

ersatzkasse magazin.

G20634



„Von passiven Zuschauern zu informierten Managern“

Patientenbeauftragte
Prof. Dr. Claudia
Schmidtke im Interview

Zugang zu Arzneimitteln

Versorgung sicherstellen

Reform der Not- fallversorgung

Bessere Vernetzung,
mehr Entlastung

Strukturwandel Krankenhaus

Im Krankenhausbereich müssen zeitnah strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden. Ein Konzentrations- und Spezialisierungsprozess ist nötig, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und zukunftsfest zu machen

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 360 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-111
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

es war ein langer Weg – jetzt kann sie endlich umgesetzt werden – die Reform des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen. Am 13. Februar 2020 hat der Bundestag das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz beschlossen. Damit werden die jahrelangen Fehlsteuerungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) korrigiert, die dazu geführt haben, dass die Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen in den vergangenen Jahren Milliarden Euro weniger aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben, als sie eigentlich für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt hätten. Nach einer sehr intensiv geführten öffentlichen Debatte konnten auch tiefe Einschnitte in die Rechte der Sozialen Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes abgewendet werden. Es wurde eindeutig klargestellt, dass Entscheidungen des Verwaltungsrates nicht durch das neue Gremium – den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss – geändert werden können.

Viel Diskussionsstoff wird auch 2020 die Krankenhausversorgung bieten: Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und spezialisierter werdender Medizin brauchen wir einen Konzentrationsprozess an deutschen Krankenhäusern, darin sind sich viele Experten einig. Denn es macht wenig Sinn, an jedem der 2.000 Krankenhäuser hochspezialisierte Strukturen vorzuhalten – gerade in den Ballungsräumen! Doch wie sehen das die Versicherten? Was macht für sie eine gute Versorgung aus? Eine vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage zeigt, dass sie durchaus bereit sind, Reformen zu akzeptieren, wenn dies zu einer besseren Behandlungsqualität führt. Allerdings ist ihr Bewusstsein für gute Qualität sehr undifferenziert.

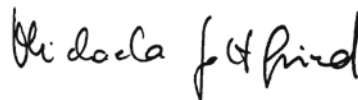
Aufklärung und Informationen sind hier ein entscheidender Hebel.

Dies sieht auch die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, im Interview mit *ersatzkasse magazin*. so. Ihr Credo: aktive Beteiligung! Die Digitalisierung und damit der Zugang zu Informationen böten hier große Chancen. Ein wichtiger Schritt hin zur sogenannten partizipativen Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist die elektronische Patientenakte, deren Umsetzung die Politik ja bereits auf den Weg gebracht hat. Nachholbedarf gibt es hingegen bei der Stärkung der Patientenrechte bei Behandlungsfehlern. Hier haben die Betroffenen noch zu wenige Möglichkeiten, so die Patientenbeauftragte.

Zu großer Verunsicherung bei den Patientinnen und Patienten führen auch die Lieferengpässe bei Arzneimitteln. Die Ursachen dafür sind sehr komplex: globale Lieferketten, Produktions- und Lieferverzögerungen bei Rohstoffen oder die Konzentration auf wenige Produktionsanlagen, etwa in China, und vieles mehr. Eine vdek-Analyse nicht lieferfähiger Arzneimittel zeigt, dass die Rabattverträge der Krankenkassen nicht die Ursache von Engpässen sind. Dies bestätigt auch eine aktuelle Studie des GKV-Spitzenverbandes. Ein Forderungspapier des vdek zeigt hier konstruktive Lösungswege auf, wie wir Lieferengpässe künftig vermeiden können.

Doch nun, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich Ihnen einen guten Rutsch in den Frühlingsanfang am 20. März.

Ihre



Michaela Gottfried



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

1. Ausgabe 2020



POLITIK

Bundesregierung ermöglicht Onlinewahlen	7
Eckpunkte für Einheitlichen Bewertungsmaßstab	9
Übersicht: Aktuelle Gesetzesvorhaben	10
GKV-FKG: Meilenstein zu fairem Wettbewerb	12
Reform der Notfallversorgung kommt	14
Interview mit Prof. Dr. Claudia Schmidtke	16
Beitragsentlastung für Betriebsrentner	20
Einwurf: Neues Qualitätsprüfsystem in der Pflege	21

AUS DEN KASSEN

Wenn der Alltag an der Seele nagt	22
--	----

IM FOKUS ZUGANG ZU ARZNEIMITTELN

Lieferengpässe: Vorschläge zur Lösung	26
Schrittweise zu fairen Preisen	29

TITEL STRUKTURWANDEL KRANKENHAUS

Wie bewerten Versicherte die Versorgung?	32
EU-Kommission: Länder im Vergleich	36
Kommentar: Hohles Hoheitsrecht	37
Neuer Therapieansatz bei Lungenkarzinom	38
Versorgungsvertrag mit Krebszentren	40

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	41
vdek-Zukunftspreis 2020: Projekte gesucht	44
Steckbrief: Petra Köpping	45
PS: Selten, aber signifikant	46



TITELTHEMA

Strukturwandel Krankenhaus

31

Im Krankenhausbereich müssen rasch strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden. Der demografische Wandel und die Fortschritte in der Medizin beispielsweise erfordern einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Wichtig hierbei ist auch, die Bevölkerung über notwendige Prozesse zu informieren. Eine aktuelle Umfrage zeigt zum Beispiel, dass Versicherte durchaus bereit sind, längere Fahrzeiten für eine bessere Qualität in Kauf zu nehmen.

INTERVIEW

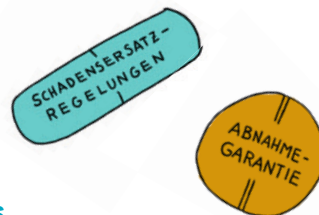
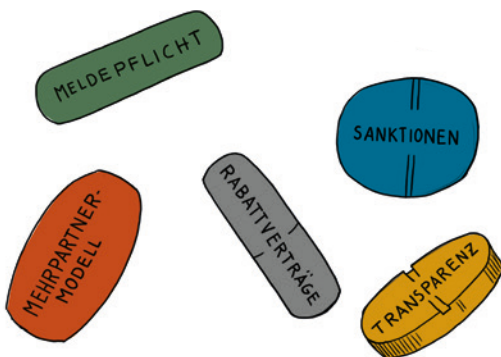
„Von passiven Zuschauern zu informierten Managern“

Die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der medizinischen Versorgung ist ein wichtiges Element des Gesundheitswesens. Prof. Dr. Claudia Schmidtke ist Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und engagiert sich für deren Rechte, Bedarfe und Wünsche. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht sie über Herausforderungen im Gesundheitssystem, den Umgang mit Fehlern und die Bedeutung von Aufklärung und Transparenz.



16

26



IM FOKUS

Zugang zu Arzneimitteln

In Deutschland besteht eine hohe Versorgungssicherheit in Bezug auf die derzeit rund 103.000 verkehrsfähigen Arzneimittel, dennoch kommt es immer wieder zu Lieferengpässen. Hier besteht politischer Handlungsbedarf, denn Lieferengpässe dürfen die Versorgung der Versicherten nicht gefährden. Zugleich fordert die Association Internationale de la Mutualité (AIM), dass unverzichtbare Arzneimittel als öffentliches Gut angesehen werden, zu dem alle Zugang haben.



PATIENTENSICHERHEIT

Verbesserte Versorgung mit Knie- und Hüftprothesen

Mehr Patientensicherheit, höhere Qualität, geringere Kosten: Mit einem neuen Rahmen-Qualitätsvertrag verbessern der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und der Krankenhausverbund CLINOTEL die Versorgung mit Knie- und Hüftprothesen. Seit dem 1. Januar 2020 können Klinken des Verbundes, die überdurchschnittliche gute Versorgungsqualität nachweisen, mit dem vdek Verträge nach dem Muster des Rahmenvertrags abschließen. Von den Effizienzgewinnen der besseren Versorgung profitieren beide Vertragspartner. Für die Patienten, die Knie- oder Hüftprothesen erhalten sollen, reduzieren sich Komplikationen und die Zahl von unnötigen und Wechsel-Operationen wird gesenkt. Damit sinken auch die Ausgaben für die Behandlungen.

Dem neuen Vertrag beitreten können CLINOTEL-Kliniken, die ausreichend Erfahrung mit Knie- oder Hüftprothesen besitzen (Minimum: jeweils 50 Operationen pro Jahr) und bei der Qualitätssicherung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) keine Auffälligkeiten aufweisen. Zur Beurteilung, ob die Kliniken die Qualität – über die gesetzlichen Anforderungen hinaus – steigern, wird unter anderem bewertet, ob ihre Patienten weniger Komplikationen als im Bundesdurchschnitt erlitten haben und ob das Krankenhaus gemeinsam mit dem Patienten die Notwendigkeit eines Eingriffs besonders sorgfältig abgewogen hat. Der Vertrag läuft zunächst über drei Jahre. Die Ergebnisse werden vom IQTIG evaluiert. Am Vertrag beteiligt sind die Techniker Krankenkasse (TK), die DAK-Gesundheit, die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die hkk – Handelskrankenkasse und die HEK – Hanseatische Krankenkasse. *pm*

Die aktuelle Zahl

932

Menschen haben 2019 hierzulande nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe für eine Transplantation gespendet, so die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Demnach hat sich die Zahl der Organspender etwa auf dem Niveau von 2018 gehalten. Mit einer bundesdurchschnittlichen Spenderrate von 11,2 Spendern pro eine Million Einwohner gehört Deutschland nach wie vor zu den Schlusslichtern im internationalen Vergleich.

