereichen längst praktiziert und sollte daher auch für die Sozialwahl 2023 dringend eingeführt werden.



#### INTENSIVPFLEGE

#### vdek begrüßt Neuregelung

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt den Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Verbesserung der Versorgung von Schwerstkranken, die künstlich beatmet werden. Es wird ein neuer Leistungsanspruch "Außerklinische Intensivpflege" eingeführt. Die Versorgung soll zukünftig in hochspezialisierten Pflegeeinrichtungen erfolgen. Dazu werden auf Bundesebene Qualitätsanforderungen an die ambulanten Pflegedienste/Wohneinheiten und an die vollstationären Pflegeeinrichtungen beschlossen. Der Anspruch auf die neue Leistung besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder Wohneinheiten, die die Qualitätsanforderungen erfüllen. Für unter 18-Jährige kann die Versorgung auch bei den Betroffenen zu Hause erfolgen. Zudem werden die Eigenanteile, die bei der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten sind, stark reduziert. / pm

#### IOTIG

#### Dritter Tätigkeitsbericht veröffentlicht

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen dritten Tätigkeitsbericht vorgelegt. Er umfasst das Jahr 2018 und informiert hauptsächlich über die Entwicklungsprojekte sowie die 23 vom IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren im Regelbetrieb.

Ein wichtiger Meilenstein in der Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung war die termingetreue Umsetzung des Starts der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) im Jahr 2018. Mit diesem Verfahren wurden einige neue Vorgehensweisen und Methoden angewandt, deren erfolgreicher Einsatz für die Gestaltung künftiger Verfahren wichtige Impulse geben kann. \* pm

#### **Einsicht des Monats**

"Patienten, die langfristig beatmet werden müssen, sollen bestmöglich versorgt werden und es soll alles getan werden, um sie so schnell wie möglich von einer künstlichen Beatmung zu entwöhnen."

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) über den Entwurf für ein Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz gegenüber dem Redaktionsnetzwerk Deutschland im August 2019.

BUNDESBEHÖRDEN

## Fusion von DIMDI und BfArM

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) beabsichtigt, das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln und das Bonner Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zusammenzulegen. Die Fusion soll voraussichtlich im zweiten Quartal 2020 stattfinden. Wo die zusammengelegte Institution ihren Sitz haben wird, ist noch nicht bekannt. DIMDI und BfArM sind nachgeordnete Behörden des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). \* nj

VDEK-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

## Regelungen zur Schwächung der Selbstverwaltung streichen



Die aus Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber der Ersatzkassen bestehende Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) appelliert an die Politik, die in verschiedenen Gesetzentwürfen wie dem MDK-Reformgesetz vorgesehenen Regelungen zur Schwächung der sozialen Selbstverwaltung zurückzunehmen. Der Verbandsvorsitzende des vdek, Uwe Klemens, hat auf der vdek-Mitgliederversammlung erklärt: "Die Politik beteuert seit Jahren die Bedeutung der Selbstverwaltung, handelt aber genau entgegengesetzt. Auch die Absichtserklärungen in den beiden letzten Koalitionsverträgen sind hohle Worte,

wenn man sich die Gesetzgebung der letzten Jahre anschaut." So wurden und werden weiterhin die Rechte und Handlungsspielräume der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung Schritt für Schritt beschnitten und im Gegenzug die Aufsichtsrechte und Entscheidungsbefugnisse des Bundes ausgebaut.

"Aus Sicht der Ersatzkassen und aus der Sicht vieler unserer Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung ist dieser Weg der Schwächung der Selbstverwaltung, der von der großen Koalition mit zunehmender Geschwindigkeit beschritten wird, nicht hinnehmbar. Die Selbstverwaltung stellt den Interessenausgleich der Beteiligten sicher und sorgt für praxisorientierte Lösungen, legitimiert durch gewählte Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber. Diejenigen, die die medizinische Versorgung finanzieren – nämlich Versicherte und Arbeitgeber – sollen auch über die Verwendung der Mittel mitbestimmen. Dieses demokratische Prinzip müssen wir für unsere Sozialversicherungssysteme erhalten", so der Verbandsvorsitzende. ≠ pm

www.iqtig.org

PERSONALIEN

#### Neuer gematik-Geschäftsführer



Seit 1. Juli 2019 ist Dr. Markus Leyck Dieken neuer Alleingeschäftsführer der gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. Dieken ist

Internist und Notfallmediziner. Er promovierte 2001 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Endokrinologie. Seine siebenjährige klinische Erfahrung umfasst stationäre und ambulante Tätigkeiten in Köln und Engelskirchen. Der Mediziner war zudem als Manager in der Pharmabranche bei verschiedenen Unternehmen tätig. Er leitete unter anderem Change-Management-Prozesse und gilt als IT-Spezialist. Bei der gematik löst Dieken seinen Vorgänger Alexander Beyer ab. \* pm

#### Huster steht AMNOG-Schiedsstelle vor

Der Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Stefan Huster leitet ab Juli 2019 als unparteiischer Vorsitzender die AMNOG-Schiedsstelle. Huster ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht an der Ruhr-Universität Bochum. Er wurde vom GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Pharmaverbände für vier Jahre in dieses Amt berufen. Die Schiedsstelle vermittelt im Zusammenhang mit Preisverhandlungen für neue Arzneimittel nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) zwischen Herstellern und Krankenkassen. Huster ist Nachfolger von Prof. Dr. Jürgen Wasem. / pm

VDEK-ZUKUNFTSFORUM

## Digitalisierung in der Psychotherapie

Mit neuen digitalen Angeboten wollen Startup-Unternehmen die psychotherapeutische Versorgung verändern. Auch die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten solche Online-Therapien an. Gleichzeitig begeben sich immer mehr Menschen in eine therapeutische Behandlung. Mit seinem Zukunftsforum am Mittwoch, 11. September 2019, greift der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die aktuelle Diskussion um die psychotherapeutische Versorgung im Zeichen der Digitalisierung auf.

Welche Auswirkungen haben die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 und die gerade beschlossene Reform der Bedarfsplanung auf das Versorgungsgeschehen? Können Apps & Co. die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verkürzen? Oder sind sie sogar ein vollwertiger Ersatz für eine persönliche Psychotherapie? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das vdek-Zukunftsforum.

Als politische Gesprächspartner stellen die Bundestagsabgeordneten Sabine Dittmar (SPD) und Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen) sowie der Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Gottfried Ludewig, ihre Sichtweisen dar.

Dr. med. Iris Hauth, Geschäftsführerin des Alexianer St. Joseph-Krankenhaus GmbH in Berlin-Weißensee und Vorstand der medizinischen Fachgesellschaft DGPPN, gibt einen Überblick über die bestehenden Online-Angebote zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, und Dr. Mario Weiss, Vorstand der GAIA AG und Anbieter des Online-Therapieprogramms Deprexis24, diskutieren, ob Apps die persönliche Psychotherapie überflüssig machen.

Das vdek-Zukunftsforum "Schafft die Digitalisierung die Psychotherapeuten ab?" findet statt am 11. September 2019 ab 17 Uhr in der vdek-Zentrale, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin. \* bij

Anmeldung unter www.vdek.com/anm-zf

Das schreiben die anderen

#### Widerspruchslösung Organspende

"Richtig ist: Es darf nicht so bleiben, dass in Deutschland jeden Tag Menschen sterben, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan bekommen. Richtig ist auch: Es ist mehr als wünschenswert, dass sich mehr Menschen Gedanken machen, ob sie selbst durch einen freiwilligen Akt der Solidarität daran etwas ändern wollen. Die Betonung liegt auf freiwillig. Falsch und unverhältnismäßig ist es dagegen, wenn ein Staat ohne ausdrückliche Zustimmung Menschen zu Organspendern erklärt."

Frankfurter Rundschau, 9.8.2019

#### Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU)

"Eines hat Jens Spahn in den vergangenen Monaten geschafft. Die Republik diskutiert so viel und so kontrovers wie lange nicht über Gesundheitspolitik – und sei es im Zweifelsfall nur, weil der zuständige Minister so sehr polarisiert, dass es kaum möglich ist, keine Meinung zu ihm zu haben. "

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 6.8.2019

#### Bundessozialgericht untersagt Rabattaktionen

"Dass sich die deutschen Sozialgerichte mit der Frage befassen müssen, ob eine gesetzliche Krankversicherung Mitglieder mit der Aussicht auf eine vergünstigte Couch ködern darf, liegt nicht zuletzt an der zersplitterten Aufsichtslandschaft."

HANDELSBLATT, 4.8.2019



#### Die aktuelle Zahl

83

Millionen Menschen lebten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Jahresende 2018 in Deutschland – und damit mehr als jemals zuvor.

#### **KABINETTSBESCHLUSS**

#### Entwurf des Masernschutzgesetzes

Kinder sollen wirksam vor Masern geschützt werden. Daher ist für sie künftig beim Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung, wie Kindertagesstätte oder Schule, eine vollständige Masern-Schutzimpfung nachzuweisen. Auch Personen, die dort arbeiten, sollen gegen die gefährliche Infektionskrankheit geimpft sein. Diese Regelungen sind unter anderem im "Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)" enthalten. Der Entwurf wurde am 17. Juli 2019 vom Bundeskabinett beschlossen. Das Gesetz soll am 1. März 2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. \* pm

SERVICE

#### Hebammenliste

Bundesweit über 18.000 freiberufliche Hebammen sind in einer Hebammenliste auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes mit ihrer Telefonnummer und/oder ihrer E-Mail-Adresse sowie ihrem kompletten Leistungsangebot aufgeführt. Damit soll die Suche nach einer Hebamme bundesweit erleichtert werden. Basis sind die Daten aller dem Hebammenvertrag beigetretenen Hebammen. Erst das im Mai in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte diesen Schritt für den GKV-Spitzenverband ermöglicht: bis dahin durften die gesetzlichen Krankenkassen eine solche bundesweite Übersicht nicht veröffentlichen. / pm www.gkv-spitzenverband.de/hebammenliste

**PFLEGEAUSBILDUNG** 

#### Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne veröffentlicht

Für die Anfang 2020 beginnenden neuen Pflegeausbildungen stehen die Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne ab sofort zur Verfügung. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hat die entsprechenden Rahmenpläne veröffentlicht. Pflegeschulen und die Träger der praktischen Ausbildungen erhalten damit konkrete Vorschläge für die Ausgestaltung der neuen Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz.

Die Rahmenpläne wurden am 26. Juni 2019 von der Fachkommission an Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn übergeben. Im Anschluss haben beide Ministerien sie auf die Vereinbarkeit mit dem Pflegeberufegesetz geprüft. Die Mindestanforderungen des Pflegeberufegesetzes und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden in vollem Umfang erfüllt.

Zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die berufliche Ausbildung in der Pflege wurde im November 2018 eine Fachkommission für die Amtsdauer von fünf Jahren eingesetzt. Das Gremium besteht aus elf ehrenamtlichen pflegefachlichen, pflegepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Expertinnen und Experten. Die Besetzung spiegelt die verschiedenen Versorgungsbereiche der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wider.

Die Rahmenpläne werden mindestens alle fünf Jahre auf ihre Aktualität geprüft und gegebenenfalls anpasst. // pm

www.bibb.de
> Seite 29

BMG

#### Reform der Notfallversorgung geplant

Ambulante und stationäre Notfallversorgung sowie Rettungsdienst sollen zu einem System der integrierten Notfallversorgung ausgebaut werden. Das geht aus einem Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hervor, der Mitte Juli 2019 an die Bundesländer als Diskussionsgrundlage verschickt wurde.

Patienten sollen besser durch das System gesteuert werden, um so insbesondere die Überlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern durch Patientinnen und Patienten mit Bagatellerkrankungen zu vermindern. Dazu sieht der Entwurf gemeinsame Notfallleitstellen vor, die rund um die Uhr erreichbar sind. Qualifiziertes Personal schätzt nach einheitlichen Standards die Dringlichkeit der medizinischen Versorgung ein und verweist die anrufenden Patienten an die angemessene Versorgungsebene. Der Rettungsdienst (Rufnummer 112) und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst (Rufnummer 116117) werden künftig möglicherweise zusammengelegt.



Zusätzlich sollen an bestimmten Krankenhäusern künftig integrierte Notfallzentren als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen für Notfallpatienten entstehen. Dort findet eine qualifizierte Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs statt. Die Zentren sollen von den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemeinsam betrieben werden. \*\* rn ZEHN JAHRE VDEK IN BERLIN

## Von der Sieg an die Spree

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist in seiner über 100-jährigen Geschichte mehrmals umgezogen. Die Nähe zur Politik und den Partnern im Gesundheitswesen gab den Ausschlag für den Ortswechsel Ende Juni 2009 in die Hauptstadt Berlin.

/Text/Michaela Gottfried

E

isenach, Hamburg, Berlin, Hamburg, Siegburg, Berlin. Der vdek, gegründet 1912 in Eisenach, hat eine wechselhafte Geschichte hinter sich, die sich auch mit den genannten Ortsnamen verbindet. Der Verband will

nah bei seinen Mitgliedskassen bzw. am politischen Geschehen sein. Nachdem die Bundesregierung ihren Dienstsitz im Jahr 1999 an die Spree verlegt hatte, zog es auch viele gesundheitspolitische Verbände und Organisationen in die Hauptstadt, darunter auch den vdek. Die Verlegung des Dienstsitzes war für den Verband und seine Mitgliedskassen ein strategisch bedeutender Schritt, zumal dieser Entscheidung – ausgelöst durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) und die Gründung des GKV-Spitzenverbandes – ein umfangreicher Reorganisationsprozess vorangegangen war.

Am 29. Juni 2009 nahmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Beschäftigung am Askanischen Platz in Berlin in unmittelbarer Nachbarschaft zum Handelsblatt, Tagesspiegel und Zeit Online wieder auf. Auch die Wege zum Bundestag, Bundesrat, Bundeskanzleramt, zur Bundespressekonferenz, zum GKV-Spitzenverband, Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zu vielen anderen gesundheitspolitischen Organisationen



Michaela Gottfried Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

sind kurz. Damit kann der Verband seine Kernaufgaben, die Interessenvertretung, noch besser wahrnehmen.

er Verband bündelt und vertritt die gemeinsamen (vertrags-) politischen Interessen der sechs Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) gegenüber der Politik und den Leistungserbringern, ist in wichtigen Gremien wie dem GKV-Spitzenverband oder G-BA aktiv und wird in parlamentarischen Prozessen angehört. Im Auftrag der Mitgliedskassen agiert der vdek als moderner Dienstleister seiner Mitgliedskassen, in deren Auftrag er eine Vielzahl operativer Aufgaben wahrnimmt, beispielsweise spezifische IT-Dienstleistungen im Bereich des Vertragsgeschäftes. Gleichzeitig sorgen 15 Landesvertretungen für die Präsenz vor Ort und gestalten dort die medizinische und pflegerische Versorgung gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern.

Und wo steht der Verband heute? Die Ersatzkassen konnten ihren Marktanteil in den zehn Jahren von damals 24 Millionen auf heute rund 28 Millionen Versicherte ausbauen. Neue Herausforderungen kommen auf die Ersatzkassen und den vdek zu: die Digitalisierung, der demografische Wandel und vieles mehr. Kreativität, Innovationskraft und Flexibilität sind also gefragt. Berlin als Standort bleibt dagegen vermutlich noch viele Jahre bestehen.





GKV ODER PKV

# Wahlfreiheit für Beamte längst überfällig

Mehrere Bundesländer wollen Beamten den Weg in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erleichtern. In Hamburg können seit dem 1. August 2018 neue Beamte oder solche, die bereits freiwillig in der GKV versichert sind, einen Beitragszuschuss als "pauschale Beihilfe" erhalten und sich so zwischen GKV und privater Krankenversicherung (PKV) entscheiden. Bisher gab es diese Wahlfreiheit nur zu erschwerten Bedingungen: Wenn die GKV-Option gewählt wurde, mussten Beamte die Beiträge zu 100 Prozent selbst tragen. Das dies auch anders geht, zeigt nun als erstes Bundesland Hamburg: Die GKV wird attraktiver.

/Text / Christoph Pannen und Stefan Sieben

ie Hamburger Bürgerschaft hat am 16. Mai 2018 das "Gesetz über die Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge" beschlossen. Damit wurde eine neue Form der

Beihilfe geschaffen. Freiwillig in der GKV oder in einer privaten Krankenvollversicherung versicherte Beihilfeberechtigte können alternativ zur bisherigen "individuellen" Beihilfe, die jeweils anhand der tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, eine pauschale Beihilfe wählen. Es handelt sich um eine freiwillige Entscheidung, die einen schriftlichen

Antrag erfordert. Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob eine Mitgliedschaft in der GKV oder der PKV besteht. Ergänzende Beihilfen werden neben der pauschalen Beihilfe nicht gewährt.

Einen Anspruch auf pauschale Beihilfe haben alle neu eingestellten Beamten, die vorher gesetzlich versichert waren; alle vorhandenen Beamten, die bereits heute freiwillig gesetzlich versichert sind, sowie alle privat versicherten Beamten, wenn sie bei Inanspruchnahme auf zusätzliche Beihilfen verzichten. Die Pauschale bemisst sich höchstens nach dem hälftigen Beitrag einer Krankenversicherung im Basistarif. Die pauschale Beihilfe ermöglicht aber keinen Wechsel von der PKV in die GKV.

Mehrere Bundesländer wollen Beamten den Verbleib in der GKV erleichtern. So gibt es konkrete Beschlüsse in Brandenburg, Bremen und Thüringen (alle ab 1. Januar 2020). In Berlin gibt es entsprechende Überlegungen. Alle Modelle beziehen sich auf das Hamburger Vorbild, das in den zentralen Regelungen kopiert wird.

#### Wahlfreiheit entspricht Bedürfnissen vieler Beamter

Heute sind mehr als acht von zehn Beamten in Deutschland privat krankenversichert. Sie sind aufgrund besonderer Regelungen von der Sozialversicherungspflicht befreit. An die Stelle der Sozialversicherung tritt bei ihnen die Fürsorge durch den Dienstherrn.