BUNDESSOZIALGERICHT

Vorstellung des Jahresberichts 2019

Der Präsident des Bundessozialgerichts (BSG) Prof. Dr. Rainer Schlegel hat am 4. Februar 2020 den Jahresbericht des Bundessozialgerichts für das vergangene Jahr vorgestellt. „Die Verfahrensentwicklung beim Bundessozialgericht war 2019 erneut gekennzeichnet durch einen Eingangsrückgang bei den Revisionen und in geringerem Umfang auch bei den Nichtzulassungsbeschwerden, während die Zahl der regelmäßig aufwändig zu bearbeitenden Prozesskostenhilfe-Verfahren um fast 20 Prozent deutlich angestiegen ist. Erheblich verringert hat sich 2019 die Verfahrenslaufzeit in allen Verfahrensarten“, so der Präsident.

Im Jahr 2019 lag der Geschäftsanfall beim BSG mit 2.979 Neueingängen in sämtlichen Verfahrensarten, davon 300 Revisionen und 1.726 Nichtzulassungsbeschwerden, etwas unter dem Niveau des Vorjahres. Erledigt wurden 2019 insgesamt 356 Revisionen und 1.681 Nichtzulassungsbeschwerden. Die durchschnittliche Verfahrensdauer bei den Revisionen betrug 11,1 Monate; 51,7 Prozent der Verfahren wurden innerhalb eines Jahres entschieden. *pm*
www.bundessozialgericht.de

QUALITÄTSSICHERUNG

Patientenmeinung erhält mehr Gewicht

Ergebnisse aus Patientenbefragungen sollen zukünftig als zusätzliche Datenquelle in die Beurteilung der Qualität medizinischer Leistungen eingehen. Den entsprechenden Grundsatzbeschluss zu den Regelungen zur Patientenbefragung fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 22. November 2019 als Teil seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Damit soll die Perspektive der Patientinnen und Patienten bezogen auf Behandlungserfahrungen und Behandlungsergebnisse besser berücksichtigt werden. Die erste Patientenbefragung wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention (QSPCI) etabliert werden. Für die nötigen Vorarbeiten beauftragte der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Der Abschlussbericht des IQTIG und die als Teil des Berichts enthaltenen Patientenfragebögen sind zur Veröffentlichung freigegeben.

„Die in einem mehrstufigen Verfahren entwickelte Patientenbefragung soll dazu dienen, der Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur Qualität der erhaltenen Behandlung mehr Gewicht zu geben. Sie werden detailliert nach Fakten befragt, die für die Qualität ihrer Versorgung wichtig sind. Die Leistungserbringer, also Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, erhalten damit ein standardisiertes Patienten-Feedback zur geleisteten Behandlung. Alle Auffälligkeiten werden den Leistungserbringern zurückgespiegelt, um ihnen so die Möglichkeit zur Einordnung und gegebenenfalls zur Verbesserung zu geben“, so Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung. *pm*
www.g-ba.de

BEHÖRDE

Das BVA heißt jetzt BAS

Zum 1. Januar 2020 ist das im Jahr 1956 gegründete Bundesversicherungsamt (BVA) in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt worden. Das BAS führt die Aufsicht über die Träger und Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Zudem nimmt es Verwaltungsaufgaben im Bereich der Sozialversicherung wahr. Zu diesen Aufgaben gehören unter anderem die Verwaltung des Gesundheitsfonds, die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der Krankenversicherung, die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke sowie die Verwaltung des Ausgleichsfonds in der sozialen Pflegeversicherung. *pm*

www.bundesversicherungsamt.de

Einsicht des Monats

„Es wäre aus meiner Sicht sehr wünschenswert, wenn sich die Öffentlichkeit in stärkerem Maße mit den Grundlagen des Sozialstaates beschäftigen würde, zum Beispiel mit der Frage, was Sache der beitragsfinanzierten Sozialversicherung, was der steuerfinanzierten Fürsorge ist.“

Rainer Schlegel, Präsident des Bundessozialgerichts, bei der Vorlage des Jahresberichts 2019 am 4. Februar 2020 in Kassel.

SOZIALWAHLEN

Bundesregierung ermöglicht Onlinewahlen

Die Ersatzkassen begrüßen es ausdrücklich, dass die Bundesregierung Onlinewahlen bei den gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen will. Am 18. Dezember 2019 ist auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Kabinett ein entsprechendes Gesetz beschlossen worden.



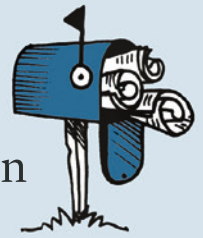
Bei den Ersatzkassen erhalten damit rund 22 Millionen Wahlberechtigte die Möglichkeit, ihre Stimme auch online abzugeben. Bisher sind die Sozialwahlen, bei denen die Versicherten ihre ehrenamtlichen Vertreter in die Verwaltungsräte der Krankenkassen wählen, nur per Briefwahl möglich. Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek: „Die Onlinewahlen modernisieren die Sozialwahlen und stärken die Soziale Selbstverwaltung. Wir erwarten, dass sich noch mehr Menschen, vor allem junge Menschen, an den Sozialwahlen beteiligen.“

Die Ersatzkassen haben sich intensiv dafür eingesetzt, dass die Sozialwahlen auch online durchgeführt werden. Unterstützt wurden sie dabei von der Bundeswahlbeauftragten Rita Pawelski und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Noch sind viele Vorarbeiten zur Umsetzung der Onlinewahlen bei den urwählenden Krankenkassen nötig. Bevor überhaupt Ausschreibungen getätigt werden können, brauchen die Krankenkassen bis zum 30. September 2020 eine Rechtsverordnung über die technischen Maßgaben. „Das Gesetz kommt gerade noch rechtzeitig, um die Onlinewahlen technisch zuverlässig und sicher bis 2023 auf die Beine zu stellen“, so Klemens. *pm*

www.soziale-selbstverwaltung.de

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Zolgensma

„In Frankreich gibt es eine gesetzlich verankerte Möglichkeit, innovative Therapien gegen schwerwiegende seltene Erkrankungen auch vor der Zulassung zu erhalten. Ein Komitee aus Medizinern und Gesundheitsexperten entscheidet, wer sie bekommt. [...] Das weltweite Novartis-Härtefallprogramm kommt gar nicht zur Anwendung. Das Verfahren in Frankreich erspart Patienten ein ethisch bedenkliches Losverfahren. Die Diskussion um die Auslösung der Gentherapie zeigt vor allem eins: Deutschland muss den Rahmen für diese neuen Therapien noch gestalten.“

HANDELSBLATT, 4.2.2020

Männergesundheit

„In einer modernen Männermedizin sollte bei Therapieentscheidungen bedacht werden, dass auch fragwürdige Männlichkeitsbilder in der Gesellschaft krank machen können. Hinter dieser Annahme steckt keine ideologiegetriebene Kampagne, sondern eine einfache Überlegung: Wenn Männer von falschen Erwartungen und überholten Klischees erdrückt werden und auch deshalb schlecht mit sich und ihrer Gesundheit umgehen, dann müssen diese Erwartungen und Klischees nun mal weg.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 25.1.2020

Organspende

„Minister Spahn hat im Verbund mit dem SPD-Politiker Karl Lauterbach klar Stellung bezogen – und verloren. Aber auch das andere Lager kann sich nicht als Gewinner fühlen: Keiner weiß, ob ihr Ansatz das Problem löst. Nun sollen die Antworten der Bürger, wenn sie diese geben, in einem Organspenderegister hinterlegt werden. Wenn aber die Bereitschaft, sich für oder gegen die Spende zu entscheiden, so niedrig bleibt, führt an der Widerspruchslösung kein Weg mehr vorbei.“

DER TAGESSPIEGEL, 17.1.2020

GÖG-GUTACHTEN

Kein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Rabattverträgen

In die Diskussion um Lieferengpässe bei Arzneimitteln könnte ein aktuelles Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes neuen Wind bringen. Die Experten des Instituts der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) kommen nach der Untersuchung einer Wirkstoffauswahl in vier europäischen Ländern und einer internationalen Literaturrecherche zu zwei zentralen Erkenntnissen: Zum einen nehmen Lieferengpässe weltweit zu – ganz unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme. Zum anderen lässt sich kein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Ausschreibungsinstrumenten wie den Rabattverträgen in Deutschland ableiten. Ganz im Gegenteil: Bei den untersuchten EU-Staaten kam es bei Arzneimitteln aus einem Rabattvertrag seltener zu Lieferengpässen als bei Arzneimitteln ohne einen solchen Vertrag. Als Hauptursache für Lieferengpässe bei Arzneimitteln machen die Gutachter dagegen Produktions- und Qualitätsprobleme seitens der Hersteller aus.



Foto: benjaminralte/adobe stock

„Die Sicht der Gutachter auf Rabattverträge als wichtiges Instrument der Versorgung bestärkt uns. Richtigerweise hat die Politik bei ihnen bisher keine Änderungen vorgenommen. Denn auch Rabattverträge helfen, damit sich Patientinnen und Patienten auf eine gute Versorgung mit Arzneimitteln verlassen können“, so Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband. *pm*

> Seite 26

www.gkv-spitzenverband.de

BMW I

Jahreswirtschaftsbericht 2020

Das Bundeskabinett hat am 29. Januar 2020 den Jahreswirtschaftsbericht 2020 mit dem Titel „Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität stärken – in Deutschland und Europa“ beschlossen. Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier: „Die Wirtschaft wird sich in diesem Jahr besser entwickeln, als noch im letzten Jahr erwartet. Die Aussichten haben sich aufgehellt. Aber das aktuelle Wachstum kann uns nicht zufrieden stellen, die aktuellen Wachstumszahlen sind weiterhin zu gering. Wir müssen daher Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität stärken. Nur dann werden die notwendigen Zukunftsinvestitionen auch in Deutschland getätigt. Hierzu müssen wir die steuerlichen Rahmenbedingungen verbessern und brauchen in erster Linie steuerliche Entlastungen. Auch die Sozialversicherungsabgaben müssen wir unter der Marke von 40 Prozent halten.“

Deutschland blickt auf ein volles Jahrzehnt kontinuierlichen Wirtschaftswachstums zurück.