Aufgrund der gesetzlichen Versicherungsfreiheit haben Beamte grundsätzlich die Wahl, ob sie sich freiwillig in der GKV (Bleiberecht) oder in der PKV versichern. Die bei Arbeitnehmern geltende Versicherungspflichtgrenze ist irrelevant. Wenn die GKV-Option gewählt wird, sind Beamte als freiwillig Versicherte im Prinzip genauso gestellt wie Selbstständige und Freiberufler. Sie müssen in diesem Fall die Beiträge zu 100 Prozent selbst tragen. Die Beitragshöhe hängt – bis zur Beitragsbemessungsgrenze - vom Einkommen ab. Dennoch besteht bei einer Versicherung in der GKV bisher nur ein eingeschränkter Beihilfeanspruch. Da Beamte zu den freiwillig Versicherten zählen, bemessen

sich die Beiträge nach den beitragspflichtigen Einnahmen (§ 240 SGB V). Dazu kann auch die pauschale Beihilfe gehören.

#### Komplizierte beitragsrechtliche Bewertung der pauschalen Beihilfe

Die Gesamthöhe der pauschalen Beihilfe für freiwillige Mitglieder der GKV setzt sich aus maximal drei Komponenten zusammen. Sie wird zum einen in Höhe von 50 Prozent des auf die Bezüge des Beihilfeberechtigten entfallenden Krankenversicherungsbeitrags gewährt. Diese Komponente ist steuer- und beitragsfrei.

Darüber hinaus werden als pauschale Beihilfe 50 Prozent des auf weitere beitragspflichtige Einnahmen des Beihilfeberechtigten, zum Beispiel Zinseinnahmen, entfallenden Krankenversicherungsbeitrags gewährt. Beteiligt sich ein Dritter an diesen Beiträgen des Beihilfeberechtigten, werden die zu berücksichtigenden Aufwendungen um den entsprechenden Betrag gemindert. Diese Komponente der pauschalen Beihilfe unterliegt der Steuerpflicht und damit der Beitragspflicht.

ls dritte Komponente der Pauschale werden 50 Prozent der nachgewiesenen Kosten für eine (gesetzliche oder private) Krankenvollversicherung für berück-

sichtigungsfähige Angehörige gewährt. Zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen gehören Kinder des Beihilfeberechtigten, die bei ihm im Familienzuschlag nach dem Hamburgischen Besoldungsgesetz berücksichtigt werden, sowie sein Ehegatte bzw. Lebenspartner, wenn dieser ein Jahreseinkommen von weniger als 18.000 Euro hat, und zwar in dem Jahr, bevor der Antrag auf pauschale Beihilfe gestellt wird. Zu berücksichtigende Kosten für die Krankenversicherung der Familienangehörigen vermindern sich um einen entsprechenden Beitrag/Zuschuss eines Arbeitgebers/Sozialleistungsträgers, etwa im Falle einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Die dritte Komponente der Pauschale ist ebenfalls steuer- und beitragspflichtig.

Allein dieser allgemeine Überblick zeigt, wie aufwändig die beitragsrechtliche Behandlung der pauschalen Beihilfe ist. In der Praxis

#### Einführung der pauschalen Beihilfe in den Bundesländern

Bundesland	Umsetzung
Hamburg	Seit 1. August 2018
Bremen	Zum 1. Januar 2020 (beschlossen)
Brandenburg	Zum 1. Januar 2020 (beschlossen)
Thüringen	Zum 1. Januar 2020 (geplant)
Berlin	Senatsentwurf in Bearbeitung
Niedersachsen, Nordrhein- Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein	Oppositionsentwurf liegt vor

sieht die Ermittlung des beitragspflichtigen Anteils noch viel komplexer aus. Die Länder täten gut daran, durch eine gemeinsame Initiative beim Bundesgesetzgeber darauf hinzuwirken, dass alle Komponenten der pauschalen Beihilfe steuerfrei gestellt werden. Damit ließen sich schon bei den Ländern aufwändige Berechnungen bei der Ermittlung der Lohnsteuer vermeiden. Positiver Nebeneffekt wäre, dass eine komplette steuerliche Freistellung der pauschalen Beihilfe auch zur völligen Beitragsfreiheit führen würde. Dies würde die aufwändige Feststellung eines minimalen beitragspflichtigen Anteils der pauschalen Beihilfe vermeiden.

#### Pragmatische Lösungen statt überfrachteter Debatten

Die politische Debatte um mehr Wahlfreiheit von Beamten hatte im Wahlkampf 2016/2017 bei der Diskussion um eine Bürgerversicherung Fahrt aufgenommen, war aber nach dem Wahlkampf wieder abgeebbt - weil sie nicht mehrheitsfähig war. Nur Hamburg hatte sich weiter mit dem Thema befasst und entschieden, seinen Beamten mehr Wahlfreiheit zu geben. Diesen Pragmatismus machen sich zunehmend mehr Bundesländer zu eigen. Sie tragen dazu bei, dass eine zu oft ideologisch überfrachtete Debatte beendet wird durch einfache Gesetzgebung, die das Prinzip der Wahlfreiheit zur Maxime politischen Handelns macht. Der vdek ist überzeugt, dass durch mehr Wahlfreiheit die GKV für alle Personengruppen an Attraktivität gewinnt.



**Christoph Pannen** Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek



Stefan Sieben Abteilung Finanzen/ Versicherung beim vdek



EUROPA

## Das Spiel beginnt aufs Neue

Normalerweise ist Brüssel während des Sommers ausgestorben und es kehrt Stille ein. Dieser Sommer ist jedoch ein besonderer Sommer. Es ist der Sommer nach den Wahlen und der Sommer, indem die Spitzenposten in Brüssel aufs Neue vergeben werden. Dafür hat sich die Association Internationale de la Mutualité (AIM) mit einem Memorandum für die kommende Legislaturperiode der Europäischen Union (EU) vorbereitet.

/Text / Sibylle Reichert

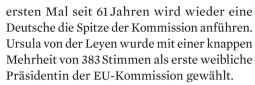
M

it den in dem Memorandum genannten Prioritäten versucht die AIM, im Kompromiss mit allen Mitgliedern frühestmöglich Einfluss auf das zukünftige

Arbeitsprogramm der EU-Kommission zu nehmen. Unsere Schwerpunkte sind:

- Prävention stärken
- Zu einem nachhaltigen Arzneimittelzugang beitragen
- Medizinisch-pflegerische Innovation auf EU-Ebene fördern
- Eine internationale Sichtweise annehmen für die Weiterentwicklung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsversorgung
- Gegenseitigkeitsgesellschaften als Akteure der Sozialwirtschaft anerkennen

Anfang Juli 2019 also traten die Staats- und Regierungschefs der EU zusammen und einigten sich in mühseligen Verhandlungen auf die Besetzung der Spitzenposten der EU. Zum



Sie steht vor einer gewaltigen Aufgabe: Im EU-Parlament sind mehr Populisten vertreten als je zuvor. Die Mehrheiten haben sich verändert. Die traditionellen Parteien haben an Einfluss verloren. Der Brexit steht vor der Tür. Europa kennt mehr Vielfalt denn Einheit, muss sich im globalen Wettbewerb gegen Großmächte wie China und den USA behaupten. Und – was für uns als AIM am Wichtigsten ist – Europa steht vor großen sozialen und gesundheitspolitischen Herausforderungen. All das und noch viel mehr wird von der Leyen mit ihrem neuen Team bewältigen müssen.

Innerhalb von zwei Wochen arbeitete sie eine Agenda für ihr Mandat aus und vermochte eine Mehrheit im Parlament für sich zu gewinnen. Viele Zögerer ließen sich im letzten Moment von ihrer leidenschaftlichen, in drei Sprachen vorgetragenen Rede noch überzeugen. Sie hat sich für ihre Amtszeit vor allem folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Ein europäischer "Green Deal"
- Eine Wirtschaft, die für Menschen arbeitet
- Ein Europa, das fit ist für die Digitalisierung
- · Der Schutz des Europäischen "way of life"
- Ein stärkeres Europa in der Welt
- Ein neuer Anstoß für die europäische Demokratie

Auf den ersten Blick finden sich keine direkten Bezüge zu Gesundheit und Sozialem. Bei genauerem Hinsehen jedoch platziert von der Leyen die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger der EU und der Welt an erster Stelle. Sie sieht Gesundheit durch die Verschlechterung des Zustandes unserer Umwelt und des Klimas in Gefahr und schlägt eine übergreifende Strategie zum Schutz der Gesundheit der Bürger vor. Sie will eine Europäische Kindergarantie unterstützen, die unter anderem auch dafür sorgt, dass Kinder Zugang zur Gesundheitsversorgung bekommen. Gesundheit ist für von der Leven ein Grundrecht. Auch nennt sie einen europäischen Plan für den Kampf gegen Krebs.

Was den Sozialschutz anbelangt, soll ein



**Sibylle Reichert** Direktorin der AIM

Aktionsplan für die volle Implementierung der Säule der sozialen Rechte und Europa auf die demografischen Herausforderungen vorbereiten. Dabei gelte es laut von der Leven, den Markt mit dem Sozialen zu versöhnen. Soziale Fairness und Gemeinwohl stehen für sie an erster Stelle. Zudem plant sie ein neues Anti-Diskriminierungsgesetz und eine europäische Gender-Strategie. Ein wichtiger Punkt ist die Digitalisierung und die Bedeutung von Daten, Künstlicher Intelligenz (KI) und die damit verbundenen Innovationen, die auch dem Gesundheitssektor zugutekommen könnten. Zur KI will sie ein Gesetzesvorhaben einbringen, das für eine koordinierte Herangehensweise der menschlichen und ethischen Auswirkungen der KI sorgen soll.

s wird sich zeigen, welche ihrer Projekte eine Mehrheit sowohl im Parlament als auch im Rat gewinnen werden. Angesichts der in vielen Ländern schwelenden sozialen Konflikte und der Nöte der Menschen wird sich die neue EU-Kommission noch stärker auch dem Sozialen zuwenden müssen. Angesichts der neuen Mehrheitsverhältnisse im EU-Parlament wird der Druck auf mehr Soziales auch von dieser Seite noch erhöht werden. Wir stehen in Europa vor großen gesellschaftlichen Herausforderungen

und technologischen Entwicklungen, die die Gesundheitsvorsorge stark verändern werden. Von Nachbarn zu lernen und über den Tellerrand zu schauen, wird auch in Zukunft wichtig bleiben.

#### <u>Plattform für die Kranken-</u> versicherung

Die EU bietet den Krankenversicherern eine exzellente Plattform, um Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam mit ihren Partnern für ein sozialeres Europa einzustehen. Für die AIM bietet jede neue Legislaturperiode eine Möglichkeit, ihre Prioritäten aufs Neue anzupassen und ihre Werte und Ideen einzubringen. Dafür müssen neue Allianzen geschmiedet und Kontakte mit den neuen Europaparlamentariern, zuständigen Kommissaren und ihren Kabinetten aufgebaut werden. AIM hat mit dem Memorandum den Weg für eine gute Zusammenarbeit mit den Institutionen der EU geebnet. Jetzt geht es darum, diese Vorhaben zu konkretisieren und mit dem Programm der neuen EU-Kommission abzugleichen, das wir für Ende dieses Jahres erwarten.

www.aim-mutual.org unter Media Centre/ Other Publications

https://ec.europa.eu unter Prioritäten der Kommission/Ursula von der Leyen Soziale Fairness und Gemeinwohl stehen für von der Leyen an erster Stelle.





#### **PRÄVENTION**

## Krankenkassen investieren 5,8 Milliarden Euro

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat im Jahr 2017 für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen 5,8 Milliarden Euro ausgegeben. Darauf weisen der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), der AOK-Bundesverband, der BKK Dachverband e.V., der IKK e.V., die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) hin. Sie reagieren damit auf den Bericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), der nur einen kleinen Teil der Ausgaben ausweist.

ier Jahre nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes
2015 wurde mit dem ersten Bericht der NPK erstmals trägerübergreifend dargelegt, welche Leistungen die Sozialversicherungsträger zur lebens- und

arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung erbringen. Diesem Bericht zufolge investierten die an der NPK beteiligten Institutionen im Jahr 2017 über 1,8 Milliarden Euro in entsprechende Leistungen, im Jahr 2012 waren es noch 1,27 Milliarden Euro. Getragen wird die NPK von der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung; die private Krankenversicherung hat Stimmrecht.

Im Fokus des Berichts stehe das Jahr 2017 allerdings mit einem sehr begrenzten Blick auf einige wenige Präventionsausgaben der GKV, erklärt Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes, als derzeitiger Federführer im Namen der GKV-Verbände. Er stellt klar: "Mit über 1,1 Milliarden Euro wurden Schutzimpfungen finanziert, gefolgt von 1,7 Milliarden Euro für die Früherkennung von Krankheiten. Außerdem konnten Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten wie Darmkrebs weiterentwickelt werden. Dafür investiert die GKV rund 478 Millionen Euro. Deutlich erhöht haben sich die Investitionen in den Lebenswelten wie Kindergärten und Schulen (153 Millionen Euro), in Betrieben (158 Millionen Euro), für individuelle Präventionsangebote bei den

Versicherten (208 Millionen Euro) und für präventive Leistungen für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Langzeitpflege (8,5 Millionen Euro)."

Der Bericht macht aber auch sehr deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind. Auf viele Faktoren, die sich entscheidend auf die Gesundheit der Menschen auswirken, wie etwa eine gesunde Umwelt, gute Bildungschancen oder die Teilhabe an Arbeit und Freizeit, haben vor allem Bund, Länder und Kommunen Einfluss. Die gesetzlichen Krankenkassen fordern deshalb, dass die Präventionsanstrengungen von Bund, Ländern und Gemeinden weiter verstärkt werden.

"Erfolge bei der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie erreicht man nur, wenn Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger im Schulterschluss mit den verantwortlichen Politikbereichen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gemeinsame Ziele verfolgen und jeder sich verpflichtet, seinen Anteil beizutragen. Nur so können die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung sowie unterschiedlicher geschlechtsbezogener Belastungen verringert werden. Hierbei sind die gesetzlichen Krankenkassen genauso wie die übrigen Sozialversicherungsträger gerne bereit, Aktivitäten zu unterstützen", so Knieps.

Das Präventionsgesetz trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Mit dem Gesetz wurde die NPK eingeführt. Ihre Aufgabe ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Der Präventionsbericht soll künftig alle vier Jahr erscheinen. 🎤 ake



INTERVIEW

## "Auf Potenziale im Alter fokussieren"

Mit dem demografischen Wandel wächst der Anteil älterer Menschen. Im Jahr 2030 werden die 65-Jährigen und Älteren bereits rund 30 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Vor diesem Hintergrund kommt der Versorgung älterer Menschen eine besondere Bedeutung zu.

Prof. Dr. Eva-Marie Kessler ist Gerontopsychologin an der MSB Medical School Berlin und beschäftigt sich mit dem Älterwerden und Altsein. Im Interview mit ersatzkasse magazin. spricht sie über die Bedeutung des Alterns, die Einflüsse auf das Wohlergehen im Alter und die Versorgungssituation älterer Menschen.

/ Interview / Annette Kessen und Nicole Janke

#### Wenn wir von Alter und Älterwerden sprechen, was genau meint das?

EVA-MARIE KESSLER Altern bedeutet Entwicklung. Wir fangen an zu altern im Moment unserer Geburt. Ebenso altern wir noch in unserer letzten Lebensphase. Selbst der Sterbeprozess kann noch ein Entwicklungsprozess sein. Die Gerontopsychologie interessiert sich hier vor allem für die Entwicklungsprozesse, die im höheren Lebensalter stattfinden. Es gibt eine lange kulturelle Tradition. sich Entwicklung so vorzustellen, dass wir uns in den ersten Lebensjahren, in der Kindheit, Jugend und im jungen Erwachsenenalter entwickeln, daraufhin ein Plateau mit Stagnation und ausgebildeter Persönlichkeit erreichen, bis schließlich ein Abbauprozess einsetzt. Dieser Vorstellung setzen wir in der Gerontopsychologie entgegen, dass Altern ein lebenslanger Prozess ist, der Verluste und Gewinne umfasst. Man muss zudem bedenken, dass Alter eine relative Angelegenheit ist. Beispielsweise gelte ich mit meinen 43 Jahren als vergleichsweise junge Professorin, würde aber als Leistungssportlerin schon längst zum alten Eisen gehören. Es gibt also nicht das Alter. Aber es gibt verschiedene Dimensionen des Alterns, und zwar mindestens drei.

#### Welche Dimensionen des Alterns sind das?

Erstens das biologische Altern, was etwa physiologische Parameter wie Herzvolumen meint. Tatsächlich sieht man hier bereits starke Abbauprozesse im Alter ab Mitte 20 und nicht wie oft suggeriert erst mit 60 Jahren aufwärts. In jüngeren Jahren können wir diese Abbauprozesse noch ganz gut kompensieren. Erst im Alter fallen uns diese Abbauprozesse dann auf, wenn wir zum Beispiel die Treppe nicht mehr so gut hochlaufen können. Zweitens gibt es das soziale Altern. Hier geht es um die Frage nach der Rolle in der Gesellschaft. Beispielsweise gibt es Menschen, die sind schon mit Anfang 40 Großeltern, womit sie sozial alt sind, aber biologisch jung. Andere wiederum sind mit 80 berufstätig und damit biologisch alt, aber sozial jung. Und drittens gibt es das psychologische Altern. Das beinhaltet zum Beispiel, wie gut oder schlecht wir in psychologischen Tests abschneiden, etwa im Bereich kognitiver Leistung, aber auch im Bereich Persönlichkeit. Diese psychologischen Bereiche sind teilweise so unterschiedlich,







Prof. Dr. Eva-Marie Kessler, geboren im April 1976, ist seit 2015 Professorin für Gerontopsychologie an der **MSB Medical School** Berlin. Nach ihrem **Psychologie-Diplom** 2002 an der Technischen Universität Dresden promovierte sie 2006 an der Jacobs University Bremen und habilitierte 2014 an der Universität Heidelberg. Sie hat eine **Approbation als Psy**chologische Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) und ist **Mitherausgeberin** der Zeitschriften "GeroPsych - The Journal of Gerontology and **Geriatric Psychiatry**" und "Psychotherapie im Alter". Zudem ist sie unter anderem Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG).



dass sich nicht klar sagen lässt, ob und wo es bergauf und bergab geht. Man spricht von multidimensional und multidirektional, es gibt hier Gewinne, Verluste und Stabilität.