Die Entwicklung am Arbeitsmarkt und auch die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts insgesamt sind weiterhin positiv, aus der Binnenwirtschaft kommen Impulse. Löhne und verfügbare Einkommen sind in den letzten Jahren spürbar gestiegen.

Für das Jahr 2020 erwartet die Bundesregierung eine Zunahme des preisbereinigten Bruttoinlandsprodukts in Höhe von 1,1 Prozent. Die Arbeitslosenquote bleibt im Jahr 2020 voraussichtlich stabil bei 5,0 Prozent, die Zahl der Beschäftigten steigt weiter auf 45,4 Millionen. In der Folge nehmen auch die privaten Einkommen weiter spürbar zu. Hinzu kommen steigende Löhne sowie staatliche Entlastungen im Bereich der Sozialversicherungen und der Einkommensteuer. Dies stützt die Binnenwirtschaft, die derzeit stärkste Auftriebskraft der Konjunktur. Risiken bestehen nach wie vor im außenwirtschaftlichen Umfeld. *pm*

www.bmwi.de

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Erleichterungen für pflegende Angehörige

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Rehabilitations-Richtlinie an die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) angepasst. Für pflegende Angehörige entfällt demnach das geltende Prinzip einer gestuften Versorgung „ambulant vor stationär“. Der Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation besteht nunmehr auch, wenn ambulante Leistungen aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Zudem sieht die Änderung vor, dass der oder die Pflegebedürftige für die Dauer der Rehabilitation in der Klinik versorgt werden kann.



Foto: DOC RABE Media/Adobe Stock

„Damit nehmen wir in der G-BA-Richtlinie die sehr begrüßenswerte Zielsetzung des PpSG auf, die häufig belastende Situation für pflegende Angehörige zu erleichtern“, sagte Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Veranlasste Leistungen. Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA regelt die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie durch Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. *pm*

www.g-ba.de

EBM-REFORM 2020

Beratung noch nicht abgeschlossen

Nachdem bereits im Oktober 2012 die Eckpunkte für einen neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt worden sind, ist die EBM-Reform nun unter Dach und Fach. Die Änderungen treten unter der Prämisse der Punktschummen- und Ausgabenneutralität zum 1. April 2020 in Kraft. Weitere Beratungen zur Fortentwicklung sind vorgesehen.

/Text/ Claudia Micholz-Niebank

Ein Kernelement der Überarbeitung des EBM war die Überprüfung der kalkulatorischen Zeitanätze der einzelnen Leistungen. Seit der EBM-Reform im Jahr 2008 hat sich herausgestellt, dass die Kalkulation der Zeiten insbesondere bei technisch basierten Arztgruppen deutlich zu hoch angesetzt wurde. Diese Fächer standen somit besser da als zuwendungsorientierte Fächer. Zur Förderung der sprechenden Medizin wurden nun die Zeiten bei den technischen Fächern herabgesetzt und das hausärztliche Gespräch sowie insbesondere Gespräche beim Psychiater und Neurologen höher bewertet.

Auf Basis des Orientierungspunktwertes wurde der kalkulatorische Arztlohn von 105.572 Euro auf 117.060 Euro angehoben und

*Zur Förderung
der sprechenden
Medizin
werden
Gespräche
beim Psychiater
höher bewertet.*

die Praxiskosten sowie die Kostendaten an den aktuellen Stand angepasst. Mit diesen Maßnahmen wurde die betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethode des EBM weiterentwickelt und bildet die Basis für eine wirtschaftliche und zugleich bedarfsgerechte Leistungserbringung.

Der zweite Schwerpunkt der EBM-Reform bestand in der Überprüfung der Struktur und des Inhalts des EBM. Der Aufbau des EBM bleibt unverändert. Die Leistungsinhalte des EBM wurden auf den aktuellen Stand von medizinischer Wissenschaft und Technik überprüft. Dies hat zu inhaltlichen Ergänzungen von Leistungen, Klarstellungen oder Konkretisierungen geführt, ohne zusätzliche neue Leistungen abzubilden. Daneben wurden bei den Anpassungen die tatsächlichen Versorgungsabläufe in den Praxen besser berücksichtigt.

Nicht alle Änderungen konnten ausgabenneutral umgesetzt werden. Dies betrifft die Bewertungsanpassung der Blasen Spiegelung (Urethro(-zysto)skopie) des Mannes, bei der nun auch ein flexibles Endoskop Verwendung finden kann. Zudem wurden als Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien zusätzliche Leistungen eingeführt. Weil die Untersuchung mit einem Auflichtmikroskop (Lupe) oft als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) abgerechnet wurde, erfolgte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs nun die Klarstellung, dass die Verwendung des Auflichtmikroskops Bestandteil der Leistung ist. Für diese Leistungen müssen die Kassen zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 55 Millionen Euro aufwenden.

Und jetzt? Es besteht weiterhin umfangreicher Beratungsbedarf. Neben der Aufwertung der Hausbesuche wurden die Anpassung der Sachkostenpauschalen und der Leistungen des ambulanten Operierens sowie die Beratung zu einzelnen Arztgruppen ausgeklammert. Um die nächste Stufe eines modernen und sachgerechten EBM zu erreichen, werden die Gespräche zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) daher auch nach der EBM-Reform fortgeführt. ■



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Siebttes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (7. SGB IV-ÄndG)

- Ersatzkassen, Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen erhalten im Rahmen eines Modellprojektes bei den Sozialversicherungswahlen 2023 die Möglichkeit, eine Stimmabgabe per Online-Wahl durchzuführen.
- Die Krankenkassen müssen die Teilnahme am Modellprojekt in ihrer Satzung regeln. Die Satzungsregelung muss bis spätestens zum 30. September 2020 in Kraft getreten sein.
- Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen sollen dafür eine Arbeitsgemeinschaft bilden. Die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung der Online-Wahlen werden auf alle Krankenkassen der vier Kassenarten umgelegt.
- Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) soll das Modellprojekt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wissenschaftlich evaluieren.
- Kernregelungen des Gesetzes betreffen die Verbesserung bestehender Verfahren in der Sozialversicherung und Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Kabinettsentwurf vom 8. Januar 2020

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)

- Präzisere Wettbewerbs-Verhaltensregeln
- Regelung zur Stärkung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen in allen Steuerungsgremien des GKV-SV
- Neugestaltung des Haftungssystems der Krankenkassen
- Absenkung der Mindestrücklage von Krankenkassen auf ein Fünftel einer Monatsausgabe

- Stufenweise Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich
- Einführung eines Risikopools
- Einführung eines Krankheitsvollmodells
- Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA
- Fachfremd sind Regelungen zur Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln vorgesehen.

Kabinettsentwurf vom 9. Oktober 2019

Geplantes Inkrafttreten: Frühjahr 2020

> Seite 12

Masernschutzgesetz

- Um Schul- und Kindergartenkinder wirksam gegen Masern zu schützen, soll eine Impfpflicht speziell für Masern eingeführt werden.
- Ein Verstoß gegen die neue Impfpflicht kann mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 Euro belegt werden.
- Die Krankenkassen werden aufgefordert, ihre Versicherten über fällige Schutzimpfungen im Rahmen ihrer Leistungspflicht zu informieren.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll gestärkt werden, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, die Gesundheitsämter an ihren Präventionsaktivitäten in den Lebenswelten zu beteiligen.
- Im Rahmen von regionalen Modellprojekten können Apotheker Erwachsene gegen Grippe impfen.
- Für schwer chronisch kranke Patienten wird die mehrfache Abgabe von Medikamenten auf eine Verschreibung ermöglicht.

Kabinettsfassung vom 17. Juli 2019

Inkrafttreten: 1. März 2020

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

- Einrichtung von gemeinsamen Notfallleitsystemen, die unter 112 oder 116 117 erreichbar sind. Diese übernehmen die zentrale Lotsenfunktion und veranlassen mittels eines qualifizierten Ersteinschätzungsverfahrens Leistungen wie medizinische Notfallrettung, Krankentransporte und telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung.
- Einrichtung von integrierten Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern unter Federführung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Diese sind für Patienten rund um die Uhr erreichbar und entscheiden, ob diese einer stationären Behandlung bedürfen oder ambulant versorgt werden können.
- Medizinische Notfallversorgung durch Rettungsdienste wird eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

> Seite 14

Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG)

- Versicherte haben ab 2021 den Anspruch, dass der behandelnde Arzt Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) einträgt. Ärzte erhalten hierfür eine Vergütung.
- Ab 2022 können auch der Impfausweis, der Mutterpass, das U-Heft für Kinder

und das Zahn-Bonusheft in der ePA abgelegt werden.

- Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Der Versicherte entscheidet, welche Daten dort gespeichert, welche wieder gelöscht werden und wer Zugriff auf die Daten hat.
- Ab 2022 können Versicherte über Smartphones oder Tablets ihre Daten in der ePA einsehen.