#### Ist man nicht auch so alt, wie man sich fühlt?

Damit sprechen Sie ein Phänomen an, welches in der Gerontopsychologie als das subjektive Altern bezeichnet wird. Jugendliche im Alter von 14 Jahren wären oft gerne volljährig. Gleichzeitig wünschen sich 40-Jährige häufig, ein paar Jahre jünger zu sein. Diese Schere zwischen dem subjektiven und chronologischen Alter wird immer größer. Viele 80-Jährige sagen, ich fühle mich eigentlich 30 Jahre jünger. Menschen fühlen sich tendenziell jünger und wünschen sich auch, jünger zu sein, je älter sie werden. Es ist unbestritten, dass wir nur einen begrenzten Zeithorizont haben, und damit wird Alter auch mit Sterblichkeit assoziiert. Das verursacht bei Menschen Angst vor dem Altern und sie versuchen, sich vom Älterwerden abzugrenzen. Das wiederum wird noch durch das negative Altersbild in der Gesellschaft verstärkt.

#### Wie drückt sich das negative Altersbild aus?

Das mediale Altersbild ist zum einen geprägt von den Kosten, die der demografische Wandel produziert, Stichwort Pflege oder Rente. Die Soziologie spricht in diesem Zusammenhang von einem die Medien dominierenden Belastungsdiskurs. Dieser verstärkt das in unseren Köpfen tief verankerte klassische Altersbild, nämlich Assoziationen wie senil, gebrechlich, rigide. Der Gewinn an mehr Lebensjahren wird als Problem dargestellt. Was umso trauriger ist, wenn man bedenkt, dass die Lebenserwartung seit 1840 um ungefähr 35 Jahre angestiegen ist. Und der Gesundheitszustand eines 70-Jährigen vor 20 Jahren dem durchschnittlichen Gesundheitszustand eines heute 80-Jährigen entspricht. Zum anderen findet sich in den Medien aber auch eine Übersteigerung der Möglichkeiten des Alterns. Da wird über den 70-jährigen Marathonläufer oder die 90-jährige Hochschulabsolventin berichtet, was zwar erstmal positiv ist, um die Möglichkeiten im Alter stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass die Rezipienten solche alten Charaktere als Ausnahme von der Regel betrachten und sich dadurch das negative Bild noch verstärkt.

So kann diese übermäßig positive Darstellung der berufstätigen, gesundheitlich fitten Älteren bei anderen älteren Menschen, die nicht über diese gute Ressourcenlage verfügen, zu einer gewissen Demoralisierung führen.

#### Was sind positive Aspekte des Alterns?

Es ist gut belegt, dass die Lebenszufriedenheit für die Mehrheit der älteren Menschen keineswegs abnimmt, sondern über das Erwachsenenalter relativ stabil bleibt. Dies hängt damit zusammen, dass wir mit dem Älterwerden Strategien finden, mit körperlichen und kognitiven Abbauprozessen und auch mit sozialen Verlusten umzugehen. Älteren Menschen gelingt es besser als jüngeren, sich auf Dinge zu fokussieren, die für sie besonders positiv und wichtig sind. Sie blenden negative und kräftezehrende Aspekte aus, um sich nicht zu verausgaben. Wir optimieren vorhandene Fähigkeiten und nehmen Kompensationsmöglichkeiten in Anspruch, beispielsweise soziale Unterstützung oder technische Hilfsmittel, um mit diesen Veränderungsprozessen zurechtzukommen.

#### In welchem Maße beeinflusst Gesundheit die Zufriedenheit im Alter?

Gesundheit ist sicherlich eine sehr zentrale Komponente. Häufig ist ja auch die Rede vom gesunden Altern. Wobei ich gutes Altern eigentlich einen besseren Begriff finde. Denn Gesundheit ist eben nur eine, wenn auch eine bedeutende Facette von Lebensqualität im Alter. Als sinnhaft erlebten Aktivitäten nachzugehen, positiv auf die eigene Biografie zu blicken, das geht auch, wenn man körperlich krank ist. Ich denke, dass die Art und Weise, wie jeder Einzelne über das Alter denkt, der eigentliche Schlüssel ist in Bezug auf die Lebenszufriedenheit im Alter. Es wurde in vielen Studien gezeigt, dass die Bilder in unseren Köpfen über das Älterwerden unser Verhalten, einschließlich unseres Gesundheitsverhaltens, beeinflussen. Wenn jemand davon ausgeht, dass im Alter keine positive Veränderung mehr möglich ist, wird er tendenziell auch nicht in Bezug auf seine Gesundheit aktiv werden und regelmäßig zum Arzt gehen. Dadurch wird dann die Gesundheit auch tatsächlich schlechter, ganz im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung. In dem Sinne ist eine ganz zentrale Voraussetzung für ein gutes Altern, sich mehr

auf die Entwicklungspotenziale des Alters zu fokussieren und nicht so sehr unseren Fokus auf die Defizite zu legen. Eine solche potenzialorientierte Perspektive auf das Alter, die den Einzelnen zu einem gesunden Lebensstil motiviert, darf aber nicht in zu hohen Erwartungsdruck, gesund älter zu werden, umschlagen. Denn dann wird sie zur Bürde, weil man Gesundheit eben nicht ganz in der Hand hat, die körperliche genauso wenig wie die psychische. Krankheit kann jeden ereilen.

#### Man spricht auch von Alterskrankheiten.

Eine typische organische psychische Erkrankung im Alter ist die Demenz. Organisch psychisch bedeutet, dass eine Erkrankung vor allem durch eine körperliche Erkrankung oder durch Gehirnabbauprozesse hervorgerufen wird. Von Demenz sind selten Menschen unter 60 Jahren betroffen, ab dann nimmt die Prävalenz exponentiell zu. Bei Demenz kann man deshalb ganz klar von einer Alterserkrankung sprechen. Nach der Demenz ist die depressive Störung die häufigste nicht organische psychische Erkrankung im Alter. Allerdings nimmt deren Prävalenz nicht grundlegend zu, Depression kommt im Alter etwa so häufig vor wie bei jüngeren Menschen. Die Prävalenzrate liegt zwischen sechs und neun Prozent, damit betrifft die Depression nicht die Mehrheit der älteren Menschen, aber eine substanzielle Gruppe. Wobei man differenzieren muss mit Blick auf die Pflege. So ist in der Gruppe von multimorbiden hochaltrigen Menschen Depression ein viel häufigeres Geschehen, in Pflegeeinrichtungen zeigen 30 Prozent klinisch bedeutsame depressive Symptome.

#### Ist das auf die Heimsituation zurückführen?

Das wird häufig vermutet, nach dem Motto, dass man im Heim doch depressiv werden muss. Dass in vielen Pflegeheimen immer noch depressionsfördernde Bedingungen vorherrschen, ist hinreichend bekannt. Dazu trägt auch maßgeblich der Personalmangel bei. Berücksichtigt werden muss aber auch, dass ältere Menschen nicht selten in Pflegeeinrichtungen kommen, weil sie depressiv und dadurch antriebslos und wenig aktiv sind. Menschen, die entweder bereits ihr Leben lang mit Depression zu kämpfen haben oder eine Depression im Alter entwickeln, haben ein deutlich höheres Risiko für körperliche

Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung und daher auch für Pflegebedürftigkeit. In der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+) hat sich auch für ältere Personen ohne Demenzerkrankungen gezeigt, dass bei Vorliegen einer depressiven Erkrankung das Risiko einer Pflegeheimeinweisung etwa achtfach erhöht ist. Umgekehrt erhöhen körperliche Erkrankungen wie etwa Parkinson, Schlaganfall oder Diabetes die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Erkrankung. Körperliche und psychische Erkrankungen bedingen sich gegenseitig. Was es aufgrund der sich bedingenden und überlagernden Symptome umso schwerer macht, Depression im Alter überhaupt zu erkennen. Und was letztlich dazu führt, dass ältere Menschen mit Depression oft falsch versorgt sind.

#### Inwiefern?

Angenommen eine ältere Person mit einer Depression kommt zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt. Wenn diese oder dieser davon ausgeht, in der Regel unbewusst, dass Niedergeschlagenheit und Lustlosigkeit zum Altern dazu gehört, wird die Depression nicht diagnostiziert und der Patient bleibt unbehandelt. Gleichzeitig wird Depression im Alter nicht selten von Ärzten überschätzt und Patienten zu häufig medikamentös behandelt; nach dem Motto "der Patient hat seine Frau verloren, sieht nicht mehr gut, lebt alleine und geht am Rollator, da muss man doch depressiv werden", obwohl gar keine Depression vorhanden ist. Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden in ihrem therapeutischen Handeln durch negative Altersbilder beeinflusst. Wir haben eine Studie durchgeführt, bei der wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Fallbeispiele vorlegten von einem Patienten mit Depressionen. Wir befragten sie nach ihren Gefühlen dem Patienten gegenüber, nach Prognose, Behandlungsvorschlägen und Behandlungsbereitschaft. Der Clou: Der einen Hälfte der Therapeutinnen und Therapeuten sagten wir, der gleiche Patient sei 80 Jahre alt, der anderen Gruppe 52 Jahre alt. Mit dem Ergebnis, dass die Gruppe mit dem 80-Jährigen systematisch mehr negative Gefühle und weniger Interesse an einer Behandlung zeigte und eine schlechtere Prognose abgab.

Depression kommt im Alter etwa so häufig vor wie bei jüngeren Menschen.











Die Gruppe mit dem 52-Jährigen war gerne zu einer Behandlung bereit und sah Potenzial zu einer positiven Entwicklung des Patienten. Das zeigt, dass Altersdiskriminierung häufig nicht in böser Absicht passiert, sondern allein durch Hinweise auf Alter, wie das Geburtsdatum, graue Haare oder einen Rollator, unbewusst ausgelöst werden kann.

#### Wie lässt sich die Situation verbessern?

Bleiben wir beim Beispiel Depression. In der nationalen Versorgungsleitlinie ist Psychotherapie im Alter eine A-Empfehlung, also Menschen, die im Alter unter einer Depression leiden, soll eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen werden, eventuell in Kombination mit einer antidepressiven pharmakologischen Behandlung. Eine A-Empfehlung basiert auf randomisierten kontrollierten Studien und ist sehr gut evidenzbasiert. Wenn wir uns nun die Versorgungssituation anschauen, dann zeigt sich, dass in Deutschland weniger als fünf Prozent der Versicherten über 60 Jahre mit Depressions-Diagnose eine ambulante Psychotherapie machen. Und bei den Hochaltrigen kann man fast von einer Nicht-Versorgung sprechen. Im Vergleich: Bei den 30-jährigen Versicherten mit Depression befinden sich zwischen 25 und 30 Prozent in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Der Zugang älterer Menschen zu psychotherapeutischen Versorgungsangeboten, deren Nutzen nachgewiesen ist und die ja bereits in der Regelversorgung implementiert sind, muss also deutlich verbessert werden.

#### Mangelt es an Bereitschaft zur Psychotherapie?

Natürlich ist Psychotherapie nicht für jeden das richtige Angebot. Und natürlich gibt es auch ältere Menschen, die keine Motivation für eine Psychotherapie haben, so wie es das auch bei jüngeren Menschen gibt. Allerdings zeigen Studien, dass ältere Menschen mittlerweile Psychotherapie genauso als Behandlungsoption für sich vorsehen wie eine pharmakologische Behandlung. Und das spiegelt sich auch in unserer Versorgungsinitiative PSY-CARE (siehe Infokasten mittig) wider. Seit März dieses Jahres können sich ältere Menschen mit Pflegegrad und Depression zu einer Teilnahme am Projekt anmelden und erhalten Unterstützung durch gerontologisch geschulte Psychotherapeutinnen und

#### **PSY-CARE**

Das von Prof. Dr. Eva-Marie Kessler initiierte und geleitete Projekt PSY-CARE an der MSB Medical School Berlin wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. In Berlin und angrenzenden Regionen Brandenburgs lebenden Menschen über 60 Jahre mit Depression und Pflegebedarf wird in dem bisher international einzigartigen Modellprojekt der Zugang zu psychologischer Therapie und Beratung gebahnt. Dazu steht ein neu gebildetes Netzwerk aus gerontologisch qualifizierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung, die mit Hausärztinnen und Hausärzten und Pflegenden zusammenarbeiten. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch die Charité Universitätsmedizin Charité - Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR).

www.psy-care.de

Psychotherapeuten. Seither haben wir schon 100 Patientinnen und Patienten aufgenommen. Unser Projekt widerlegt das unter Psychotherapeuten, Hausärzten und Pflegekräften oft vorherrschende Vorurteil, dass ältere Menschen nicht mehr zu einer Psychotherapie bereit wären oder dass Psychotherapie ihnen sogar schaden würde, nach dem Motto "da sollten keine alten Wunden aufgerissen werden". Stattdessen wird dann häufig eine pharmakologische Behandlung verordnet, weil davon ausgegangen wird, dass nur Antidepressiva noch helfen könnten.

#### Wie wirkt sich das aus vor dem Hintergrund der Multimedikation?

Polypharmazie im Alter ist ein großes Problem. Das wird durch die Antidepressiva natürlich zusätzlich befeuert. Antidepressiva haben auch nachweislich gerade bei älteren Menschen erhebliche Nebenwirkungen, zum Beispiel Stürze oder Schwindel, die nicht selten zu Knochenbrüchen und Pflegebedürftigkeit führen. Natürlich kann auch Psychotherapie vorübergehend unangenehme Nebenwirkungen haben wie Stress oder familiäre Spannungen, aber sie ist unterm Strich gerade bei dieser Patientengruppe sicher nebenwirkungsärmer. Grundsätzlich gilt, dass wir ein stärkeres Bewusstsein für typische Problemlagen des Alters brauchen. Das schließt auch ein, Vorurteile und Barrieren in den Köpfen der Behandler abzubauen.

#### Sollten Behandler interdisziplinärer zusammenarbeiten?

Wir wissen spätestens seit den 80er Jahren, dass multiprofessionelle Teams in der Versorgung von körperlich und psychisch kranken älteren Menschen zielführend sind. Zugleich sehen wir, dass Behandler oft nebeneinanderher arbeiten und unterschiedliche Zielvorstellungen haben. Im Falle von geriatrischen Institutsambulanzen, wo Geriater, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Pflegekräfte gemeinsam ältere Patienten behandeln, finden wir bereits gute Ansätze für solche Teamstrukturen, allerdings decken sie aktuell nur einen Bruchteil des Versorgungsbedarfs ab. Ich sehe in multiprofessionellen Teams unbedingt auch Psychotherapeuten. Wenn sich dann noch die Trennung von stationär und ambulant weiter auflöst, ist schon viel gewonnen.

EINWURF

## Weniger Rechtsstreite durch einheitliche Aufsicht!

Der Kabinettsentwurf zum Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) lässt auf sich warten, doch die Diskussion um faire Wettbewerbsbedingungen hält unvermindert an. Beflügelt durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG).

/Text / Ulrike Elsner

K

ürzlich haben zwei Urteile des BSG für Aufsehen gesorgt. Der 1. Senat untersagte es der AOK Rheinland/Hamburg, Rabatte von Drittanbietern für Kochkurse, beim Kauf von Fahrrädern und

E-Bikes oder beim Eintritt in Hallenbäder, Saunen und Wellnesseinrichtungen und Ähnliches zu bewerben. Damit überschreitet die Kasse den gesetzlich bestimmten Aufgabenkreis. Erwirkt hatte das Urteil der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) im Auftrag seiner Mitgliedskassen.

Aber auch die private Continentale Krankenversicherung a.G. fühlte sich durch die Ausgestaltung verschiedener Wahltarife der AOK Rheinland/Hamburg im Wettbewerb benachteiligt. Wahltarife sind seit 2007 zwar erlaubt, aber umstritten waren Umfang und Art dieser Leistungen. Das BSG hat nun klargestellt, dass eine gesetzliche Krankenkasse ihren Tätigkeitskreis mittels Wahltarif nicht erweitern darf, sofern hierzu keine gesetzliche Ermächtigung vorliegt. Daher ist es der AOK Rheinland/Hamburg zum Beispiel nicht erlaubt, einen Wahltarif zum Auslandskrankenschutz anzubieten.

Gerichtliche Auseinandersetzungen lassen sich in einem wettbewerblichen System sicher nicht grundsätzlich vermeiden. Sie lassen sich aber deutlich einschränken, wenn künftig nur eine Aufsichtsbehörde darüber wachen würde, ob die Gesetze und Wettbewerbsgrundsätze auch eingehalten werden. Unterschiedliche Auslegungen im Hinblick auf Wahltarife, Bonusprogramme und Versorgungsverträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sollte es dann nicht mehr geben.

Genau dies ist in dem heutigen System nicht der Fall. Das Bundesversicherungsamt (BVA) entscheidet über die bundesweit agierenden Krankenkassen, wie die Ersatzkassen, und die Länderaufsichten über die regional tätigen Krankenkassen, wie die AOK. Und es ist längst kein Geheimnis mehr, dass das BVA und die Länderaufsichten gleiche Sachverhalte durchaus unterschiedlich bewerten – die Länder eher wohlwollend zugunsten der AOK. Die Ersatzkassen und auch die bundesweit tätigen Betriebs- und Innungskrankenkassen beklagen diesen Zustand schon seit Langem.

Gesundheitsminister Jens Spahn will dies in seinem Reformgesetz (GKV-FKG) ändern. Das ist richtig so. Denn die unterschiedliche Aufsichtspraxis verstärkt die ohnehin vorhandenen Wettbewerbsverzerrungen im Finanzausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA). Im Wettbewerb der Krankenkassen sollte es um einen guten Service, guten Preis und eine gute Versorgung gehen, sagt auch Spahn. Und zwar nach gleichen Regeln und Grundsätzen. "Glück mit der Aufsicht" sollte kein Wettbewerbsfaktor sein.



Ulrike Elsner Vorstandsvorsitzende des vdek

Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was Sie von der gegenwärtigen unterschiedlichen Aufsichtspraxis halten.

redaktion@vdek.com



ZAHNGESUNDHEITSATLAS

## Versorgung hängt von der Postleitzahl ab

Für den neuen Zahngesundheitsatlas hat die BARMER den Bürgerinnen und Bürgern auf den Zahn gefühlt. Wichtigste Erkenntnis: In Deutschland gibt es massive regionale Unterschiede bei der vertragszahnärztlichen Versorgung – sowohl bei den Kosten als auch bei der Inanspruchnahme.

/Text / Athanasios Drougias



D

er Wohnort ist ein entscheidender Faktor bei der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland. So greifen beispielsweise die Bürger in Bayern für Kronen, Brücken und Co. hierzulande am

tiefsten in die Tasche. Der durchschnittliche Eigenanteil beträgt dort rund 1.230 Euro. Die Patienten in Bayern geben somit fast doppelt so viel für Zahnersatz aus wie beispielsweise die Einwohner Sachsens. Dort liegt der durchschnittliche Eigenanteil bei cirka 630 Euro. Bei diesem Kostenunterschied spielt die gewählte Versorgungsform eine wesentliche Rolle. Wer sich für aufwändigen, ästhetisch ansprechenderen Zahnersatz entscheidet, muss meist tiefer in die Tasche greifen als derjenige, der auf die Regelversorgung setzt. Dabei ist diese nicht nur zweckmäßig, sondern auch haltbar.

Selbstverständlich steht es einer Krankenkasse nicht zu, Empfehlungen auszusprechen, wann die Versicherten die Regel- oder die meist teureren anderen Versorgungsformen wählen sollten. Sie müssen aber in der Lage sein, alle Entscheidungen, die ihre Zahngesundheit angehen, gut informiert auf der Grundlage objektiver Beratungen treffen zu können. Dafür ist es wichtig, dass sie Vor- und Nachteile der Versorgungsmöglichkeiten transparent und umfassend dargestellt bekommen.

Beim Zahnersatz geht es nicht zuletzt um Aspekte der zahnmedizinischen Qualität und damit der Haltbarkeit. Es scheint jedoch, als stünden ästhetische Gründe bei mancher Entscheidung im Vordergrund. Das ist zwar durchaus nachvollziehbar. Dennoch stellt sich hier die Frage, ob es immer der alleinige Patientenwunsch ist, wenn sie sich für einen besonders aufwändigen und teuren Zahnersatz entscheiden.

Der Zahngesundheitsatlas der BARMER, der auf Versorgungsdaten aus dem Jahr 2017 fußt, zeigt auch in anderen dentalmedizinischen Versorgungsbereichen deutliche regionale Unterschiede auf. Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder liegen die Bayern erneut vorn. In diesem Bundesland liegt die Inanspruchnahme bei 42,5 Prozent. Schlusslicht bei den Früherkennungsuntersuchungen sind die Saarländer mit 27,2 Prozent.

Die BARMER will mit ihrer Versorgungsforschung in erster Linie Transparenz über die unterschiedliche Versorgungssituation schaffen und eine Diskussion auch über Kosten und Nutzen in Gang setzen. Begründungen für diese heterogene Versorgungssituation können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur angedeutet werden. Wenn sich jedoch viele Ergebnisse aus dem Zahngesundheitsatlas nicht medizinisch erklären lassen, müssen Zahnärzteschaft, Krankenkassen und Politik aus Bund und Ländern gemeinsam die möglichen Ursachen diskutieren. Ziel müssen bundeseinheitlich hohe Standards bei Beratung und Versorgung sein.

Grundsätzlich sind im Zahngesundheitsatlas zwei Tendenzen in der Versorgung zu erkennen. Es gibt Ost-West-Unterschiede und ein Stadt-Land-Gefälle. Der Unterschied zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern zeigt sich besonders bei dem Anteil der Bevölkerung, der zum Zahnarzt geht. Die Sachsen sind hier Spitzenreiter (77,1 Prozent), gefolgt von allen weiteren Ländern im Osten der Republik. Die Saarländer bilden mit 65,2 Prozent hingegen das Schlusslicht (s. Abb.). Während bei der Wahl des Zahnersatzes wohl die verschiedene Kaufkraft zwischen West und Ost eine Rolle spielt, dürften die Unterschiede bei den Zahnarztbesuchen auf die jeweilige Sozialisation in den beiden ehemaligen deutschen Staaten zurückzuführen sein.

#### Unterschiede zwischen Städten und Regionen

Unterschiede bei der Versorgung gibt es auch zwischen Großstädten und ländlichen Regionen - beispielsweise bei der Verordnung von Aufbissschienen. Diese Kunststoffauflage wird vor allem nachts eingesetzt, um Zähneknirschen zu vermeiden. Am häufigsten bekommen Versicherte in Hamburg und Berlin (jeweils 3,7 Prozent) diese Schienen verordnet. In Thüringen sind es nur 1,4 Prozent. Offenbar ist das Leben in Großstädten stressiger als anderswo. Die Stadt-Land-Unterschiede lassen sich auch am Beispiel des Zahnersatzes zeigen. So bekamen neun Prozent der Berliner und 8.7 Prozent der Hamburger im Jahr 2017 einen neuen Zahnersatz. Im Saarland waren es lediglich 6,4 Prozent und in Bayern sowie Rheinland-Pfalz 6,9 Prozent. Bundesweit lag



der Wert bei 7,4 Prozent. Dass vor allem die Versicherten in Stadtstaaten häufiger Zahnersatz bekommen, könnte am leichteren Zugang zur Versorgung bei einer vergleichsweise hohen Zahnarztdichte liegen.

Insgesamt hat sich die Zahngesundheit in Deutschland verbessert. Spezielle Problemgebiete können nicht ausfindig gemacht werden. Interessant ist die Erkenntnis, dass die "günstigere" Regelversorgung beim Zahnersatz qualitativ genauso gut ist wie teurere Alternativen. Lediglich in Fällen mit wenigen oder gar keinen Zähnen zeigt die teurere andersartige Versorgung eine bessere Haltbarkeit. In dieser Befundklasse hat noch keine wissenschaftliche Überprüfung der Regelversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stattgefunden. Dies wäre aber sinnvoll, denn es gibt klare Belege dafür. dass vor allem Patienten mit zahnlosem Unterkiefer von einer auf Implantaten gestützten Zahnersatzversorgung profitieren würden.



Athanasios Drougias Leiter Unternehmenskommunikation BARMER



**DAK-GESUNDHEIT** 

## Krankmeldungen wegen Depressionen am häufigsten

In Deutschland hat im vergangenen Jahr jeder 18. Arbeitnehmer wegen einer psychischen Erkrankung im Job gefehlt. Ausgehend von den Daten der DAK-Gesundheit waren damit hochgerechnet 2,2 Millionen Menschen betroffen. Seit 1997 hat sich die Anzahl der Fehltage, die von Depressionen oder Anpassungsstörungen verursacht werden, mehr als verdreifacht. Am häufigsten fehlen Arbeitnehmer mit der Diagnose Depression. Fehltage wegen Anpassungsstörungen stiegen in den vergangenen Jahren besonders deutlich an. Das geht aus dem Psychoreport 2019 der DAK-Gesundheit hervor, für den das IGES Institut die anonymisierten Daten von 2,5 Millionen erwerbstätigen Versicherten auswertete.

Demnach erreichten die Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund von psychischen Leiden im Jahr 2017 mit 250 Fehltagen pro 100 Versicherte einen Höchststand. 2018 gingen sie erstmals leicht um 5,6 Prozent auf 236 Fehltage pro 100 Versicherte zurück. Seelenleiden lagen damit im vergangenen Jahr bundesweit auf dem dritten Platz der Krankheitsarten. Der Blick auf die Einzeldiagnosen zeigt, dass Depressionen und Anpassungsstörungen nach wie vor die meisten Ausfalltage verursachen. 2018 gingen 93 Fehltage je 100 Versicherte auf das Konto von Depressionen, bei den Anpassungsstörungen waren es 51. Auf Platz drei rangieren neurotische Störungen mit 23 Fehltagen je 100 Versicherte. Angststörungen kommen auf 16 Fehltage je 100 Versicherte.

Vor allem nahmen Ausfalltage wegen Anpassungsstörungen in den vergangenen Jahren rasant zu: Seit 2000 haben sie sich fast verdreifacht – auf jetzt 51 Fehltage je 100 Versicherte. DAK-Vorstandschef Andreas Storm führt diese Entwicklung auch auf einen offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen zurück. \*/pm

www.dak.de

ΤK

#### Deutsche sind Trinkmuffel

Der Arbeitsalltag vieler Menschen ist stressig. Dabei kommen wichtige Grundbedürfnisse zu kurz, auch das Trinken. Rund die Hälfte der Berufstätigen vergisst bei Stress die Flüssigkeitszufuhr (52 Prozent). Das zeigt die Forsa-Studie "Trink Was(ser), Deutschland!" im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK).

#### Insbesondere den Frauen fällt es schwer, ihren Wasserbedarf ausreichend zu decken.

So hat laut Studie jede dritte Frau im Job Probleme, genug zu trinken (32 Prozent), bei den Männern ist es nur jeder fünfte (18 Prozent). Neben Stress nannten die berufstätigen Befragten als weitere Gründe für den "Wassermangel" Vergesslichkeit (77 Prozent), keine Zeit (56 Prozent), keinen Durst (45 Prozent) und zu hohen Aufwand, der mit dem Gang zur Toilette verbunden ist (17 Prozent) bzw. keine Toilette in der Nähe (13 Prozent).



"Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt als Richtwert eine tägliche Trinkmenge von 1,5 bis 2,5 Litern Flüssigkeit", erklärt Wiebke Arps aus dem Gesundheitsmanagement der TK. "Schon ein geringer Wassermangel im Körper kann zu gesundheitlichen Einschränkungen, Erschöpfung und mangelnder Konzentrationsfähigkeit führen." Im beruflichen Kontext seien daher auch die Arbeitgeber gefragt, ausreichendes und regelmäßiges Trinken zum Thema zu machen. Dabei trinke man am besten regelmäßig über den ganzen Tag verteilt kleinere Mengen. \* pm

www.tk.de

KKH

#### Zahl der Burn-out-Fälle gestiegen

Immer mehr Menschen fühlen sich depressiv und ausgebrannt. Das hat eine aktuelle Auswertung der KKH Kaufmännische Krankenkasse ergeben. Demnach diagnostizierten Ärzte 2017 bei rund 24.500 Versicherten ein Burn-out-Syndrom – ein Anstieg von rund 115 Prozent gegenüber dem Jahr 2007. Besonders betroffen sind die Berufstätigen älterer Generationen und Arbeitnehmer kurz nach Renteneintritt: So registrierte die KKH bei den 50- bis 69-Jährigen nicht nur die meisten Burn-out-Fälle, sondern auch den größten Anstieg um rund 170 Prozent, bei den Männern sogar um rund 260 Prozent.

Die Gründe dafür sind vielfältig. "Unter anderem können chronischer Stress sowie Überbelastung in Beruf und Privatleben, aber auch Arbeitssucht zu einem Burnout-Syndrom führen", erläutert Jana Acker, KKH-Expertin für betriebliches Gesundheitsmanagement. Burn-out wird häufig als Zusatzdiagnose im Zuge anderer, meist psychischer Erkrankungen wie Depressionen gestellt, die etwa durch Stress entstehen können. Auch da zeigen die KKH-Daten: Der Anteil der 50- bis 69-Jährigen mit Depressionen ist besonders hoch. Jeder fünfte Versicherte dieser Altersgruppe ist demnach betroffen, bei den 30- bis 39-Jährigen etwa ist es nur jeder neunte.

Der erste, aber auch der schwierigste Schritt für Betroffene ist, überhaupt zu erkennen, dass etwa Dauerstress und Arbeitssucht krank machen können. Alarmierendes Erkennungszeichen eines Burn-outs beziehungsweise einer Depression: völlige Erschöpfung. Aufstehen, duschen, Kaffee kochen – all das, was sonst selbstverständlich zum Alltag gehört, wird immer mehr zur unüberwindbaren Kraftanstrengung. Beim Hausarzt sollte das Thema so früh wie möglich angesprochen werden, in schweren Fällen sollten Betroffene unbedingt die Hilfe eines Therapeuten in Betracht ziehen. \*/ pm

www.kkh.de

BARMER

#### Bürger zweifeln am Sinn von Operationen

Millionen Patientinnen und Patienten in Deutschland zweifeln an der Notwendigkeit von planbaren medizinischen Eingriffen. Das belegt eine repräsentative BARMER-Erhebung, für die im März 2019 bundesweit 1.000 Männer und Frauen ab 18 Jahren befragt wurden. Demnach ist mehr als jeder Zweite (56 Prozent) unsicher, ob die Operation tatsächlich notwendig ist.

Aber nur 57 Prozent der Befragten mit einem planbaren medizinischen Eingriff veranlassen ihre Zweifel, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Dabei zeige die Umfrage, dass die Meinung anderer Ärztinnen oder Ärzte in nicht wenigen Fällen ganz anders ausfalle. Zwar gäben 72 Prozent der Befragten an, die Diagnose bestätigt bekommen zu haben, 21 Prozent bekämen die Therapieempfehlung bestätigt. Acht Prozent erhielten jedoch eine andere Diagnose, 17 Prozent eine andere Therapieempfehlung. "Wir haben ein Informationsdefizit in Deutschland, was Operationen angeht. Wissens- und Informationslücken dürfen nicht dazu beitragen, dass unnötige Eingriffe vorgenommen werden", sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Er forderte die Patientinnen und Patienten auf, konsequent vom Recht auf Zweitmeinung Gebrauch zu machen. Wer zwei Meinungen höre, folge laut Umfrage zu mehr als der Hälfte der Alternativauffassung (56 Prozent).

Alter, Bildung und Einkommen beeinflussen die Offenheit gegenüber Zweitmeinungen. Je höher Einkommen und Bildung, desto öfter würden weitere Meinungen erfragt. Der Effekt zeige sich auch bei einzelnen Altersgruppen, wobei die 40- bis 49-Jährigen als besonders kritisch auffielen. "Mit dem sozialen Status und der Lebenserfahrung steigt die Bereitschaft, ärztliche Empfehlungen zu hinterfragen. Zweitmeinungen sind jedoch für Patientinnen und Patienten jeden Alters interessant, die vor einem planbaren Eingriff stehen", so Straub. \* pm

www.barmer.de

DAK-GESUNDHEIT

#### Für ein gesundes Miteinander

Die DAK-Gesundheit ist neuer Kooperationspartner für den Deutschen Nachbarschaftspreis. Der Deutsche Nachbarschaftspreis ist ein bundesweiter Wettbewerb, den die nebenan.de Stiftung seit 2017 jährlich auslobt. Ausgezeichnet werden engagierte Nachbarschaftsinitiativen und -projekte, die einen aktiven Beitrag für eine lebendige Nachbarschaft leisten und ein gutes Miteinander fördern.

Dabei sind die Themen Gesundheit und lokales Bürgerengagement eng miteinander verknüpft: Das Engagement füreinander und ein guter sozialer Zusammenhalt in der Nachbarschaft und der direkten Umgebung haben positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Mit ihrer Werteinitiative "Für ein gesundes Miteinander" zeigt die DAK-Gesundheit aktiv Haltung dazu und setzt sich für einen positiven, friedlichen und offenen Umgang in der Gesellschaft ein.

Die von Bürgerinnen und Bürgern initiierten Projekte, die der Deutsche Nachbarschaftspreis auszeichnet, fördern soziale und interkulturelle Integration sowie das physische und psychische Wohlbefinden. Zudem ermöglichen sie niedrigschwellige Unterstützungsleistungen in räumlicher Nähe, beispielsweise für Ältere, Kranke oder Menschen mit Behinderungen. Mit der neuen Kooperation streben beide Partner einen Ausbau und die Vertiefung des gesunden Miteinanders in der Bevölkerung an. Herausragendes Engagement auf lokaler Ebene soll in Zukunft noch mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung erhalten. "Wir brauchen ein gesundes Miteinander, um gesund zu leben. Deshalb setzt sich die DAK-Gesundheit dafür ein, Werte wie Respekt, Freundlichkeit und Rücksichtnahme wieder in den Vordergrund zu rücken - auch in der Nachbarschaft", erklärt Andreas Storm. Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. / pm

www.dak.de

Tk

#### Digitale Krankschreibung wird angenommen

Immer mehr Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) nutzen die digitale Krankschreibung. Im Rahmen eines Pilotprojekts haben sie die Möglichkeit, ihr Attest über den Arzt digital an die Krankenkasse zu übermitteln – Anfang Juli ist nun die 100.000ste Krankschreibung auf diesem Weg bei der TK eingegangen.

Insgesamt beteiligen sich aktuell bundesweit mehr als 600 Ärzte an dem Pilotprojekt zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Sie können die Bescheinigung ihrer Patienten über ihre Praxissoftware direkt an die TK weiterleiten. "Die Zahlen zeigen, dass die eAU von Ärzten und Versicherten angenommen und genutzt wird. Das bestätigt uns darin, die digitale Krankschreibung konsequent weiter voranzutreiben und zu etablieren", sagt Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK. "Die Vorteile liegen dabei klar auf der Hand: Die Ärzte schicken die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit einem Klick an die Krankenkasse. Die Patienten können sich so auf ihre Gesundheit konzentrieren und müssen sich nicht damit beschäftigen, die Bescheinigungen einzuscannen oder in die Post zu geben. Auch das Risiko, das Einreichen zu vergessen, entfällt damit."