Referentenentwurf vom 4. Februar 2020
Geplantes Inkrafttreten: nach Verkündung

Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

- Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll erleichtert werden. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation soll der Zugang nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen.
- Die Anbindung an die Grundlohnsomme für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen wird ausgesetzt.
- Ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege wird eingeführt.
- Die Qualitätsanforderungen an die außerklinische Intensivpflege werden durch einheitliche Vorgaben deutlich erhöht.
- Bei Intensivpflegeversorgung in einer vollstationären Einrichtung übernehmen die Krankenkassen nicht nur medizinische Behandlungskosten, sondern auch Investitionskostenanteile sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- In ihrer Satzung können die Kassen festlegen, dass diese Kosten auch fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.

Kabinettsentwurf vom 12. Februar 2020
Inkrafttreten: nach Verkündung

Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

- Einrichtung eines bundesweiten Online-Registers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), bei dem jede Person ab dem 16. Lebensjahr auch persönlich seine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende hinterlegen kann.
- Die Ausweisstellen händigen bei Beantragung, Verlängerung oder persönlicher Abholung von Ausweisdokumenten Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) aus und weisen auf das Online-Register hin.
- Hausärzte können ihre Patienten alle zwei Jahre über die Organ- und Gewebespende beraten. Die Beratung kann extrabudgetär abgerechnet werden.
- Die Aufklärungsunterlagen der BzGA werden alle vier Jahre evaluiert. Über diese wissenschaftliche Evaluation soll dem Bundestag erstmals 2024 ein Bericht vorgelegt werden.

Gruppengesetzentwurf vom 25. Juni 2019
Inkrafttreten: 24 Monate nach Verkündung/Frühjahr 2022

Medizinprodukte-Anpassungsgesetz-EU (MPAnpG-EU)

- Es werden die notwendigen gesetzgeberischen Schritte eingeleitet, um die EU-Verordnungen zu Medizinprodukten und zu In-vitro-Diagnostika auch im Hinblick auf die dort enthaltenen Öffnungsklauseln und Regelungsaufträge im nationalen Recht gesetzlich zu gestalten.
- Die wesentlichste inhaltliche Neuerung ist die vorgesehene Kompetenzerweiterung des Bundes. Die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erhält zukünftig das Recht, verdächtige bzw. schadhafte oder schädliche Medizinprodukte vom Markt zu nehmen.
- Fachfremd ist die Implementierung eines Schiedsverfahrens bei Nichteinigung über Hilfsmittelverträge vorgesehen.

Kabinettsentwurf vom 6. November 2019
Inkrafttreten: 26. Mai 2020



GKV-FKG

Meilenstein zu fairen Wettbewerbsbedingungen

Der Bundestag hat am 13. Februar 2020 den Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) verabschiedet. Damit will die Bundesregierung den Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickeln und Organisationsstrukturen im GKV-Spitzenverband reformieren.

/ Text / Jörg Meyers-Middendorf und Manfred Baumann

Seit Jahren war die Unwucht im bestehenden Morbi-RSA immer deutlicher zutage getreten. Vor allem die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen hatten darauf aufmerksam gemacht und diesem Bündnis war es gelungen, die Verwerfungen deutlich aufzuzeigen. Eine Reform der zentralen Zuweisungssystematik war dringend erforderlich, denn aufgrund der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA werden seit Jahren die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen massiv benachteiligt. Die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA liegen unter den Ausgaben zur Versorgung der Versicherten. Das bedeutet, dass das Geld nicht dorthin fließt, wo es für die Versicherten benötigt wird. Daher ist die Zielsetzung des GKV-FKG, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fairer und manipulationssicherer auszugestalten, überfällig, um faire Wettbewerbsbedingungen herzustellen.



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



Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek

Das Gesamtpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist richtig und wichtig. Es erfolgt eine notwendige Weichenstellung für mehr Wettbewerb in der GKV und für eine Beseitigung von Verwerfungen im heutigen RSA. Das GKV-FKG setzt wichtige Akzente für eine Stabilisierung und Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der GKV zum Nutzen von Patientinnen und Patienten.

Die wichtigsten Maßnahmen

Einführung eines Regionalfaktors – externe Faktoren berücksichtigen: Damit werden externe Faktoren einbezogen, die die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede statistisch erklären. So sollen Wettbewerbsverzerrungen abgebaut und Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim (damals noch) Bundesversicherungsamt (BVA) in einigen Bundesländern abzeichnen. Der Regionalfaktor bewirkt eine Verbesserung der Zielgenauigkeit der Morbi-RSA-Zuweisungen. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettzahl werden nicht in den Ausgleich einbezogen.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen sowie der zugehörigen Zuschläge – bessere Mittelverteilung über alle Erkrankte: Die Hilfsvariable des Erwerbsminderungsstatus eines Versicherten ist durch die Einführung eines Vollmodells überflüssig und wurde richtigerweise gestrichen.

Einführung einer Präventionskomponente – Präventionsmaßnahmen belohnen: Die Zuweisungen für einen Versicherten über den Morbi-RSA werden auf Basis seines Gesundheitszustandes des Vorjahres bemessen und mit den durchschnittlichen Folgekosten bewertet. Damit setzt der Morbi-RSA zwar Anreize für eine effiziente Versorgung von Erkrankung, jedoch nicht ausreichend zu ihrer Vermeidung. Die im Gesetz vorgesehene Vorsorgepauschale greift dies auf und setzt somit auch über die Ausgestaltung der Morbi-RSA Anreize, in die Gesundheit der Versicherten zu investieren.

Einführung eines Risikopools – bessere Finanzierung teurer Therapien und Behandlungen: Damit können insbesondere Unterdeckungen

für hochpreisige und teure Therapien und Behandlungen abgebaut werden. Die Zuweisungen über den so erweiterten Morbi-RSA werden zielgenauer, Anreize zur Risikoselektion gegen besonders teure Versicherte reduziert.

Einführung eines Krankheits-Vollmodells ist nur mit Manipulationsbremse vertretbar: Zur Einführung des Vollmodells in den Morbi-RSA, in dem das Manipulationspotenzial für Diagnosebeeinflussung zur Einnahmeloosung noch ausgeweitet wird, wurden begleitende Maßnahmen ergriffen. Im Mittelpunkt steht die Manipulationsbremse, die bei besonders auffälligen Diagnoseanstiegen die betreffenden Morbiditätsgruppen mit ihren Zuschlägen im RSA unberücksichtigt lässt. Kodier-Optimierungen in großem Umfang sollen sich danach nicht mehr lohnen, weil hierdurch die Realisierung einer Maximierung der RSA-Zuweisungen deutlich unwahrscheinlicher wird. Auch die entsprechenden Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden werden stringenter gefasst. Ungelöst bleibt das Problem unterschiedlicher Aufsichtspraxis von Bundes- und Länderbehörden, das im GKV-FKG zwar adressiert wird, aber aus Sicht des vdek das Problem und die daraus resultierenden Wettbewerbsverzerrungen nicht beheben wird.

Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA ist konsequent: Bereits mit früheren gesetzgeberischen Maßnahmen hat der Gesetzgeber versucht, die Möglichkeiten zur Manipulation des Morbi-RSA zu begrenzen. Im Gesetzentwurf sollten die Vorgaben zum Verbot von „Geld gegen Diagnosen“ noch klarer gefasst werden. Zwar werden diese nun doch nicht wie notwendig verschärft. Manipulationsversuche von vornherein auszuschließen – dieses Ziel kann so nicht erreicht werden. Aber eine Ausweitung der Prüfungen nach §273 SGBV ist weiterhin vorgesehen und eine sicherlich sinnvolle Maßnahme. Krankenkassen sollen ihre Ressourcen nicht in die Optimierung von RSA-Zuweisungen, sondern in die Versorgung ihrer Versicherten investieren.

Absenkung der Mindestreserve ist angemessen: Die Mindestreserve bei Betriebsmitteln und Rücklagen der Krankenkassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

werden einheitlich auf 20 Prozent einer Monatsausgabe abgesenkt. Dadurch, dass die unterjährigen Einnahmeschwankungen der GKV aus Beiträgen durch monatlich gleiche Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden, ist eine Absenkung der Mindestreserve bei den Krankenkassen angemessen.

Aktivitäten gegen eine weitreichende Reform der Organisationsstrukturen im GKV-Spitzenverband waren ein Erfolg: In den letzten Verhandlungen wurden organisationsrechtliche Korrekturen der GKV in den Änderungsanträgen zum großen Teil umgesetzt. So wird der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht verändert, es bleibt bei der bisherigen Größe von höchstens 52 Mitgliedern. Zudem wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) eingeführt, allerdings werden seine Kompetenzen abgeschwächt. Entscheidungen des Vorstandes bedürfen nicht der Zustimmung des LKA, sondern sind im Benehmen mit dem LKA zu treffen. Der Vorstand hat die Empfehlungen des LKA zu beachten und muss im Fall einer Abweichung die Gründe hierfür gegenüber dem LKA darlegen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass dies dann nicht gilt, wenn der Vorstand Beschlüsse umsetzt, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit gefasst hat. Damit werden mögliche Blockaden der unterschiedlichen Gremien vermieden und die Abgrenzung der Zuständigkeiten konkretisiert.

Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln richtig: Das Gesetz sieht Maßnahmen vor, um den in den letzten Monaten vermehrt auftretenden Lieferengpässen bei Arzneimitteln wirkungsvoll zu begegnen. So kann bei drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen bei bestimmten Arzneimittelgruppen von der Verpflichtung zur Kennzeichnung und Etikettierung in deutscher Sprache abgesehen werden. Wird ein Jour fixe in Form eines Beirats zu versorgungsrelevanten Lieferengpässen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verankert, werden die Transparenz- und Datenübermittlungsverpflichtungen präzisiert und schließlich die Ermächtigungsgrundlagen der Bundesoberbehörden verbessert. ■

Ungelöst bleibt das Problem unterschiedlicher Aufsichtspraxis von Bundes- und Länderbehörden.

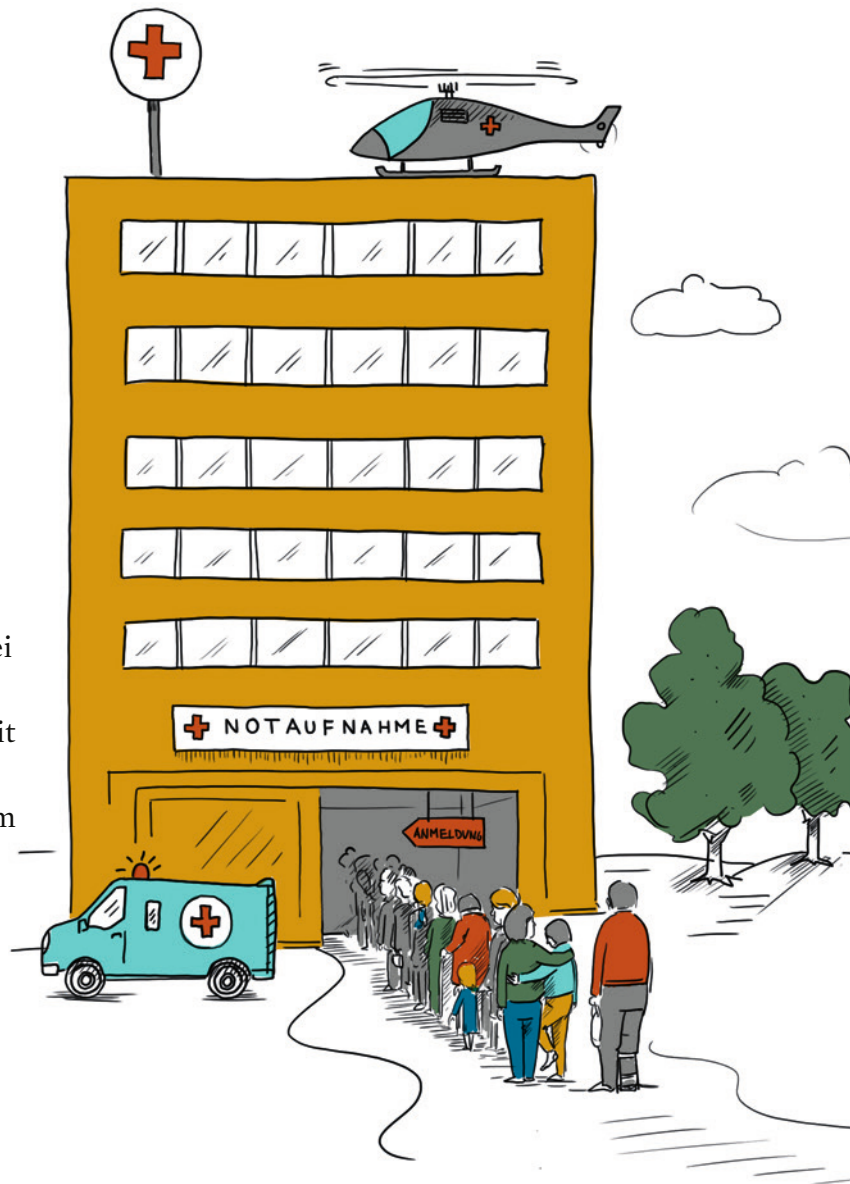


GESETZENTWURF

Reform der Notfallversorgung kommt

Patienten mit Bagatellerkrankungen verstopfen die Notaufnahmen, der Rettungswagen wird bei Nichtigkeiten gerufen, jeder sieht sich als Notfall, Ärzte und Pflegepersonal arbeiten am Limit – das ist der Status quo der Notfallversorgung in Deutschland. Das Bundesgesundheitsministerium hat nun einen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt.

/ Text / Peter Prominski



Nicht nur das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2018, auch das vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) beauftragte Aqua-

Gutachten zum Reformbedarf in der Notfallversorgung aus dem Jahr 2016, hat den Gesetzgeber zum Handeln bewegt. Positiv ist, dass viele Forderungen der Ersatzkassen in dem Gesetzentwurf vom Dezember 2019 aufgegriffen wurden, wenn auch teilweise abgewandelt. Im Wesentlichen baut der Entwurf auf der Zusammenlegung der Telefonnummern

112 und 116 117 zu einem gemeinsamen Notfallleitsystem und der Schaffung von integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern auf. Darüber hinaus soll der Rettungsdienst ein eigenständiger Leistungsbereich im SGB V werden.

Gemeinsames Notfallleitsystem

Die Telefonnummern 112 und 116 117 sollen zukünftig rund um die Uhr erreichbar sein. Die Beteiligten der Notfallversorgung sollen digital miteinander vernetzt, Patientendaten in Echtzeit an den jeweils anderen übergeben werden können. Mittels einer standardisierten Ersteinschätzung soll der Patient in die für ihn richtige Versorgungsebene gelotet werden.



Peter Prominski
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Egal ob Rettungswagen, Krankentransport, telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung.

Integrierte Notfallzentren

Zentraler Bestandteil der Notfallversorgung sollen die integrierten Notfallzentren (INZ) sein, die an noch zu bestimmenden Krankenhäusern entstehen sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierzu entsprechende Richtlinien zu entwickeln. Da der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verbleiben soll, sollen die INZ unter der Verantwortung der KV in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern betrieben werden. In den INZ soll ebenfalls eine standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes erfolgen, sodass der Patient entweder in der INZ notdienstlich versorgt oder in die Notaufnahme des Krankenhauses zur stationären Versorgung weitergeleitet werden soll.

Eigenständiger Leistungsbereich im SGBV

Die Eingliederung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich in das SGBV hätte zur Folge, dass die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen bei der Entgeltfestsetzung für die Leistungen des Rettungsdienstes sowie bei der Planung der Anzahl von Luftrettungsstandorten, Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungsmitteln gestärkt werden, bedeutete aber auch eine höhere Verantwortung. Die Verträge mit den Ländern dazu sollen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen werden. Darüber hinaus sollen die Vergütungsverträge für Krankentransporte und Krankenfahrten zukünftig ebenfalls gemeinsam und einheitlich auf Landesebene geschlossen werden.

Im Großen und Ganzen kann der vorliegende Gesetzentwurf positiv bewertet werden. Besonders zu begrüßen ist die geplante Etablierung des gemeinsamen Notfallleitsystems zur besseren – insbesondere digitalen – Vernetzung von Rettungsleitstellen und ärztlichem Bereitschaftsdienst sowie die Einführung von INZ, um die Notaufnahmen zu entlasten. ■

*Zentraler
Bestandteil
sind die
integrierten
Notfallzentren.*



HEBAMMENVERSORGUNG

Keine flächen- deckende Überlastung

Einrichtungen der Geburtshilfe sind gut zu erreichen und Mütter weitgehend zufrieden mit der Hebammenversorgung im Krankenhaus. Aber stellenweise zeigt sich eine Überlastung von Geburtsstationen in größeren Städten. Zu diesen Ergebnissen kommt ein Gutachten zur stationären Hebammenversorgung, das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Auftrag gegeben worden ist. Es liefert eine umfangreiche Datengrundlage zur stationären Versorgungssituation mit Hebammenleistungen. Dafür wurden statistische Bevölkerungs- und Krankenhausdaten ausgewertet sowie Geburtskliniken, Hebammen und Mütter befragt.

Den Experten zufolge lasse sich keine flächen- deckende Überlastungssituation feststellen.

Allerdings zeigten die Befragungsergebnisse, dass es immer wieder konkrete Versorgungsengpässe in Geburtskliniken gebe. Sichtbar werde dies an schlechten Betreuungsschlüsseln oder Aufnahmestopps von Kreißsälen. Vor allem in Großstädten und in Zeiten mit überdurchschnittlich vielen Geburten seien Versorgungsengpässe in Kliniken nicht nur seltene Einzelfälle. In Zukunft könnte sich dies weiter zuspitzen, weil Hebammen ihre Arbeit reduzieren oder aufgeben wollten. Zugleich erwarten 70 Prozent der befragten Kliniken in den kommenden fünf Jahren, mehr Hebammen für die Betreuung zu benötigen, weil mit weiterhin steigenden Geburtszahlen zu rechnen ist.

Zu den Vorschlägen der IGES-Gutachter zur Verbesserung der Hebammenversorgung gehören Zusammenlegungen von unausgelasteten Geburtskliniken, eine stärkere Entlastung der Hebammen von fachfremden Tätigkeiten und eine damit einhergehende bessere Vergütung.

Anfang 2019 stellte das BMG „Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe“ vor, um eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen auch künftig sicherzustellen. Neben dem Gutachten gehören dazu die bereits erfolgte Einrichtung einer Datenbank zur Hebammensuche durch den GKV-Spitzenverband sowie die Reform der Hebammenausbildung. ✍ pm

www.iges.com

www.bundesgesundheitsministerium.de



Foto: Olaf Melzahn

INTERVIEW

„Von passiven Zuschauern zu informierten Managern“

Die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der medizinischen Versorgung ist ein wichtiges Element des Gesundheitswesens. Die Digitalisierung und damit der Zugang zu Informationen tragen zur Stärkung ihrer Rolle bei. Und doch stoßen sie im Versorgungsalltag oft an ihre Grenzen.