Das Projekt eAU ist im September 2017 gestartet. Außerdem sind mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und der TK zwei Arbeitgeber angebunden, die mit Zustimmung der Versicherten die Krankmeldung elektronisch übermittelt bekommen. So spart sich der Arbeitnehmer also auch das Einreichen des gelben Scheins beim Arbeitgeber.

Der digitale Weg hilft zudem dabei, Tonnen von Papier zu sparen. Bislang muss ein Arzt die Krankschreibung dreifach ausstellen – für den Arbeitgeber, die Krankenkasse und den Patienten. Bei bundesweit insgesamt etwa 77 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Jahr kommen so rund 230 Millionen Zettel zusammen. / pm

www.tk.de



SOZIALWAHL 2023

## Zur rechtlichen Zulässigkeit einer Online-Wahl

In Deutschland wird seit geraumer Zeit darüber nachgedacht, Sozialwahlen auch als Online-Wahlen durchzuführen, um die Wahlbeteiligung zu erhöhen. Eine Online-Wahl bedarf gewisser Voraussetzungen, vor allem in Bezug auf die Sicherheit des Wahlvorgangs; jenseits dessen aber ist ein solches Vorgehen schon jetzt rechtlich zulässig, wird in anderen Rechtsbereichen längst praktiziert und sollte nun auch für die wichtigen Sozialwahlen dringend eingeführt werden.

/Text/ Sebastian Bretthauer und Indra Spiecker gen. Döhmann



**Dr. iur. Sebastian Bretthauer** Goethe-Universität Frankfurt a. M.



Prof. Dr. iur. Indra Spiecker gen. Döhmann, LL.M. Goethe-Universität Frankfurta. M.

ei der Sozialwahl, der drittgrößten Wahl in Deutschland nach den Bundestagsund Europawahlen, sind die
Mitglieder der Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen aufgerufen, ihre Vertreter zu

bestimmen, die für sie in den Selbstverwaltungsgremien der Sozialversicherung bei den wichtigen Entscheidungen mitwirken. Angesichts der geringen Wahlbeteiligung (Sozialwahl 2017: 30,42 Prozent) wäre es an der Zeit für Reformen; im Koalitionsvertrag der letzten Bundesregierung war das sogar festgehalten, wurde dann aber nicht umgesetzt. Wenn es schon nicht zu einer grundlegenden Reform kommt, könnte der Gesetzgeber gleichwohl mit neuen Instrumenten die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an ihren Sozialversicherungen stärken – wie z. B. der Einführung von Online-Wahlen neben der bisherigen Briefwahl. Zugleich würden

die Vorstellungen eines bürgernahen und die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzenden Wahlvorgangs erheblich gesteigert. Rund 50 Millionen Sozialversicherte könnten bei der nächsten Sozialwahl 2023 davon profitieren.

Sozialwahlen müssen wie alle anderen Arten von Wahlen den verfassungsrechtlichen Vorgaben zur Durchführung von Wahlen genügen.

Das Verfassungsrecht hält sich allerdings mit allgemeinen Vorgaben weitgehend zurück; verfassungsrechtlich verankert sind nur die Wahlrechtsgrundsätze in Art. 38 GG für die parlamentarische Wahl. Diese lassen sich aber nur in begrenztem Umfang auch auf andere Wahlen, insbesondere die Wahlen im Rahmen der Selbstverwaltung, übertragen. Die Maßstäbe setzt zunächst einmal das sogenannte Wahlcomputer-Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2008, das allerdings die Wahl zum Bundestag und gerade nicht Sozialwahlen betraf. Selbst bei dieser Wahl sieht das BVerfG grundsätzlich eine Online-Wahl als möglich an, setzt aber einige besondere Grenzen zur Ausgestaltung.

entraler Ansatzpunkt für Grenzen des Einsatzes von Wahlcomputern war der sogenannte Öffentlichkeitsgrundsatz der Wahl aus Art. 38 GGi. V. m. Art. 20 Abs. 1 und

Abs. 2 GG. Zunächst stellt das BVerfG ausdrücklich fest, dass "der Gesetzgeber [...] nicht gehindert [ist], bei [...] Wahlen elektronische Wahlgeräte einzusetzen, wenn die verfassungsrechtlich gebotene Möglichkeit einer zuverlässigen Richtigkeitskontrolle gesichert ist". Diese Kontrolle sieht das BVerfG dann als gegeben an, wenn "beim Einsatz elektronischer Wahlgeräte [...] die wesentlichen Schritte der Wahlhandlungen und der Ergebnisermittlung [aber] vom Bürger zuverlässig und ohne besondere Sachkenntnisse überprüft werden können". Öffentlichkeit der Wahl ist also grundsätzlich gewahrt, wenn die Wahl selbst, das Ergebnis der Wahl insgesamt sowie die prinzipielle Berücksichtigung der einzelnen Stimme überprüft werden können. Durch diese Kontrollmöglichkeit soll das Vertrauen in die Wahl und in das korrekte Zustandekommen des Ergebnisses gestärkt werden. Online-Wahlen für die Sozialwahl sind in diesem Sinne verfassungsrechtlich möglich.



rstens bezieht sich das Urteil auf die Wahl des Bundestages als zentralem Mitwirkungsakt des Volkes an der Wahl seiner Volksvertreter für die Gesetzgebung. Damit findet es nicht ohne Weiteres Anwendung auf andere Wahlen und Wahlformate – etwa die Online-Sozialwahl. Denn die Sozialwahl sichert die Mitwirkung an der funktionalen Selbstverwaltung der Sozialversicherung, also eine Mitwirkung an der Verwaltung und nicht etwa an der deutlich höher zu gewichtenden Bestimmung des Gesetzgebers.

Zweitens sind Online-Wahlen vom Einsatz von Wahlcomputern abzugrenzen – nur damit befasste sich das Urteil des BVerfG. Online-Wahlen, wie sie bei der Sozialwahl durchgeführt werden könnten, sind keine Präsenz-, sondern eine besondere Möglichkeit der Fernwahl, nämlich über das Internet. Online-Wahlen sind also vergleichbar mit der Briefwahl. Für diese Fernwahlen gelten andere Grundsätze der Öffentlichkeit – ansonsten könnte es etwa eine Briefwahl gar nicht geben.

Drittens gilt der Öffentlichkeitsgrundsatz für Sozialwahlen ohnehin nur eingeschränkt. Die Wahlrechtsgrundsätze gelten unmittelbar nur für die Wahlen zum Deutschen Bundestag. Außerhalb des Grundgesetzes, etwa bei Wahlen zu Organen der Selbstverwaltung bei Sozialversicherungsträgern, kommt ihnen darum nur eine abgeschwächte Wirkung zu. Die Sozialwahlen werden ohnehin als Briefwahl durchgeführt, also als Fernwahl. Der Unterschied zwischen Brief- und Onlinewahl ist dann, dass ein anderes Kommunikationsmedium genutzt werden kann – und zwar eines, das schon heute den hergebrachten Brief in vielen Bereichen abgelöst hat.

Viertens kann der Öffentlichkeitsgrundsatz ohnehin eingeschränkt werden, z.B. um eine hohe Wahlbeteiligung zu sichern. Dies hat das BVerfG bereits entschieden. Es müssen nicht sämtliche Handlungen im Zusammenhang mit der Ermittlung des Wahlergebnisses unter Beteiligung der Öffentlichkeit stattfinden, damit ein begründetes Vertrauen in die Richtigkeit der Wahl geschaffen wird. An der jahrzehntelangen, vom BVerfG bestätigten Praxis der Briefwahl ist dies ablesbar. Denn damit soll eine möglichst umfassende Wahlbeteiligung erreicht werden, damit dem Grundsatz der Allgemeinheit der Wahl Rechnung getragen wird, also möglichst viele Bürgerinnen und Bürger von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen können. Dieses Argument gilt auch zugunsten einer Online-Sozialwahl, und zwar erst recht angesichts der zurückgenommenen Bedeutung des Öffentlichkeitsgrundsatzes: Denn es können damit mehr Bürgerinnen und Bürger erreicht werden, und mehr Bürgerinnen und Bürger können von ihrem Wahlrecht und damit ihrer Mitwirkung an der funktionalen Selbstverwaltung zu ihrer sozialen Sicherung Gebrauch machen. Damit wird deren Bedeutung gestärkt.

Fünftens ist auch technisch eine verfassungskonforme und IT-sichere Umsetzung möglich und zertifizierte Software-Lösungen existieren bereits. Auch die einschlägigen Institutionen, z.B. das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), sind der Ansicht, dass Online-Wahlen zulässig sind und ausreichend sicher gestaltet werden können, zumal solche Wahlen in anderen Rechtsbereichen, auch im Sozialrecht, bereits erfolgreich durchgeführt wurden.

Eine Online-Wahl zur Sozialwahl kann also rechtskonform und im Einklang mit der Rechtsprechung des BVerfG durchgeführt werden. Der Gesetzgeber sollte jetzt zügig voranschreiten, noch können die Zeiträume bis zur Sozialwahl 2023 dafür genutzt werden, erstmals diese Option zusätzlich zur bisherigen Briefwahl vorzusehen. Eine Online-Wahl ermöglicht eine zeitgemäße Beteiligung an den Wahlen, sichert die Wahrung der Allgemeinheit der Wahl und damit das Konzept der Selbstverwaltung.

http://www.jura.uni-frankfurt.de/80805878

Eine
Online-Wahl
ermöglicht eine
zeitgemäße
Beteiligung
an den Wahlen.



SOZIALWAHL

## "Wenn die Politik will, könnten wir 2023 online wählen"

Jörg Ide, Geschäftsbereichsleiter Verwaltungsrat und Vorstand bei der Techniker Krankenkasse, und Holger Schlicht, Referent in der Geschäftsstelle des Verwaltungsrats der DAK-Gesundheit, verantworten als Hauptamtliche die Koordination und Durchführung der Sozialwahl für insgesamt mehr als zwölf Millionen Wahlberechtigte. Sie vertreten die Ersatzkassen in der gemeinsamen Arbeitsgruppe der urwählenden Träger zum Thema Online-Wahlen. Im Interview erläutern sie, warum sich in Sachen Online-Wahlen politisch endlich etwas bewegen muss, damit die im Koalitionsvertrag zugesagte Modernisierung der Sozialwahl keine folgenlose Absichtserklärung bleibt.



Ihre Stimme bei Rente und Gesundheit



Jörg Ide Geschäftsbereichsleiter Verwaltungsrat und Vorstand, Techniker Krankenkasse



Holger Schlicht Referent in der Geschäftsstelle des Verwaltungsrats der DAK-Gesundheit

#### 2019 ist die Sozialwahl zurück auf der politischen Agenda. Wo steht die Politik derzeit in Sachen Einführung von Online-Wahlen?

JÖRG IDE: Wir haben derzeit die absurde Situation, dass wir einerseits für eine zusätzliche Online-Wahloption so viel politischen Rückenwind haben wie noch nie, es andererseits aber nicht vorangeht, weil sich die Ministerien die Bälle zuspielen, anstatt die Vorgaben des Koalitionsvertrags umzusetzen.

HOLGER SCHLICHT: Im Augenblick erleben wir eine politische Hängepartie. Das eigentlich zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat in Bezug auf Online-Wahlen keine abschließende Entscheidung getroffen, sondern das Thema zur Prüfung an das Bundesinnenministerium (BMI) weitergegeben.

#### Warum?

IDE: Das Innenministerium soll nun zunächst klären, ob die Sozialwahl einer parlamentarischen Wahl entspricht, wie beispielsweise der Bundestagswahl. Damit wären die Hürden für die Einführung von Online-Wahlen deutlich höher, weil für parlamentarische Wahlen das Grundgesetz greifen würde.

Schlicht: Diese Einschätzung teilen wir ganz und gar nicht: Die Sozialwahl ist zwar

gemessen an den Wahlberechtigten nach der Bundestags- und der Europawahl die drittgrößte Wahl des Landes, aber eben keine parlamentarische Wahl. Sie wird entsprechend im Vierten Buch des Sozialgesetzes (SGB IV) und in der Wahlordnung geregelt. Deshalb muss genau da auch die Politik ansetzen, anstatt nun die Anzahl der beteiligten Ministerien zu erweitern.

#### Die Sozialwahl zu modernisieren, steht nicht zum ersten Mal in einem Koalitionsvertrag. Für wie realistisch halten Sie die Einführung von Online-Wahlen und was bedeutet das für die anstehende Sozialwahl im Jahr 2023?

IDE: Wenn der politische Wille da ist, ist es durchaus noch möglich, dass die über 50 Millionen Wahlberechtigten 2023 erstmalig zusätzlich auch online abstimmen dürfen. Dafür brauchen wir aber noch in diesem Jahr eine politische Entscheidung und dürfen keine weitere Zeit verlieren.

#### Wodurch ergibt sich diese Dringlichkeit?

Schlicht: Es muss sofort losgehen, denn bis spätestens Ende Januar 2020 muss das entsprechende Vorschaltgesetz in Kraft treten. Dieses beauftragt die Bundesbehörden mit der

notwendigen Vorbereitung. Die entsprechenden gesetzlichen Änderungen wiederum müssen dann bis spätestens Mitte 2020 greifen – sonst ist die Chance für das Wahljahr 2023 vertan. Wenn wir uns die üblichen Zeitrahmen für Gesetzgebungsprozesse anschauen, ist das schon ein knappes Zeitfenster. Allerdings muss die Politik nicht bei null anfangen – immerhin haben wir urwählenden Träger bereits umfassend analysiert, welche Änderungen in SGB IV sowie der Wahlordnung für die Sozialversicherung nötig wären. Diese Information haben wir den zuständigen Ministerien und Behörden bereits vor geraumer Zeit vorgelegt.

#### Wie bereiten Sie sich bei den Ersatzkassen vor?

IDE: Unsere gemeinsame Arbeitsgruppe der urwählenden Träger der Sozialversicherung arbeitet bereits seit Monaten mit Hochdruck daran, alle technischen und juristischen Rahmenbedingungen für 2023 zu schaffen. Und wir bringen uns aktiv in die Diskussion ein, damit diese längst fällige Modernisierung nicht in den Mühlen der Verwaltung auf der Strecke bleibt.

SCHLICHT: Auf uns Kassen kommt natürlich ein erheblicher Aufwand zu. Zunächst müssen bis Ende September 2020 bei allen beteiligten Selbstverwaltungen der Träger genehmigte Satzungsentscheidungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) vorliegen, um diese Wahloption zu ermöglichen. Dann steht die Gründung einer Pflicht-Arbeitsgemeinschaft an, schließlich soll es eine gemeinsame Lösung geben. Das muss natürlich mit dem BVA abgestimmt werden. Diese Arbeitsgemeinschaft kümmert sich dann um die europaweite Ausschreibung für eine qualifizierte und zertifizierte Wahlsoftware. Allein dafür benötigen wir einen großen zeitlichen Vorlauf. Und schließlich gilt es, diese Software auf die Systeme der einzelnen Träger anzupassen, damit das Zusammenspiel von Online- und Briefwahl auch sicher funktioniert. Dieser Aufwand ist aber absolut gerechtfertigt.

#### Warum?

IDE: Ein wichtiges Ziel ist, die Sozialwahl auch für jüngere Wähler attraktiver zu machen. Außerdem können wir nicht einerseits die Digitalisierung des Gesundheitswesens überall vehement einfordern und sie anderseits an dieser zentralen Stelle des deutschen Gesundheitssystems blockieren. Und ganz zentral: Wir folgen damit auch dem Wunsch eines Großteils der Wähler, wie Umfragen gezeigt haben.

SCHLICHT: Mittel- bis langfristig können wir über die Online-Option auch die Wahlkosten senken, das Porto für die Briefwahl macht hier

bislang den Löwenanteil aus.

Ein wichtiges
Ziel ist, die
Sozialwahl
auch
für jüngere
Wähler
attraktiver
zu machen.

# Eine repräsentative Forsa-Umfrage ergab: Eine zusätzliche Online-Option bei der Sozialwahl ist für die Mehrheit der Menschen in Deutschland attraktiv – vor allem bei den Jüngeren. 2 % 90 80 70 60 40 40 30 47 47 47 48 Bis 39 Jahre Nein, halte ich nicht für sinnvoll. Weiß nicht/keine Angabe Quelle: Repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der TK





#### **3 FRAGEN AN**

#### **Dr. Priit Vinkel**

Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, die nächste Sozialwahl 2023 auch als Online-Wahl zu ermöglichen. In Estland, das als Vorreiter mit Blick auf die digitale Gesellschaft und E-Government gilt, wurde die elektronische Stimmabgabe, das sogenannte E-Voting, schon vor Jahren eingeführt. Dr. Priit Vinkel, Leiter des Estnischen Staatlichen Wahlamtes, spricht über Erfahrungen und Empfehlungen zum Thema Online-Wahlen.

#### Estland hat 2005 die Online-Wahlen eingeführt. Wie kam es dazu?

Estland entwickelte bereits seit den goer Jahren eine Informationsgesellschaft und verschiedene IT-zentrierte Lösungen, auch erste bürgerorientierte Lösungen begannen sich zu verbreiten. Daher wurde diskutiert, warum man nicht auch internetfähige Wahlen anbieten sollte. Aus diesem Grund wurden 2002 ein vorläufiger Fahrplan festgelegt und grundlegende Bestimmungen in das Wahlgesetz übernommen. 2005 wurde die Internet-Wahl zum ersten Mal bei gesamtstaatlichen Wahlen (damals Kommunalwahlen) und 2007 bei den ersten allgemeinen Wahlen (Parlamentswahlen) eingesetzt. Seitdem wurde die Internet-Wahl in Estland bislang elf Mal angewandt. Die Internet-Wahl ist jedoch nur eine zusätzliche Dienstleistung der Regierung, mit der der Staat mit den Bürgern kommunizieren konnte. Sie ist nur eine von vielen ähnlichen Lösungen, die alle unter anderem auf einer vertrauenswürdigen Online-Ausweisfunktion (eID) und der Akzeptanz des Gedankens einer e-fähigen Kommunikation basieren.