Prof. Dr. Claudia Schmidtke ist Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und engagiert sich für deren Rechte, Bedarfe und Wünsche. **Im Interview mit ersatzkasse magazin.** spricht sie über Herausforderungen im Gesundheitssystem, über den Umgang mit Fehlern sowie über die Bedeutung von Aufklärung und Transparenz.

Sie sind selbst Ärztin, haben lange als Herzchirurgin gearbeitet, inwiefern hilft Ihnen diese Erfahrung in Ihrer Rolle als Patientenbeauftragte?

CLAUDIA SCHMIDTKE Als Herzchirurgin und auch als Gesundheitsökonomin kenne ich mich mit den Strukturen unseres Gesundheitswesens und insbesondere des Krankenhausbetriebes bestens aus. Auf dieses Wissen kann ich als Patientenbeauftragte zurückgreifen. Wichtiger ist jedoch, dass ich selbst Patientinnen und Patienten behandelt habe. Mein ärztliches Selbstverständnis ist es, hinter der Erkrankung immer den betroffenen Menschen und auch seine Angehörigen individuell zu betrachten, ihre Bedürfnisse bzw. Sorgen ernst zu nehmen und offen und ehrlich mit ihnen zu kommunizieren. Das ist auch mein Anspruch als Patientenbeauftragte.

Welche Bereiche der Gesundheitsversorgung sind Ihnen besonders wichtig, wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf? Was wünschen Sie sich selbst als Patientin?

Mein Wunsch wäre eine noch bessere und strukturiertere Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die in Deutschland die häufigste Todesursache im Erwachsenenalter sind. Mit einer Vielzahl von Expertinnen und Experten arbeite ich an einer Nationalen Herz-Kreislauf-Strategie. Zudem erhoffe ich mir, dass in unserem Gesundheitssystem zügig die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung zur Anwendung kommen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dabei geht es mir insbesondere um rechtliche Rahmenbedingungen, die eine ausgewogene Balance zwischen dem unabdingbaren Datenschutz und der Datensicherheit sowie einer sinnvollen Datennutzung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten – zum Beispiel für die elektronische Patientenakte oder die medizinische Forschung – ermöglichen.

Inwiefern hat sich die Rolle der Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahrzehnten gewandelt?

Ganz klar können wir hier einen positiven Wandel beobachten: Patientinnen und Patienten sind heutzutage sehr viel besser informiert und setzen sich selbstständig mit Krankheitsbildern und Behandlungen auseinander. Das liegt sicher auch an den Möglichkeiten,

die das digitale Zeitalter mit sich bringt. Sie nehmen damit eine neue, selbstbestimmte Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Sie werden von passiven Zuschauern zu informierten Managern ihrer Gesundheit. Sie erwarten eine partizipative Kommunikationskultur mit ihren Behandelnden und wollen die Entscheidungen über die eigene Gesundheit und Therapie gemeinsam mit den Behandelnden treffen. Diese Entwicklung ist uneingeschränkt zu begrüßen und muss weiter unterstützt werden.

Behandlungsfehler sind ein zentraler Baustein des Patientenrechtegesetzes. Jedoch befinden sich Patientinnen und Patienten nach wie vor in einer schwachen Position, wenn es um die Beweislast geht. Wie lässt sich das modifizieren?

Nach geltendem Arzthaftungsrecht müssen Patientinnen und Patienten zweifelsfrei nachweisen, dass ein Behandlungsfehler Ursache für einen erlittenen Gesundheitsschaden ist. In der Medizin ist dieser Beweis aber kaum zu führen. Denn die Komplexität des menschlichen Körpers führt dazu, dass Kausalzusammenhänge objektiv schwieriger nachzuweisen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten, bei denen ein Behandlungsfehler in Rede steht, in aller Regel nicht gesund in eine Behandlung gehen, sondern unter Umständen sogar unter mehreren Erkrankungen leiden, die ebenfalls für einen Gesundheitsschaden ursächlich sein könnten.

Trotz der mit dem Patientenrechtegesetz festgeschriebenen Beweiserleichterungen gelingt Patienten der geforderte Nachweis in der Praxis oft nicht. Es gibt daher seit Längerem eine Diskussion darüber, die Regelungen dahingehend zu verändern, dass es für den Nachweis der Kausalität ausreichen soll, dass der Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden überwiegend wahrscheinlich ist. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Absenkung des Beweismaßes zu einer Stärkung der Rechte der betroffenen Patientinnen und Patienten führt.

Wie kann sichergestellt werden, dass von Behandlungsfehlern betroffene Patientinnen und Patienten angemessen entschädigt werden? Die Krankenkassen fordern, dass Ärzte und Medizinproduktehersteller eine Haftpflichtversicherung mit angemessener Versicherungssumme abschließen müssen.

Mir ist zunächst wichtig klarzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte bereits heute verpflichtet sind, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Entsprechende Vorschriften finden sich in den jeweiligen Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder, die in der Regel zusätzlich auf die Berufsordnung verweisen.

In der überwiegenden Anzahl der Länder ist zudem die Kammer als sogenannte zuständige Stelle vorgesehen, der ein Versicherungsunternehmen die Beendigung einer Berufshaftpflichtversicherung zu melden hat. Ich bin der festen Überzeugung, dass dieses Meldeverfahren eine wichtige Maßnahme ist. Alle Länder sollten daher eine solche Regelung in ihre Landesgesetze übernehmen. Eine sinnvolle Ergänzung wäre es aus meiner Sicht, den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung für Vertragsärzte einzuführen. Ich begrüße es daher ausdrücklich, dass das Bundesgesundheitsministerium derzeit an einer dahingehenden Änderung arbeitet.

Diskutiert wird darüber hinaus auch ein Patientenentschädigungsfonds.

Im Koalitionsvertrag ist die Prüfung eines Patientenentschädigungsfonds vereinbart. Der gute Wille, mit einem Fonds einen Ausgleich außerhalb des Haftungsrechts zu schaffen und so im Schadensfall eine Befriedung der Konfliktsituation zwischen Behandelndem und Patienten zu erreichen, birgt jedoch auch Risiken: Wenn ein anderer für Schäden zahlen muss, wird die erforderliche Sorgfalt möglicherweise außer Acht gelassen. Hierdurch könnten die Anforderungen an die Fehlervermeidung stückweise aufgeweicht werden. Außerdem könnten Patienten bevorzugt den Fonds in Anspruch nehmen, wodurch die Arzthaftung eingeschränkt würde. Darüber hinaus sind die Finanzierungsmöglichkeiten eines Fonds bisher unklar. Sie müssten konsequent an der Zielsetzung ausgerichtet werden.

Brauchen wir grundsätzlich eine neue Fehlerkultur in der Medizin und in der Pflege, generell einen offeneren Umgang mit Fehlern?

Ich plädiere für eine Sicherheitskultur auf allen Ebenen, die die Patientensicherheit in

Trotz der mit dem Patientenrechtegesetz festgeschriebenen Beweiserleichterungen gelingt Patienten der geforderte Nachweis in der Praxis oft nicht.





den Mittelpunkt stellt. Hier hat sich in den letzten Jahren auch schon sehr viel getan, auch dank des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS).

Als Ärztin bin ich davon überzeugt, dass ein offener Umgang mit Fehlern zu einer Sensibilisierung für sicherheitsrelevante Aspekte führt und die Risikoprävention stärkt. Zudem erwarten Patientinnen und Patienten zu Recht, dass mit ihnen ehrlich und transparent kommuniziert wird, sollte es zu einem Fehler gekommen sein.

Eine gute und im besten Fall empathische Kommunikation mit den Betroffenen auf Augenhöhe kann dazu beitragen, Ängste und Unsicherheiten in einer für sie ohnehin belastenden Ausnahmesituation zu lindern. Und auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist ein professioneller und aufrichtiger Umgang mit Patientinnen und Patienten kein Risiko: Weder die Erläuterung von Tatsachen und medizinischen Sachverhalten noch der Ausdruck von Bedauern und Mitgefühl sind im Schadensfall aus rechtlicher Sicht als Schuldeingeständnis oder als Anerkenntnis einer Haftungsübernahme zu werten.

Eine gemeinsame Offensive für die Sicherheit in der Gesundheitsversorgung fordern das APS und der vdek unter anderem im Zuge des 2018 erschienenen Weißbuches Patientensicherheit. Ein Element zur Umsetzung ist die Etablierung einer Beauftragten oder eines Beauftragten für Patientensicherheit in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Was halten Sie davon?

Sollten sich Einrichtungen des Gesundheitswesens dafür entscheiden, eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Patientensicherheit einzusetzen, um so zu einer Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen, wüsste ich nicht, was dagegen sprechen sollte.



Foto: Olaf Meitzner

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, geb. 1966, absolvierte ihr **Medizinstudium in Hamburg, Promotion und Habilitation an der Universität zu Lübeck**. Sie ist **Fachärztin für Herzchirurgie** und verfügt über einen **Master of Business Administration (MBA) Health Care Management**. Die Gendermedizinerin wurde im September 2017 als **Direktkandidatin der CDU für den Wahlkreis Lübeck in den Deutschen Bundestag** gewählt und ist dort u. a.

Teilweise versuchen noch immer Ärzte, ihren Patienten sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aufzudrängen. Wie lassen sich Patienten vor unnötigen Behandlungen schützen?

Dem kann durch eine noch bessere Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten über ihre Rechte begegnet werden. Es gibt durchaus IGeL, die in bestimmten Situationen im Einzelfall sinnvoll und empfehlenswert sein können – ohne dass diese Leistungen tatsächlich medizinisch notwendig sind.

Wesentlich ist aber, dass Patientinnen und Patienten sich bewusst sind, dass sie allein darüber entscheiden, ob sie die Leistung in Anspruch nehmen wollen. Diese Entscheidung müssen sie in Ruhe und auf der Grundlage von Fakten treffen. Ärztinnen und Ärzte sind daher unter anderem verpflichtet, vorab über mögliche Risiken und Nutzen, eventuelle alternative

Behandlungen und die Kosten von IGeL zu informieren.

Eines ist ganz klar: Patientinnen und Patienten dürfen nicht dazu gedrängt werden, IGeL in Anspruch zu nehmen. Es ist auch ausdrücklich unzulässig, eine medizinisch notwendige Behandlung oder Untersuchung davon abhängig zu machen, dass IGeL in Anspruch genommen werden.

Ich empfehle Patientinnen und Patienten, die sich bei IGeL unsicher sind, sich die Zeit zu nehmen, die sie tatsächlich brauchen, um sich gut zu informieren. Die meisten Ärzte kommen ihren Pflichten gewissenhaft nach und respektieren die freie Willensbildung der Patienten. Patientinnen und Patienten, die das Gefühl haben, dass sich ihre behandelnde Ärztin oder ihr Arzt nicht angemessen verhalten haben, sollten dies in jedem Fall der für ihr Bundesland zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung melden. Diese prüft dann den Fall.

Vor 20 Jahren wurde die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gegründet, zunächst als Modellprojekt, heute als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Welche Bedeutung schreiben Sie ihr und ähnlichen Beratungsstellen zu?

Trotz der von mir schon angesprochenen Tatsache, dass sich Menschen auch dank des digitalen Wandels immer mehr mit Gesundheitsinformationen auseinandersetzen, müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass sich viele in gesundheitlichen Fragen nicht gut zurecht finden. Das liegt zum einem daran, dass unser Gesundheitssystem immer komplexer wird: Die Fülle der Versorgungsmöglichkeiten richtig zu nutzen, ist eine Herausforderung. Zudem erfolgt die Nutzung des Internets als Informationsmedium überwiegend durch jüngere Personen, sodass ältere Menschen oder besonders vulnerable Zielgruppen kaum erreicht werden. Nicht zu vergessen, dass viele Informationen im Internet ungefiltert und ohne jede Qualitätssicherung zu Verfügung stehen.

Insbesondere das qualifizierte, neutrale, unabhängige und kostenfreie Beratungsangebot der UPD ist daher ein wesentlicher Baustein, wenn es darum geht, Patientinnen und Patienten verlässliche Informationen zu sozialrechtlichen, aber auch medizinischen Fragen anzubieten, und es ihnen damit zu ermöglichen, sich selbstbestimmt durch unser Gesundheitssystem zu bewegen. Gerade die telefonische – wenn gewünscht auch anonyme – Beratung stellt hier ein besonders niedrigschwelliges Hilfsangebot dar.

In letzter Zeit stand die UPD in der Kritik, unter anderem wurden Zweifel an der Neutralität und Qualität der Beratung laut. Sehen Sie Handlungsbedarf?

Meine Wahrnehmung ist, dass die Kritik oft unsachlich war. Sie müssen sich vor Augen führen, dass die Arbeit der UPD vom GKV-Spitzenverband sowie von einem Beirat eng begleitet und außerdem kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert und auditiert wird.

Konkrete Aufgabe der Evaluation ist es zum Beispiel zu prüfen, ob das Leistungsangebot der UPD die Ziele der unabhängigen Patientenberatung erreicht. Im aktuellen



Foto: J. Kopschky

Mitglied im Gesundheitsausschuss und in der Enquete-Kommission Künstliche Intelligenz. Zuvor war sie u. a. als Oberärztin am Lübecker Campus des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zuletzt seit 2014 als Chefarztstellvertreterin und leitende Oberärztin in der Herz- und Gefäßchirurgie des Herzzentrums Bad Segeberg tätig. Seit Januar 2019 übt sie zudem das Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten aus.

Die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** ist eine gemeinnützige

Einrichtung, finanziert vor allem durch den GKV-Spitzenverband. Sie informiert und berät in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei. So wird unter anderem die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt.

www.patientenberatung.de

Zwischenbericht zur Evaluation wird der UPD eine neutrale und unabhängige Beratung bescheinigt. Zudem stellt der Bericht eine hohe Akzeptanz und Nutzerzufriedenheit mit dem Angebot der UPD fest: Im Rahmen einer Nutzerbefragung gaben über 90 Prozent der Ratsuchenden an, dass die Beratung ihnen bei der Klärung ihres Anliegens weitergeholfen habe. Nahezu alle Befragten würden die UPD weiterempfehlen (99 Prozent). Das ist aus meiner Sicht ein insgesamt positives Zwischenergebnis der bisherigen Arbeit der UPD. An der Verbesserung ihres Beratungsangebotes muss die UPD konsequent weiter arbeiten, denn der Zwischenbericht weist auch auf Bereiche mit Verbesserungspotenzialen hin. Die UPD hat bereits ein Konzept für eine umfassende Qualitätsoffensive auf den Weg gebracht. Vorgesehen sind verschiedene Maßnahmen unter anderem zur weiteren Verbesserung der Beratungsqualität. Die UPD arbeitet zudem daran, ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit noch weiter zu verbessern. Der Bekanntheitsgrad der UPD ist essenziell. Denn nur diejenigen, die die Möglichkeit dieser Beratung kennen, werden sie auch im Bedarfsfall in Anspruch nehmen.

Seit einiger Zeit wird über die Regelung zur Organspende diskutiert. Der Deutsche Bundestag hat sich jetzt für die Entscheidungslösung ausgesprochen. Wie verhalten Sie sich dazu, ist die Ihrer Meinung nach im Sinne der Patientinnen und Patienten?

Als Patientenbeauftragte verhalte ich mich in dieser Frage neutral. Ich werde Ihnen aber gern als Mitglied des Deutschen Bundestages antworten. Die Enttäuschung, dass sich die Mehrheit der Abgeordneten gegen einen Paradigmenwechsel entschieden hat, ist vor allem bei betroffenen Patientinnen und Patienten sehr groß. Ich hoffe, dass sich die Befürchtung der meisten Experten, die Entscheidungslösung werde zu keiner wesentlichen Steigerung der Transplantationszahlen führen, nicht bewahrheitet. Selbstverständlich werde ich mich im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen weiterhin für die Organspende einsetzen. Ich werde die Entwicklung der Transplantationszahlen sehr genau im Blick behalten und gegebenenfalls erneut für einen Paradigmenwechsel werben. ■



GKV-BETRIEBSRENTENFREIBETRAGSGESETZ

Verfahrens- umstellung benötigt noch Zeit

Seit dem 1. Januar 2020 gibt es eine Beitragsentlastung für Betriebsrentner. Bei der Beitragsberechnung in der Krankenversicherung gilt seither ein Freibetrag von 159,25 Euro. Wird dieser Wert überschritten, ist nur der überschreitende Betrag der Betriebsrente beitragspflichtig. Damit soll die Diskussion um die sogenannte Doppelverbeitragung von Betriebsrenten beendet werden.

/ Text / **Stefan Sieben**

Die Zahlstelle von Betriebsrenten hat gegenüber der Krankenkasse anzuzeigen, dass sie eine Betriebsrente gewährt. Die Krankenkasse teilt der Zahlstelle im Falle eines Mehrfachbezuges von Betriebsrenten zusätzlich mit, ob und in welcher Höhe der Freibetrag von 159,25 Euro anzuwenden ist. Zu diesem Mehrfachbezug zählt auch, wenn neben einer Betriebsrente eine Kapitalleistung aus einer Direktversicherung bezogen wird, deren Zahlbetrag auf 120 Monate umgelegt wird.

Solange die Krankenkasse die Zahlstelle nicht über einen Mehrfachbezug informiert, geht die Zahlstelle von einem Einfachbezug aus. Hiernach hat die Zahlstelle der Betriebsrente den Freibetrag von 159,25 Euro selbst zu berücksichtigen und die danach aus der Betriebsrente berechneten Beiträge an die Krankenkasse abzuführen.

Berechnungssoftware noch nicht umgestellt

Die Neuregelungen durch das GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz sind zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Doch weder die Krankenkassen noch die Zahlstellen können die neuen Berechnungsmodi aktuell anwenden. Durch den kurzfristigen Gesetzbeschluss bestand keine ausreichende Vorbereitungszeit, um die Berechnungssoftware und den maschinellen Datenaustausch zu erweitern. Der Aufwand entsteht auch deshalb, weil unterschiedliche Beitragsberechnungsgrundlagen zu berücksichtigen sind, denn der Freibetrag gilt nicht für die Pflegeversicherung.

Die beitragspflichtigen Mitglieder müssen sich deshalb noch gedulden, bis sie von den geringeren Beiträgen profitieren. Das gilt nicht nur in Bestandsfällen, sondern auch in Fällen, in denen der Bezug der Betriebsrente oder der Kapitalleistung aus einer Direktversicherung nach dem 31. Dezember 2019 beginnt.