#### Inwiefern haben sich die Online-Wahlen auf die Wahlbeteiligung ausgewirkt?

An den allerersten Wahlen nahmen nur die kühnsten, mutigsten und neugierigsten Bürgerinnen und Bürger teil; nur etwa zwei Prozent der Wähler. Im Laufe der Jahre ist die Zahl der Online-Wähler bis zu den letzten Wahlen, den EU-Parlamentswahlen 2019, gestiegen. Mehr als 46 Prozent aller Stimmen wurden elektronisch abgegeben (und der Rest mit verschiedenen Abstimmungsmethoden auf Papier-Basis). Die Akzeptanz der Lösung bei den Wählern ist also weit verbreitet. Der Nettogewinn der neuen Abstimmtechnologie ist jedoch weitaus schwieriger zu bestimmen. Die Forscher sagen, dass der elektronische Wähler größtenteils der frühere Papierwähler ist (kein völlig neuer früherer Nichtwähler).

Online-Wahlen stärken also die Wählerfront von innen und bekämpfen eine mögliche Entfremdung der Wähler. Untersuchungen haben außerdem gezeigt, dass das Wählen aus dem Ausland enorm von der Internetwahl profitiert. So erhöhte sich die Wahlbeteiligung im Ausland mindestens um das Fünffache. Dies bietet insbesondere für Ausländer und Gelegenheitsreisende, die sich während der Wahlen im Ausland aufhalten, eine bequeme und sichere Möglichkeit, ihre Stimme abzugeben.



"Es sollten viele verschiedene Online-Dienstleistungen angeboten werden, um Verständnis und Vertrauen aufzubauen."

**Dr. Priit Vinkel** Leiter des Estnischen Staatlichen Wahlamtes

#### In Deutschland wird derzeit die Einführung von Online-Wahlen bei der Sozialwahl diskutiert. Was geben Sie Deutschland für eine erfolgreiche Umsetzung mit auf den Weg?

Der wichtigste Faktor ist, es langsam aufzubauen und sich genügend Zeit zu lassen, damit es sich entwickeln und unter den Wählern verbreiten kann. Die Grundbedürfnisse müssen erfüllt werden. Es muss einen vertrauenswürdigen Weg geben, um festzustellen, wer die Person hinter dem Bildschirm ist - eine stabile E-Identität. Darüber hinaus müssen die Nutzer diese Form der Kommunikation akzeptieren. Es sollten daher viele verschiedene Online-Dienstleistungen angeboten werden, um Verständnis und Vertrauen aufzubauen. Die Organisation einer Online-Abstimmung bietet neue Vorteile, eine zentralisierte Organisation und ein optimiertes Sicherheitsmodell. Sicherheit ist wie bei jeder Online-Lösung von entscheidender Bedeutung. Aber wie wir sehen, ist es möglich, sichere Online-Wahlen zu organisieren.

## Fachkräftegewinnung

BESSERE ARBEITS BE DINGUNGEN - MEHR GELD MEHR VERANTWORTUNG - DIGITALE UNTERSTÜTZUNG



Deutschland braucht Pflegefachkräfte. Um qualifiziertes Personal für die unbesetzten Stellen in der Alten- und Krankenpflege zu gewinnen, hat die Bundesregierung die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen. Gemeinsam mit Akteuren in der Pflege wurden Maßnahmen entwickelt, um die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Zudem schaffte sie mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 13.000 Stellen in der Altenpflege, organisiert und finanziert durch die Krankenkassen.

Damit die offenen Stellen schnellstmöglich besetzt werden können, gewinnt auch die Suche nach Pflegekräften im Ausland an Bedeutung. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) legte zusammen mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) das Programm Triple Win auf, das qualifiziertes Pflegepersonal in Nicht-EU-Ländern auf eine Beschäftigung in Deutschland vorbereitet. Darüber hinaus spielt auch die betriebliche Gesundheitsförderung eine immer größere Rolle.



KONZERTIERTE AKTION PFLEGE

# Mehr als ein Pflegeschwur?

Es ist auch in der Politik angekommen: Um die Pflege in Deutschland zukunftsfest zu gestalten, muss zuallererst dafür gesorgt sein, dass genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen. Um es mit den Worten der Familienministerin Dr. Franziska Giffey (SPD) zu sagen: "Es muss cool werden, Pflegekraft zu sein." Das ist derzeit offenbar nicht so: Im Jahresdurchschnitt 2018 waren laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit 23.900 Stellen im Bereich der Altenpflege sowie 15.700 Stellen in der Krankenpflege unbesetzt. Um diesen Trend zu stoppen, hat die Bundesregierung die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen: Gemeinsam mit wichtigen Akteuren in der Pflege wurden Maßnahmen entwickelt, die die Arbeit von beruflich Pflegenden unmittelbar verbessern sollen. Aber reicht es wirklich aus, Maßnahmen auf dem Papier zu beschreiben, um die praktischen Herausforderungen zu stemmen? Es ist ein wichtiger erster Schritt, weitere Schritte müssen aber folgen.

/Text/Oliver Blatt und Didar Dündar-Gözalan



s kommt nicht häufig vor, dass sich die Ministerinnen und Minister dreier Ressorts gemeinsam für ein Thema persönlich engagieren. So eröffneten Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), Bundesarbeitsmi-

nister Hubertus Heil (SPD) und Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey am 3. Juli 2018 die erste Gremiensitzung der von ihnen gemeinsam ins Leben gerufenen KAP. Heute - rund ein Jahr später - liegt als Ergebnis von intensiven Beratungen ein ganzes Bündel an Maßnahmenpaketen vor, die in der Zwischenzeit von rund 50 beteiligten Verbänden und Organisationen in insgesamt fünf Arbeitsgruppen entwickelt wurden. Aus den fünf relevanten Themenfeldern "Ausbildung", "Personalmanagement und Gesundheitsförderung", "Digitalisierung", "Pflegekräfte aus dem Ausland" sowie "Entlohnungsbedingungen" wurden systematisch Ideen zusammengetragen, die als tauglich erscheinen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen.

#### Ausbildung und Entlohnung im Fokus

Die Ergebnisse aus den beiden wichtigen Themenfeldern "Ausbildung" und "Entlohnungsbedingungen" wurden bereits konkret aufgegriffen. Die beim Thema "Ausbildung" erarbeiteten Maßnahmen wurden in der "Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023)" zusammengefasst und von der Bundesregierung verbindlich veröffentlicht. Dem Gedanken folgend, dass eine hochqualifizierte Pflege nur gut ausgebildete Pflegefachpersonen sicherstellen können, wurde das Ziel ausgerufen, die Zahl der Auszubildenden und der ausbildenden Einrichtungen bis 2023 um zehn Prozent zu steigern. Dies soll durch Informations- und Öffentlichkeitskampagnen für die neuen Pflegeausbildungen sichergestellt werden. Zudem sollen für mindestens 5.000 Pflegehelferinnen und -helfer Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung eingerichtet werden. Die Bundesregierung bezieht die Pflegeschulen in den "Digitalpakt Schule" ein, um sie "fit" für die Pflegeausbildungen und die neuen Herausforderungen der Digitalisierung zu machen. Dadurch kann auch der finanzielle

Mehraufwand bei der Umstellung auf die neuen Pflegeausbildungen verringert werden.

#### "Sorgenkind Pflege"

Auch das Themenfeld "Entlohnungsbedingungen" wurde bereits konkret aufgegriffen. Die Frage nach der angemessenen Entlohnung steht naturgemäß ganz oben auf der Agenda, wenn es um die Attraktivität eines Berufsbildes geht. Auch hier ist die Pflege im Branchenvergleich eher ein "Sorgenkind". So stellte sich bei der Untersuchung der Erwerbstätigenbefragung 2018 des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin heraus, dass über 50 Prozent der in der Altenpflege Beschäftigten mit ihrer Entlohnung weniger bis nicht zufrieden waren. Die Attraktivität eines Berufes bemisst sich nicht nur, aber eben auch an der Bezahlung. "Es ist daher notwendig, zu einer Erhöhung der Entlohnung zu kommen", schlussfolgerte Heil.

ieses Ziel soll nun mit dem im Juni 2019 veröffentlichten Referentenentwurf des Pflegelöhneverbesserungsgesetzes erreicht werden, welches die Festlegung eines bundeseinheitlichen Pflege-Mindestlohns über dem aktuellen West-Niveau und die Erstreckung eines Tarifvertrages auf die gesamte Pflegebranche auf Grundlage des § 7a des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes möglich macht. Das sind ohne Zweifel wichtige Weichenstellungen, um das Lohnniveau in der Altenpflege anzuheben und die Schere zu der bis dato deutlich besseren Vergütung in der Krankenhauspflege zu schließen. Es steht aber ebenso außer Frage, dass insbesondere diese Maßnahmen auf der Finanzierungsseite einer Strategie bedürfen, um die damit einhergehenden erheblichen Mehrkosten abzufangen. So geht das IGES Institut davon aus, dass Mehrkosten in Höhe von insgesamt 1,4 bis 5,2 Milliarden Euro entstehen werden, je nach Ausgestaltung der Tarife. In der jetzigen Systematik der sozialen Pflegeversicherung mit gedeckelten Leistungsbeträgen (Teilversicherung) werden diese Mehrkosten zulasten der Pflegebedürftigen gehen, da sie die Vergütungssätze der Pflegeeinrichtungen nach oben treiben. Im stationären Bereich würden

schlichtweg die Eigenanteile der Versicherten weiter steigen. Das ist nicht unbedenklich, liegen sie aktuell doch schon bei bundesweit durchschnittlich rund 1.900 Euro. Im ambulanten Bereich führt es dazu, dass sich die Pflegebedürftigen weniger Leistungen bei den Pflegediensten einkaufen können.

#### <u>Pflegefachkräfte aus dem Ausland</u> <u>gewinnen</u>

Ein weiteres großes Themenfeld der KAP war die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Auch wenn man sich einig war, dass man die Sicherstellung der professionellen Pflege vorrangig durch Pflegefachpersonen aus dem Inland und den EU-Mitgliedsstaaten sicherstellen will, hat man auch das Potenzial an Fachkräften aus sogenannten Drittstaaten in den Blick genommen. Um den Zugang zu erleichtern, sollen eine Zentrale Servicestelle für berufliche Anerkennung aufgebaut, ein Gütesiegel für private Vermittler ausländischer Pflegekräfte entwickelt und Möglichkeiten der Fach- und Sprachausbildung für ausländische Pflegekräfte in den Herkunftsländern geprüft werden. Auch die Bedingungen für eine Ausbildung in Deutschland sollen durch Öffnung der Berufsausbildungsbeihilfe für ausländische Auszubildende verbessert werden.

Auch im
Bereich der
Pflege soll das
Potenzial der
Digitalisierung genutzt
werden.

#### Mehr Digitalisierung

Auch im Bereich der Pflege soll das Potenzial der Digitalisierung genutzt und die Arbeit von Pflegekräften durch Digitalisierung erleichtert werden. Diesem Aspekt widmete sich ebenfalls eine eigene Arbeitsgruppe der KAP. Spahn formulierte es so: "Die Zettelwirtschaft







Mehr Entscheidungsbefugnisse der Pflegekräfte erhöhen die Attraktivität des Berufsbildes.



in der Pflege muss endlich abgeschafft werden, dann bleibt mehr Zeit für die Pflege." Konkret soll etwa die Kommunikation zwischen der Pflege und anderen Gesundheitsberufen mittelfristig komplett auf elektronische Datenverarbeitung umgestellt werden (elektronische Pflegeakte, Entlassmanagement, Verordnungen). Auch sollen die Pflegeeinrichtungen an das sichere Datennetz des Gesundheitssystems angeschlossen werden. Zudem sollen ab 2022 ambulante Pflegedienste Leistungen der Pflegeversicherung nur noch auf elektronischem Weg abrechnen, ab dem 1. April 2023 soll dies auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gelten. Die Telepflege, etwa zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, soll schnell ausgebaut werden und in Krankenhäusern technische Systeme zu Kontroll-, Routine- und logistischen Tätigkeiten vermehrt als Unterstützung Einsatz finden, beispielsweise robotische Systeme zum Transport, zur Lagerung und Mobilisierung von Personen. Das sind nur einige der Maßnahmen, die den Weg digitaler Anwendungen in die Pflege ebnen sollen.

ehr Entsche der Pflegek Attraktivitä Dieser Eins mete sieh e

ehr Entscheidungsbefugnisse der Pflegekräfte erhöhen die Attraktivität des Berufsbildes. Dieser Einsicht folgend, widmete sich eine Arbeitsgruppe

auch diesem Themenfeld und hat Maßnahmen entwickelt, um den Verantwortungsbereich von Pflegekräften auszuweiten. Hierzu sollen die bestehenden Möglichkeiten, Heilkunde auf Pflegefachkräfte zu übertragen, zukünftig besser genutzt und Standards zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, zum Beispiel Ärzten, erarbeitet werden. Last but not least hat sich eine Arbeitsgruppe auch ganz konkret dem Thema Arbeitsbedingungen gewidmet und zahlreiche Vorgaben für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser entwickelt, die darauf abzielen, einen hohen Arbeitsschutzstandard zu garantieren und mehr Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Eingliederungsmanagements umzusetzen. Dazu gehören unter anderem verlässliche Dienstpläne, strukturierte Fort- und Weiterbildungen von Führungskräften in der Pflege und Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.

Die KAP hat bereits Wichtiges geschafft: Sie hat alle relevanten Akteure an einen Tisch gebracht und den verbindlichen Rahmen geschaffen, um alle Beteiligten zu einem gemeinsamen Handeln zu verpflichten. Mit den erarbeiteten Papieren zu den wichtigsten Themen liegt eine gut strukturierte Roadmap vor, die nahezu alle Fragestellungen beleuchtet und Handlungsvorgaben festlegt. Für das Image des Pflegeberufs war es bereits ein wichtiger Schritt, dass sich hochrangige Politiker über diesen langen Zeitraum intensiv mit den Problemlagen und Potenzialen im Pflegeberuf beschäftigt haben.

amit an sich ist natürlich noch keine einzige Pflegefachkraft gewonnen, da muss man den Kritikern der KAP Recht geben. Es geht nun also darum, den "Pflegeschwur" in die Praxis zu transportieren. Das ist allen Beteiligten klar, denn daran wird die Arbeit der KAP später zu messen sein. Den Prozess der Umsetzung werden die bei den Ministerien eingerichteten Geschäftsstellen der KAP eng begleiten. Im Jahr 2020 soll es entsprechende Berichte zur Umsetzung geben. Das sind enge Leitplanken, die dafür Sorge tragen, dass die Beteiligten sich nun auch an ihre festgeschriebenen Aufgaben machen und im Dialog bleiben.

#### Zukunftsfeste Finanzierung

Dabei muss nun auch die Frage der zukunftsfesten Finanzierung politisch angegangen werden. Zahlreiche Maßnahmen werden erhebliche finanzielle Auswirkungen nach sich ziehen. Das Teilversicherungs-System der Pflege führt dazu, dass alle sich auf die Entgelte niederschlagenden Maßnahmen direkt den Pflegebedürftigen belasten. Es bedarf zeitnahe politische Entscheidungen und Vorgaben, um die Eigenbetteiligung der Pflegebedürftigen nicht ins Unzumutbare steigen zu lassen. Steuerzuschüsse sollten bei einem Thema von solch gesamtgesellschaftlicher Bedeutung kein Tabu mehr sein. Nur wenn ein solides Gegenfinanzierungskonzept zeitnah vorliegt, haben die geplanten Maßnahmen der KAP eine gute Chance auf zügige Umsetzung.

> Seiten 36 und 40

Foto: valek/Georg J. Lopata

**Oliver Blatt** Abteilungsleiter Gesundheit beim vdek



**Didar Dündar-Gözalan** Abteilung Gesundheit beim vdek

SOFORTPROGRAMM

## 13.000 neue Stellen für Pflegeheime

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat der Gesetzgeber die Möglichkeit für zusätzliche Stellen in Pflegeheimen geschaffen und damit einen weiteren Punkt aus dem Koalitionsvertrag abgearbeitet. Je nach Anzahl der Betten sind das eine halbe bis zwei zusätzliche Stellen pro Einrichtung, bundesweit ca. 13.000 neue Stellen – sogar 5.000 mehr als im Koalitionsvertrag vorgesehen. Besonders ist, dass die Krankenkassen die Stellen bezahlen und somit die Pflegebedürftigen nicht mit Zusatzkosten belastet werden.

/Text/Martin Schreck

B

undesweit arbeiteten 2017 rund 712.000 Personen in der voll- und teilstationären Pflege – Tendenz steigend: Im Abstand von nur fünf Jahren (2012) ist diese Zahl um 84.000 gestiegen (Quelle: Gesundheitsperso-

nalrechnung, Statistisches Bundesamt). Alle Zeichen deuten darauf hin, dass sich die stationäre Langzeitpflege weiter als Jobmotor beweist. Das Sofortprogramm Pflege der Bundesregierung trägt hierzu bei, indem nun weitere 13.000 Stellen finanziert werden können.

Bereits 2017 wurden im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSGII) in vielen Ländern verbesserte Personalschlüssel vereinbart. Die Personalkosten für dieses "Stammpersonal" fließen in die Pflegesätze ein. Die soziale Pflegeversicherung (SPV) beteiligt sich – je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit – mit einem festen Leistungsbetrag an den Pflegekosten. Übrig bleibt der einrichtungseinheitliche Eigenanteil, der – neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten – durch die Bewohner zu tragen ist. Hier ergibt sich ein entscheidendes Problem: Die gedeckelten Versicherungsleistungen führen im Ergebnis dazu, dass eine Verbesserung der Personalausstattung grundsätzlich mit Mehrkosten für die Pflegebedürftigen einhergeht.

Mit dem Sofortprogramm Pflege hat der Gesetzgeber einen anderen Weg gefunden, denn die neu geschaffenen Stellen werden gesondert finanziert. Die SPV zahlt die vollen Personalkosten direkt an die Einrichtung. Da die zusätzlichen Stellen insbesondere die medizinische Behandlungspflege unterstützen sollen, wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, jährlich pauschal 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der SPV zu zahlen. Somit kommen letztlich die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die neuen Stellen auf.

er Abruf der Fördermittel erfolgt über ein Antragsverfahren. Für den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) übernimmt die DAK-Gesundheit die Antragsbearbeitung und Auszahlung. Voraussetzung ist, dass das Pflegeheim über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zudem zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Ausnahmsweise kann auch die Beschäftigung von zusätzlichen Hilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, gefördert werden. Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die monatliche Auszahlung durch eine Pflegekasse.

Die ersten Erfahrungen mit dem Sofortprogramm Pflege zeigen jedoch auch, dass der Wettbewerb um Pflegefachkräfte sich weiter verschärft. Denn auch in der Akutversorgung und Rehabilitation werden sie händeringend gesucht. Daher ist es wichtig, dass der Pflegeberuf attraktiv bleibt und die Fachkräftesicherung durch begleitende Maßnahmen flankiert wird.



Martin Schreck Abteilung Gesundheit beim vdek

www.dak.de/pflegepersonalstaerkungsgesetz



**FACHKRÄFTEMANGEL** 

## Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten gewinnen an Bedeutung

Die Suche nach Pflegekräften im Ausland nimmt anlässlich des Pflegeengpasses Fahrt auf. Zu diesem Zweck hat die Bundesagentur für Arbeit (BA) zusammen mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) das Programm Triple Win aufgelegt. Es bereitet qualifiziertes Pflegepersonal in Nicht-EU-Ländern auf eine Beschäftigung in Deutschland vor und übernimmt die Vermittlung zu hiesigen Arbeitgebern.

/Text / Beate Raabe



er Fachkräftemangel macht sich vor allem in der Pflege bemerkbar. Im April 2019 verzeichnete die BA 11.700 gemeldete offene Stellen für Gesundheits- und Krankenpfleger inklusive Fachkranken-

pflege, auf die 3.900 arbeitslose Bewerberinnen und Bewerber kamen. In der Altenpflege ist die Lage noch dramatischer. Hier kamen auf 15.000 offene Stellen nur 3.000 arbeitslose Fachkräfte.

Die BA ist vielfältig aktiv, neue Bewerbergruppen zu erschließen. Verstärkt wird die Ausbildung von Pflegehelfern beworben. Und Pflegehelfer können sich mit einer Weiterbildung zum Pfleger neue Berufsmöglichkeiten erschließen und damit gleichzeitig neue Perspektiven für die Arbeitgeber schaffen. Neben Ausbildung und Weiterqualifizierung von Pflegehelfern kann die Personalsuche im Ausland ein Baustein sein, Personallücken zu füllen. Um Krankenhäuser, Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen. Personal aus dem Ausland einzustellen, hat die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA 2013 gemeinsam mit der GIZ das Programm Triple Win ins Leben gerufen. Triple Win sucht in ausgewählten Nicht-EU-Ländern nach qualifizierten Pflegekräften, bereitet diese sprachlich und fachlich auf eine Beschäftigung in Deutschland vor und bringt sie mit suchenden Einrichtungen zusammen.

#### Bereits 3.000 Pflegekräfte vermittelt

Die Auswahl der Zusammenarbeitsländer erfolgt anhand mehrerer Kriterien: Sie dürfen nach den Maßstäben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) selbst keinen Mangel an Pflegekräften haben, und die Herkunftsländer müssen ihr Einverständnis zur Personalrekrutierung in einem bilateralen Abkommen mit Deutschland erklären. Und schließlich muss die Pflegeausbildung in dem jeweiligen Land mit der in Deutschland vergleichbar sein, um die notwendige Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses zu ermöglichen. Die Vermittlungsabsprachen und regelmäßige bilaterale Konsultationen zwischen den Partnern sorgen für Transparenz.

Aktuell kommen durch Triple Win Pflegekräfte aus Bosnien und Herzegowina, Serbien, den Philippinen und Tunesien nach Deutschland. Von den bisher vermittelten knapp 3.000 Pflegekräften stammt etwas über die Hälfte von den Philippinen - ihr Anteil hat seit Programmbeginn stetig zugenommen. In der Vergangenheit konnte eine Vielzahl von gut ausgebildeten Pflegekräften innerhalb der EU gewonnen werden. In Zukunft wird die Suche über die EU-Grenzen hinaus immer wichtiger, denn fast alle Staaten der Gemeinschaft sehen sich mit derselben demografischen Entwicklung konfrontiert wie Deutschland. Auf der einen Seite schrumpft dadurch das Bewerberpotenzial. Selbst in den südlichen und östlichen EU-Ländern, in denen im Zuge der Wirtschaftskrise vor allem junge Leute lange keine Stellen fanden und ins Ausland gingen, ist das Bewerberinteresse aufgrund der sich verbessernden Arbeitsmarktlage mittlerweile rückläufig. Gleichzeitig verknappt der demografische Wandel in der gesamten EU nicht nur die Zahl der Bewerber, sondern es erhöht sich auch die Nachfrage, vor allem in der Altenpflege. Mittlerweile suchen Länder wie beispielsweise Polen selbst Pflegekräfte.

#### Sprachliche und fachliche Vorbereitung wichtig

Gerade die Rekrutierung von Pflegekräften aus weiter entfernten Kulturkreisen erfordert - neben den formalen Aspekten der Aufenthaltsgenehmigung und der Berufsanerkennung - auch eine gründliche sprachliche und fachliche Vorbereitung, um sich erfolgreich in die Arbeitswelt in Deutschland zu integrieren. Genau hier setzt das Programm Triple Win an. Mehrmals im Jahr führen die Vermittler des Teams Triple Win Auswahlgespräche in den Partnerländern und überzeugen sich vor Ort von der Eignung der Bewerberinnen und Bewerber, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung und in der Regel auch Berufserfahrung verfügen. Bei Aufnahme in das Programm werden sie anschließend in ihrem Heimatland sprachlich und fachlich auf ihre neue Tätigkeit vorbereitet. Am Ende dieser mehrmonatigen Phase müssen sie Deutschkenntnisse auf B1-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens vorweisen.

ie fachliche Vorbereitung durch Triple Win umfasst Pflegeplanung und Methodik, Aufgabenportfolio und Kompetenzen einer Pflegekraft in Deutschland. Wichtig ist für die Bewerber, die Unterschiede zu dem Berufsbild im Heimatland der Pflegekräfte zu kennen. Denn während in Deutschland der Beruf des Kranken- sowie Altenpflegers ein Ausbildungsberuf ist, beenden die meisten Gesundheits- und Krankenpfleger im Ausland ihre Ausbildung mit einem Bachelor-Abschluss. Hinzu kommt, dass es die Ausbildung zum Altenpfleger in den meisten anderen Ländern gar nicht gibt. Mit den unterschiedlichen Ausbildungen gehen auch unterschiedliche Aufgaben und Kompetenzen einher. Auf den Philippinen beispielsweise sind die Pflegekräfte ausschließlich mit der medizinischen Versorgung der Patienten betraut und übernehmen damit Aufgaben, die hier zum Teil die Ärzte erledigen. Die Grundversorgung der Patienten dagegen - also waschen oder die Nahrungsversorgung – ist dort Aufgabe der Familien.

Triple Win unterstützt die Pflegekräfte auch bei der Beantragung der Aufenthaltsgenehmigung in der jeweiligen Visastelle ihres Landes, in der Regel der deutschen Botschaft. Nach der Einreise arbeiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zunächst als Pflegehilfskräfte, bis ihr ausländischer Berufsabschluss anerkannt ist – höchstens jedoch für die Dauer von einem Jahr. Die weiteren Sprachkenntnisse bis zum B2-Niveau, das für die Berufsanerkennung in den meisten Bundesländern notwendig ist, erwerben sie parallel in berufsbegleitenden Aufbaukursen.

#### Unterstützung für Arbeitgeber

Auch die Arbeitgeber erhalten Unterstützung durch das Triple Win-Team, etwa im Prozess des Berufsanerkennungsverfahrens oder bei der Integration der internationalen Pflegekräfte in das neue Arbeitsumfeld. Um die Kosten der Vorbereitung sowie der Integrationsbegleitung zu decken, entrichten die Arbeitgeber bei Abschluss eines Arbeitsvertrages eine Dienstleistungsgebühr von derzeit 5.500 Euro einschließlich Umsatzsteuer pro vermittelter Pflegekraft an die GIZ. Die Vermittlungstätigkeit durch die ZAV ist für Arbeitgeber wie für Bewerberinnen und Bewerber kostenfrei.



Dr. Beate Raabe
Pressestelle Zentrale
Auslands- und Fachvermittlung/Bundesagentur für Arbeit

#### Integrationen TripleWin

Zeitraum: 2013 bis Juni 2019

Bosnien u. Herzegowina 4

Serbien 570

Philippinen 810

Tunesien

Gesamt

1.873\*

17

\*Die Gesamtzahl ist höher als die Ländersumme, da im ersten Projektjahr nicht länderweise gezählt wurde.

Quelle: ZA



MEHRWERT:PFLEGE

## Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung

Seit vielen Jahren zählt die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zu den Aufgaben der Krankenkassen. Mit dem 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ist dieser Auftrag noch einmal bestärkt und erstmals ein branchenspezifischer Fokus vorgenommen worden. So sollen vermehrt Aktivitäten zur Förderung der Beschäftigtengesundheit in Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch die gesetzlichen Krankenkassen initiiert werden. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und seine Mitgliedskassen entwickelten in dem Zuge das Unterstützungsangebot MEHRWERT:PFLEGE.

/Text/Stefanie Thees

MEHRWERT: PFLEGE

Ein Angebot der Ersatzkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung B

ereits vor dem PpSG realisierten die Ersatzkassen Leistungen zur BGF im Pflegesektor. Mit dem PpSG nehmen die Ersatzkassen als Gestalter vor Ort den Gesetzesimpuls auf, ihre Kräfte zu bündeln und ein ersatzkassengemein-

sames Konzept auf den Weg zu bringen. Mit MEHRWERT:PFLEGE steht nun Akutkrankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ein ganzheitliches Unterstützungsangebot zur Einführung oder Weiterentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zur Verfügung.

Dazu werden die Organisationen in einem ganzheitlichen Prozess beraten. Dieser besteht aus einer Analyse der Ist-Situation, die in eine passgenaue Maßnahmenentwicklung mündet. Dafür steht ein Gesundheitsbaukasten zur Verfügung, aus dem je nach Bedarf verschiedene Maßnahmen ausgewählt und individuell auf die Gegebenheiten der Organisation abgestimmt werden. Im nächsten Schritt gilt es, den

Erfolg der Maßnahmen zu kontrollieren, um so Rückschlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen. Bis zu 24 Monate werden die Einrichtungen durch einen MEHRWERT:PFLEGE-Prozessberater kostenfrei begleitet.

#### Bereitschaft der Einrichtung ist maßgeblich

Für ein erfolgreiches BGM ist es zwingend erforderlich, dass die Geschäftsleitung in das Vorhaben involviert ist und sich für eine Umsetzung ausspricht. Zudem muss die Einrichtung personelles Eigenengagement für die hausinterne BGM-Steuerung einbringen und Bereitschaft zur Veränderung zeigen. Soll das BGM Wirkung entfalten, so sind die Aneinanderreihung von Einzelmaßnahmen oder reiner Aktionismus nicht zielführend und mindern eher die Motivation der Belegschaft. Vielmehr gilt es, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, in dem die gesamte Organisationsstruktur mit ihren (Prozess-)Abläufen und Bedingungen beleuchtet und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigtengesundheit überprüft wird. BGM ist als Unternehmensstrategie zu verstehen.

Gelingt dies, kann BGM einen hohen Mehrwert auf unterschiedlichen Ebenen erzeugen. Die Beschäftigten werden in ihren Gesundheitsressourcen gestärkt, gesundheitliche Belastungen abgebaut und dadurch die Arbeitsfähigkeit erhalten. Dies kommt auch den Organisationen zugute. Sie profitieren von einer gesunden Belegschaft ebenso und zeigen sich als attraktiver Arbeitgeber im Wettbewerb um gutes Personal. Nicht zuletzt spüren auch die Patienten und Bewohner, ob es den Pflegekräften bei ihrer täglichen Arbeit gut geht.

#### Forschung gezielt ausrichten und nutzen

Im Rahmen von MEHRWERT:PFLEGE werden zudem Forschungsaktivitäten initiiert. Sie helfen, den beschriebenen Gesundheitsbaukasten weiter branchenspezifisch auszubauen und bereichern die Prozessberatung in den Einrichtungen. Zudem liefern sie neue Erkenntnisse, zum Beispiel zu digitalen Ansätzen in der ambulanten Pflege.

Fros: Privat

**Stefanie Thees** Abteilung Gesundheit beim vdek

www.vdek.com unter Themen/Prävention und Gesundheitsförderung/Mehrwert:Pflege

#### **3 FRAGEN AN**

#### **Nadine Henke**

Mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) soll die Gesundheit der Belegschaft gefördert werden. Dafür werden betriebliche Maßnahmen, Strukturen und Prozesse analysiert und auf dieser Grundlage gesundheitsförderlich adaptiert. Die AMEOS Gruppe, die 83 Einrichtungen (Krankenhäuser, Poliklinika, Pflege- und Eingliederungseinrichtungen) an 45 Standorten betreibt, macht sich für ein ganzheitliches BGM stark. Wirtschaftspsychologin Nadine Henke von der BGM AMEOS Gruppe berichtet aus der Praxis.

#### Welche Rolle spielt das BGM in Ihren Einrichtungen?

BGM ist ein komplexes, aber auch wichtiges Handlungsfeld, das berechtigterweise zunehmend an Präsenz gewinnt, so auch in der AMEOS Gruppe. Geprägt vom steten Unternehmenswachstum, großflächigen Regionen und vielfältigen Leistungsbereichen wird BGM zwar seit vielen Jahren bei AMEOS umgesetzt,



"BGM erfolgreich umzusetzen, funktioniert nur, wenn auf allen Seiten offen, fair und nachhaltig zusammengearbeitet wird."

Nadine Henke Koordinatorin BGM AMEOS Gruppe

weist jedoch zum Teil regional sehr unterschiedliche Entwicklungen auf. Mit dem Ziel, BGM als integriertes Managementsystem zu verorten und Standards in der Gruppe zu setzen, wurde im Mai 2018 der Beschluss zur Initiierung einer zentral koordinierenden Stelle durch die Geschäftsleitung getroffen. Es folgten erste Maßnahmen auf Gruppenebene, unter anderem zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischer Erkrankungen, die nun schrittweise ausgebaut werden. Dass BGM bei AMEOS nicht nur ein wichtiges Thema ist, sondern auch ein lebendes und lernendes System, wird an der jährlichen BGM-Tagung deutlich, die sich einem kontinuierlichen Zuspruch erfreut. Ein Gemeinschaftsergebnis dieser Tagungsreihe ist zum Beispiel unsere eigene Definition von BGM - "Bleib Gesund Mensch" -, die zum einen die AMEOS-Vision widerspiegelt und zum anderen als Claim dient.

#### Wo liegen die Herausforderungen in der Umsetzung des BGM?

Ausgangspunkte sind ein gemeinsames Verständnis von BGM sowie eine klare Standortbestimmung und Zieldefinition. Diese Punkte sind nicht zu unterschätzen, denn sie erfordern neben einer gezielten Koordination vor allem Zeit, und zwar ohne unmittelbare Effekte zu sehen. Um BGM umzusetzen, bedarf es wie in jedem anderen Bereich aber auch entsprechender Strukturen und Ressourcen, denn BGM funktioniert nicht von allein und nicht nebenbei. Hier sehe ich aktuell große Herausforderungen für das BGM im Gesundheitswesen. Weiterhin sollten zielgruppenorientierte Maßnahmen möglichst langfristig im Sinne der Wirksamkeit platziert, aber auch kritisch reflektiert werden sowie konsequent Verantwortung übernommen werden. Diese ist nicht allein aufseiten der Arbeitgeber und Kostenträger zu suchen, sondern auch bei jedem Einzelnen. Jeder Mensch trägt für seine Gesundheit eine entscheidende Mitverantwortung (Stichwort Selbstfürsorge). Angebote zu schaffen ist das eine, jedoch BGM erfolgreich umzusetzen funktioniert nur, wenn auf allen Seiten offen, fair und nachhaltig zusammengearbeitet wird.

#### Was empfehlen Sie anderen Häusern, die gerade in ein BGM starten wollen?

Suchen Sie sich starke Partner im Unternehmen und außerhalb des Unternehmens. BGM muss Top-down gedacht und gelebt, aber auch von vielen Schultern getragen werden. Alleingänge sind nicht nur sehr mühsam, sondern zudem wenig erfolgversprechend und bereiten wenig Freude. Doch genau die braucht es für gute Ergebnisse, einen langen Atem und die eigene Gesundheit.



TK-GESUNDHEITSREPORT

## Pflege geht auf die Gesundheit

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sind Menschen in Pflegeberufen überdurchschnittlich oft und auch länger krankgeschrieben. Kranken- und Altenpflegekräfte fallen im Schnitt jährlich für rund 23 Tage krankheitsbedingt aus. Das sind acht Tage und über 50 Prozent mehr als in der Vergleichsgruppe aller Beschäftigten (15 Tage). Das zeigt der TK-Gesundheitsreport 2019 "Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften".

Dabei sind die Berufstätigen speziell in der Altenpflege noch stärker betroffen. Mit einem Krankenstand von 6,94 Prozent haben sie höhere Fehlzeiten als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Krankenpflege mit 6,02 Prozent. Beide Ergebnisse liegen deutlich über dem Durchschnitt aller Berufstätigen von 4,09 Prozent.

"Dieser Trend ist seit Jahren zu beobachten", erklärt Dr. Thomas Grobe vom aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. "Diese überdurchschnittlichen Werte ziehen sich wie ein roter Faden durch fast alle Kategorien, die wir im Gesundheitsreport beleuchtet haben – von den Fehltagen bis hin zu den Arzneiverordnungen."

Besonders viele Fehltage in den Pflegeberufen gehen auf das Konto von psychischen Störungen und Krankheiten des Bewegungsapparats. Während berufsübergreifend jeder Beschäftigte durchschnittlich 2,47Tage letztes Jahr aufgrund einer psychischen Diagnose krankgeschrieben war, beliefen sich die Fehltage in den Pflegeberufen auf durchschnittlich 4,63Tage. Das sind rund 87 Prozent mehr. Aufgrund von Muskelskeletterkrankungen fehlte jeder Beschäftigte letztes Jahr 2,61Tage. Bei den Menschen in Pflegeberufen waren es mit 4,78Tagen 83 Prozent mehr.

Auch bei der Verschreibung von Arzneimitteln liegen die Pflegekräfte vorn. So erhalten Altenpflegekräfte mit 314 Tagesdosen
pro Kopf 28 Prozent mehr Medikamente als der Durchschnitt der
Berufstätigen (244 Tagesdosen). Krankenpflegekräfte erhalten im
Schnitt 278 Tagesdosen, das sind 14 Prozent mehr. Dabei erhalten
Männer fast doppelt so viele Antidepressiva (21 Tagesdosen) wie
berufstätige Männer insgesamt (elf Tagesdosen). Frauen in Pflegeberufen bekamen letztes Jahr 23 Tagesdosen Antidepressiva pro
Kopf verschrieben, das sind 32 Prozent mehr als der Durchschnitt
berufstätiger Frauen (17 Tagesdosen).

"Das ist eine alarmierende Entwicklung, die zeigt, dass es einen vielschichtigen Ansatz braucht, um die Pflegeberufe attraktiver zu machen", so Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK). "Schon heute fehlt es an Pflegekräften und die Politik hat erste Impulse gesetzt. Wir müssen nun dafür sorgen, dass diejenigen, die pflegen, das möglichst lange und gerne tun. Dafür ist ein gesunder Berufsalltag der Schlüsselfaktor." / pm

FACHKRÄFTEEINWANDERUNGSGESETZ.

## Fachkräfte aus Drittstaaten

Am 7. Juni 2019 hat der Bundestag das Fachkräfteeinwanderungsgesetz beschlossen. Damit soll es für Menschen aus sogenannten Drittstaaten, also für Nicht-EU-Bürger, leichter werden, einen Job in Deutschland anzunehmen. Die Bundesregierung hat somit das erste Einwanderungsgesetz in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland auf den Weg gebracht. Branchen, die besonders stark vom Fachkräftemangel betroffen sind, wie etwa der Pflegebereich, hoffen, zügig davon profitieren zu können.

#### Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz enthält drei zentrale Punkte:

- Künftig dürfen grundsätzlich alle Menschen aus Nicht-EU-Staaten mit einer anerkannten Berufsausbildung einwandern, wenn ihnen in Deutschland ein passender Arbeitsplatz angeboten wird.
- Qualifizierte Fachkräfte mit Berufsausbildung dürfen auch ohne Arbeitsvertrag für bis zu sechs Monate einreisen, um eine Stelle zu suchen. Die Jobsuchenden müssen für die angestrebte Tätigkeit ausreichende Sprachkenntnisse vorweisen und während der Suche ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten können. Diese Regelung galt bislang nur für Hochschulabsolventen.
- Die Vorrangprüfung entfällt. Bislang durfte eine Fachkraft aus einem Drittstaat nur einwandern, wenn der Arbeitsplatz nicht mit einem Bewerber aus Deutschland oder der EU besetzt werden konnte.

Flankiert wird das Gesetz durch Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungsverfahren. So werden künftig alle Länder verpflichtet, mindestens eine zentrale Ausländerbehörde einzurichten. Hier sollen Arbeitgeber auch beschleunigte Verfahren beantragen können, bei denen die Behörden verpflichtet sind, ihre Entscheidungen in relativ kurzer Zeit zu treffen. Auch die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse sollen kürzer werden, unter anderem durch die Einrichtung von Clearingstellen. Außerdem soll es gezielte Werbemaßnahmen gemeinsam mit der Wirtschaft und eine verstärkte Sprachförderung insbesondere im Ausland geben.

Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz soll Anfang 2020 in Kraft treten.  $\sqrt[p]{n}$ 

#### **BIBLIOTHEK**

PROJEKTBERICHT

#### Partizipative Gesundheitsforschung

"GESUND! – Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung" ist Teil eines großen Forschungsverbundes in Deutschland. Der Projektbericht dokumentiert die wesentlichen Erkenntnisse aus der ersten Förderphase des GESUND!-Projekts. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage: Wie gelingt Partizipative Gesundheitsforschung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten? Gearbeitet wurde mit Beschäftigten der Lichtenberger Werkstätten in Berlin. In allen Phasen des Gesamtprojektes sollen Menschen mit Lernschwierigkeiten zusammen mit den akademisch Forschenden neue Erkenntnisse gewinnen.



Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker und Prof. Dr. Reinhard Burtscher (Hg.)

Gemeinsam forschen – Gemeinsam lernen. Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Partizipativen Gesundheitsforschung

Reihe: inmitten Band 7, 2019, 190 S., kostenfrei Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. Berlin ANALYSE

#### Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Report gibt einen Überblick über den gesamten Krankenhausmarkt und untersucht auf Basis eines umfangreichen Datenpools die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und ihre mögliche Entwicklung unter verschiedenen Szenarien. Acht Sonderanalysen beschäftigen sich mit der stationären Fallzahl, dem ambulanten Geschehen an Krankenhäusern, dem Fachkräftemangel, dem Zuwanderungspotenzial, den Ausbildungspauschalen im Zuge des Pflegeberufegesetzes, den Krankenhausinvestitionen und einer Umfrage zum Compliance-Management. Abschließend folgen Handlungsempfehlungen an Politik und Krankenhausbetreiber.



Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop, Anne Mensen, Dr. Adam Pilny, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Christiane Wuckel

Krankenhaus Rating Report 2019: Personal – Das Ende des Wachstums?

2019, 252 S., €349,99 (inkl. E-Book) medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg RATGEBER

#### Gesunde Ernährung im Büro

Für den Ratgeber hat der Autor gesunde Rezepte für den Arbeitsalltag im Büro und für den Feierabend entwickelt. Er verrät, wie man mit Meal Prep und der Minus-20 Prozent-Regel schlank und der Darm gesund bleibt. Seine Tipps sind praxiserprobt und funktionieren im Büroalltag: leckere Gerichte auch mit wenig Zeit! So bleibt man am Schreibtisch leistungsfähig und hält das Gewicht in Balance.



Sven Bachs Jobfood – Schlank und gesund im Arbeitsalltag 2018, 148 S., €19,99 humboldt / Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

#### Schutz der Sozialdaten

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

Prof. Dr. Peter Becker (Hg.)

SGB X – Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten

1. Lfg., 02/2019. Gesamtwerk 3.996 S. in drei Ordnern, €154 Erich Schmidt Verlag, Berlin

#### Prävention statt Entschädigung

Der Handkommentar zum SGBVII 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 Auslegungsund Argumentationshilfen sowie das ausführliche Stichwortverzeichnis.

Prof. Dr. jur. Gerhard Mehrtens

#### Gesetzliche Unfallversicherung

2. Lfg., o3/2019. 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 SGBIII 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.)

#### SGBIII - Arbeitsförderung

2. Auflage, 2. Lfg., 03/2019. Gesamtwerk 4.846 S. in drei Ordnern, ¢254 Erich Schmidt Verlag, Berlin



JUBILÄUM

## Zehn Jahre vdek-Zukunftspreis

In diesem Jahr verleiht der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) bereits zum zehnten Mal den vdek-Zukunftspreis. Diesmal werden Projekte zum Thema "Patientensicherheit – gemeinsam sicher versorgen" prämiert.

Eine Expertenjury wählt die Gewinnerproiekte aus den Einsendungen aus. Das Preisgeld beträgt insgesamt 20.000 Euro. Den Juryvorsitz hat der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens. Zur Jury gehören außerdem Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU), Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Christian Zahn, Präsident der Association Internationale de la Mutualité. Dr. Monika Schliffke. Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Attila Altiner, Direktor am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock, und Dr. Ruth Hecker, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.



Bei der Jubiläumsveranstaltung werden neben den aktuellen Preisträgern in Vorträgen und Diskussionen auch die Projekte und Prämierten der vergangenen Jahre in den Mittelpunkt gerückt und der Blick auf die Anforderungen an die Versorgung in der Zukunft gerichtet.

Die Festveranstaltung findet statt am 10. Oktober 2019 um 17 Uhr in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Jägerstraße 22/23, 10117 Berlin. /\* nj

Anmeldung unter www.vdek.com/anm-zp

KARIESVORSORGE

#### Neue Leistungen bei Kleinkindern



Seit 1. Juli 2019 haben erstmals nun auch Kleinkinder ab dem 6. bis zum 33. Lebensmonat Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen und Behandlungen zur Zahnschmelzhärtung. Ziel ist es, Zahn-, Kiefer- und Mundhöhlenerkrankungen sowie frühen Kariesschäden an den Milchzähnen vorzubeugen.

Insgesamt drei Früherkennungsuntersuchungen stehen den Kindern ab sofort zu. Zusätzlich haben sie zweimal halbjährlich einen Anspruch auf eine Behandlung mit Fluorid-Lack beim Zahnarzt, um den Zahnschmelz zu härten. Die Eltern der Kinder können zudem eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung in Anspruch nehmen.  $\nearrow pm$ 

HILFSMITTEL

#### Überwiegend mehrkostenfrei

82 Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten eine mehrkostenfreie Hilfsmittelversorgung. Lediglich 18 Prozent zahlen durchschnittlich 118 Euro dazu. Zu diesem Ergebnis kommt der erste Bericht des GKV-Spitzenverbandes über Mehrkosten bei Hilfsmitteln. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass GKV-Versicherte sich mit einer Zuzahlung an Hilfsmitteln von mindestens fünf und höchstens zehn Euro beteiligen. Versicherte zahlen aber nie mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei Mehrkosten handelt es sich hingegen um eine bewusst entschiedene Zahlung für zusätzliche Leistungen außerhalb des Sachleistungsprinzips der GKV. \*/ pm

IGA.REPORT 39

## Zeitarbeit, Minijob und Co.

Zeitarbeit, Minijob, Projekt-Vertrag: Ein Fünftel aller Erwerbstätigen in Deutschland hat keine unbefristete Vollzeitstelle. Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist diese Gruppe von Beschäftigten aus verschiedenen Gründen schwer zu erreichen. Die neue Publikation "Flexible Beschäftigungsformen und aufsuchende Gesundheitsförderung im Betrieb" der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zeigt, wie Unternehmen dennoch etwas für die Gesundheit ihrer Minijobber, Teilzeitkräfte sowie Zeitarbeitskräfte tun können: mit Angeboten direkt am Arbeitsplatz.

Der ständige Druck, eine neue Arbeitsstelle zu finden, Existenzängste sowie mangelnde soziale Einbindung in das Unternehmen können sich auf die Gesundheit von Beschäftigten in befristeten Arbeitsverhältnissen oder Teilzeit auswirken. Gleichzeitig sind diese Beschäftigten schwerer für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen als Vollzeitbeschäftigte. Für sie ist es durch ihre verringerte Stundenzahl häufig nur eingeschränkt möglich, an Gesundheitsangeboten teilzunehmen. Zeitarbeitskräfte stehen oft vor dem Problem, dass das von ihnen örtlich getrennte Verleihunternehmen für ihre Gesundheitsförderung zuständig ist.

Aufsuchende Gesundheitsförderung kann hier eine Lösung sein. Übungseinheiten, Informations- oder Beratungsangebote werden niederschwellig, nah am Arbeitsplatz und während des Arbeitstages angeboten. Der Vorteil: Die Beschäftigten müssen keine entfernt liegenden Räume aufsuchen oder die Gesundheitsförderung in den Feierabend verlagern. So lassen sich auch Mitarbeitende zum Mitmachen motivieren, die Gesundheitsangebote des Betriebs oft nicht wahrnehmen.

Die iga ist eine Kooperation von BKK Dachverband e.V., der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem AOK-Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). \* pm

www.iga-info.de



#### **STECKBRIEF**

#### Sibylle Reichert

#### Alter 52

Wohnort Brüssel

Tätigkeit Direktorin der Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Ausbildung Studium der Neueren Fremdsprachen: Französisch,

Spanisch und Betriebswirtschaftslehre in Gießen

Hobbys Literatur, klassische Musik, Sport, Reisen, Sprachen

Lieblingsgericht Apfelstrudel

#### Gesundheit bedeutet für Sie ...

... ein hohes Gut, das es zu pflegen und zu erhalten gilt.

#### Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Zeit mit Familie und Freunden, immer raus in die Natur und in Bewegung, im Chor singen oder gut kochen.

#### Was ist Ihr ungesundes Laster?

Schokolade und Kuchen.

#### Wogegen wären Sie gerne versichert?

Ich glaube nicht an ein Konzept von Sicherheit, es ist meiner Meinung nach eine Illusion, sich gegen alles versichern zu können.

#### Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Es ist lange her, dass ich in Deutschland gewohnt habe. Als ich noch in Deutschland gelebt habe, fühlte ich mich immer gut aufgehoben im deutschen Gesundheitssystem. Im Vergleich zu Belgien vielleicht noch, dass man nicht in Vorkasse gehen muss und der Arzt die Kosten direkt mit der Versicherung abrechnet.

#### Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... dass die Patienten mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen, dass ländliche Gebiete eine gute Versorgung haben, immer ausreichend Medikamente zur Verfügung stehen und dass die Forschung sich stetig weiterentwickelt.

#### Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf Politiker, deren eigenes Machtstreben über dem Gemeinwohl steht. Jede Form von Extremismus.

#### Welche Person wären Sie gerne für einen Tag? Niemand als ich selbst.

#### Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Was Du nicht willst, dass man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu.





### Gut gegessen ist halb gewonnen

ich intensiv mit gesunder Ernährung zu beschäftigen, ist sinnvoll. Vollwertige Ernährung hält den Körper fit. Wenn wir Obst und Gemüse aus der Region kaufen, nützt das der Umwelt. Immer mehr Menschen ernähren sich vegetarisch, vegan, oder sind Flexitarier, die nur gelegentlich Fleisch essen und dabei Produkte aus artgerechter Tierhaltung bevorzugen. Bei allem sollte der Genuss-

faktor nicht zu kurz kommen. Frei nach dem Naturwissenschaftler Georg Christoph Lichtenberg bindet der Duft eines Pfannkuchens (oder anderer Leckereien) manchmal mehr ans Leben als alle philosophischen Argumente. Essen steht für Lebensfreude und Geselligkeit!

Nun gibt es das relativ neue Phänomen der krankhaften Beschäftigung mit gesundem Essen: Die Orthorexie ist zwar keine anerkannte Krankheit, aber sicher eine ernstzunehmende Störung, die zu Mangelernährung führen kann. Bloß nichts Falsches oder Ungesundes essen, nur Produkte bestimmter Hersteller verwenden, keinen Fehler bei der Zubereitung machen – und am Ende fast nichts auf dem Teller haben. Ein Teufelskreis, von dem rund ein bis zwei Prozent der Bevölkerung betroffen sind. Noch mehr Sorgen müssen wir uns aber vermutlich um diejenigen machen, die sich kaum mit gesunder Ernährung beschäftigen – und das sind extrem viele: Rund 67 Prozent der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig, ein Viertel der Erwachsenen ist sogar stark übergewichtig. Zu viel Fettiges, Salziges, Zuckersüßes können einem die Lebenslust rauben, spätestens wenn nach zwei Treppenstufen das Atmen schwerfällt.

Auch die ernährungsbedingten Todesfälle in Deutschland und Europa sollten zu denken geben. Unter dem Strich machen sich also noch zu viele Menschen zu wenig Gedanken über eine gesunde Ernährung. Es wird schwierig sein, dies zu ändern – auch weil Essgewohnheiten im Erwachsenenalter schwer zu durchbrechen sind. So wird es vielleicht eher bei den Jüngsten gelingen, ein Umdenken zu erreichen – mit abwechslungsreichem Essen in der Kita und Ernährung als Bildungsauftrag in der Schule. Das sollte uns nicht davon abhalten, wenn der Appetit kommt, einen leckeren Joghurt mit frischen Früchten zu genießen, anstatt in ein dick mit Butter und Leberwurst bestrichenes Brötchen zu beißen. Probieren Sie's aus.

Eine gute Gesundheit wünscht 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

#### Kontakt

Askanischer Platz1 | 10963 Berlin Tel. 030/2 69 31-1205 Fax 030/2 69 31-2900 redaktion@vdek.com www.vdek.com/magazin @vdek\_Presse

#### Layout

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

#### Repro und Druck

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

#### Erscheinungsdatum

August 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



#### **DAK-Gesundheit**

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



#### hkk-Handelskrankenkasse

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

#### **BARMER**

#### **BARMER**

10837 Berlin Tel.: 08 00 - 333 1010 Fax: 08 00 - 333 0090 service@barmer.de www.barmer.de

Postfach 11 07 04



#### KKH Kaufmännische Krankenkasse

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

Karl-Wiechert-Allee 61



#### 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) Redaktion *ersatzkasse magazin*.

Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel 030/26931-1206 Fax 030/26931-2900 www.vdek.com/magazin @vdek\_Presse