Nach der Umstellung der Verfahren werden die Beiträge rückwirkend neu berechnet. Die überzahlten Beiträge werden erstattet, ohne dass es eines Antrags des Versicherten bedarf. Allerdings erhalten die Versicherten im Jahr 2020 keine Erstattungsinsen. ■

Die Freibetragslösung ergibt sich aus § 226 Abs. 2 Satz 2 SGB V: Wird die bisherige Freigrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße als Maßgabe für den Eintritt der Beitragspflicht von Versorgungsbezügen

und Arbeitseinkommen überschritten, ist von den monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Betriebsrenten ein Freibetrag in Höhe von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße abziehen. Das sind für das Jahr 2020 159,25 Euro. Der abzuziehende Freibetrag ist der Höhe nach begrenzt auf die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Betriebsrenten.



Stefan Sieben
Abteilung Finanzen/
Versicherung beim vdek

Foto: vdek/Martina Schild

EINWURF

Hält das neue Pflege-Qualitätsprüfsystem, was es verspricht?

Am 1. November 2019 ist das neue Qualitätsprüfsystem in der stationären Altenpflege gestartet. Nach rund 100 Tagen zieht der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eine erste positive Zwischenbilanz.

/ Text / **Ulrike Elsner**

Die Einführung der Pflegenoten im Jahr 2009 war ein großer Schritt in Richtung Transparenz. Doch zu Recht wurde immer wieder bemängelt, dass die Pflegenoten, die zuletzt im Bundesdurchschnitt bei 1,2 lagen, nicht differenziert genug die Pflegequalität abbildeten. Die Bundesregierung beauftragte daher 2016 den Qualitätsausschuss Pflege – in dem die Verbände der Leistungserbringer und Pflegekassen vertreten sind – mit der Entwicklung eines neuen „Pflege-TÜVs“ auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die neuen Qualitätsberichte setzen sich aus drei Teilen zusammen. Teil eins enthält allgemeine, qualitätsrelevante Angaben zur Einrichtung (unter anderem Bettenzahl, Zahl der Pflegekräfte), Teil zwei (erst ab Sommer 2020 in den Berichten) wird sogenannte Qualitätsindikatoren enthalten, zum Beispiel das Auftreten von Stürzen mit schweren Folgen. Diese Angaben werden durch die Pflegekräfte der Einrichtungen bei allen Bewohnern halbjährlich erhoben und vom Aqua-Institut sowie vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf Plausibilität geprüft. Teil drei fasst die Ergebnisse der neuen Qualitätsprüfungen des MDK mit der neuen Bewertungsskala (einem internetgebräuchlichen Sternchen-System) zusammen. Die Prüfungen zielen stärker auf die Ergebnisqualität der

Pflege ab, etwa den Ernährungszustand der Pflegebedürftigen. Seit November 2019 überprüft der MDK schrittweise alle ca. 12.000 stationären Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2020 muss jedes Heim einmal geprüft worden sein.

Doch kann das neue System den Erwartungen gerecht werden? Wir meinen, ja. Eine erste vdek-Auswertung von rund 650 der neuen Qualitätsberichte zeigt, dass das System geeignet ist, gute und schlechte Qualität für den Verbraucher transparent zu machen. Die Qualität der Versorgung in der Altenpflege befindet sich demnach überwiegend auf einem guten Niveau – allerdings gibt es auch klar benennbaren Verbesserungsbedarf. Dies gilt insbesondere für die Bereiche „Unterstützung bei der Mobilität“ und „medikamentöse Therapie“. So erzielten etwa zwölf Prozent der Einrichtungen, bei denen die „Mobilitätsunterstützung“ geprüft wurde, in der Bewertungsskala nur ein oder zwei von vier möglichen Punkten. Hier lagen also deutliche Qualitätsdefizite vor. Beim Prüfungsaspekt „Medikamentöse Therapie“ waren es sogar 15 Prozent. Das Qualitätsmanagement der Einrichtungen muss derartige Ergebnisse aufgreifen und in den Fokus für interne Verbesserungsprozesse nehmen.

Die neuen Qualitätsberichte werden im vdek-Pflegelotsen im Internet Schritt für Schritt veröffentlicht. Das alte Notensystem für stationäre Einrichtungen wird Ende des Jahres 2020 Geschichte sein. ■

www.pflegelotse.de



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie
vom neuen Qualitätsprüf-
system halten.*

redaktion@vdek.com



ELTERNSTRESS

Wenn der Alltag an der Seele nagt

Berufstätige Mütter und Väter stehen heutzutage enorm unter Druck, vor allem wenn beide Elternteile einem Job nachgehen. Da der anhaltende Dauerstress fatale Folgen für die Gesundheit haben kann, hat die KKH Kaufmännische Krankenkasse genauer hingeschaut und eine Forsa-Umfrage in Auftrag gegeben. Befragt wurden 1.007 Eltern von Kindern unter 18 Jahren im November 2019. Das Ergebnis: Viele Eltern stehen nicht nur ständig unter Druck, sondern reagieren darauf sogar depressiv. Zunehmende Fehltag im Job durch psychische Erkrankungen lassen ebenfalls aufhorchen.

/ Text / Susanne Wallentin

Anger mit den Kindern, Haushalt, Papierkram, Überlastung im Job, finanzielle Engpässe, Konflikte mit dem Partner – alles zu viel: Fast 40 Prozent der Eltern stehen der Umfrage zufolge sehr häufig bis häufig unter Stress. Schuld daran sind auch die hohen Ansprüche an sich selbst: Das sagt insgesamt die Hälfte der befragten Mütter und Väter. Schließlich will man als Eltern, als Partner und im Beruf gleichermaßen perfekt sein. Rund jeder Fünfte findet allerdings, dass der Druck, besonders gut sein zu müssen, aus der Gesellschaft kommt.

Ob selbst gemacht oder auferlegt: Die größten Stressfaktoren für Mütter sind die Erziehung und Betreuung der Kinder (47 Prozent) und die Arbeitsbelastung im Haushalt (41 Prozent). Bei den Vätern steht der Stress im Job (47 Prozent) ganz oben auf der Stressskala, gefolgt von der Kindererziehung und -betreuung (33 Prozent). Rund ein Drittel der Eltern empfindet außerdem Konflikte und Probleme in der Familie und rund ein Viertel das Gefühl der ständigen Erreichbarkeit als große Stressfaktoren im Alltag. Die größte Herausforderung für die meisten Eltern ist es aber, Familie, Haushalt und Beruf unter einen Hut zu bekommen. Kein Wunder, denn anhaltender Dauerstress in Familien hängt häufig mit der zunehmenden Berufstätigkeit beider

Partner zusammen. Laut Daten des Statistischen Bundesamtes von 2018 sind mittlerweile bis zu 85 Prozent der Väter und bis zu 75 Prozent der Mütter mit Kindern unter 18 Jahren in Voll- oder Teilzeit berufstätig.

Job, Haushalt und Kinder verlangen gleichermaßen die volle Aufmerksamkeit und Leistungsbereitschaft der Eltern. Hinzu kommt der selbstauferlegte Perfektionismus. Das hat Folgen, unter anderem für die psychische Gesundheit: Eine Datenanalyse der KKH zeigt, dass die Fehlzeiten im Job aufgrund psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen sind – von durchschnittlich 35,4 Tagen im Jahr 2015 auf 39,1 Tage im vergangenen Jahr. In der Umfrage sagten darüber hinaus knapp ein Drittel der stark gestressten Eltern, dass sie wegen des hohen Drucks schon einmal niedergeschlagen beziehungsweise sogar depressiv waren.

Bevor es zu schwerwiegenden psychischen Erkrankungen kommt, macht sich der Stress zunächst im Verhalten und körperlich bemerkbar: extreme Anspannung, niedrige Frustrationsgrenze, Ungeduld, Schlafmangel, Schmerzen. Laut Umfrage stehen Erschöpfung und Burn-out klar an erster Stelle: 79 Prozent der dauergestressten Eltern gaben an, unter Druck darunter zu leiden. 77 Prozent nannten Nervosität und Gereiztheit und 75 Prozent Müdigkeit oder Schlafstörungen als Folgen von Stress. Jeweils knapp die Hälfte hat darüber hinaus mit Kopf- bzw. Rückenschmerzen zu kämpfen und 29 Prozent der stark gestressten Eltern schlägt der Druck auf den Magen. Gut zwei Drittel der Mütter und Väter gaben außerdem an, sich bei Stress mindestens hin und wieder schlecht konzentrieren zu können. Rund jeder Zweite sagte, unter Druck schnell aggressiv zu reagieren. Ebenfalls die Hälfte erklärte, in Stresssituationen hin und wieder traurig zu sein oder sich zurückzuziehen.

Wege aus der Stressfalle

Um sich aus der Stressfalle zu befreien, hätten Eltern vor allem eines gern: mehr Zeit. Drei Viertel von ihnen denken, dass sie weniger gestresst wären, wenn sie ausreichend Raum für sich selbst hätten. Fast ebenso viele

wünschen sich mehr Zeit mit der Familie. Auch das Verlangen nach innerer Gelassenheit (72 Prozent) steht bei den Müttern und Vätern ganz hoch im Kurs. Gut die Hälfte wünscht sich zusätzliche finanzielle Unterstützung wie ein höheres Kindergeld, und bei knapp jedem Zweiten trügen flexiblere Arbeitszeiten oder Homeoffice zum Stressabbau bei. 42 Prozent der Befragten hätten darüber hinaus gern mehr Unterstützung im Haushalt.

Positive Einstellung entscheidend

Diese Wünsche zeigen: Das Leben zwischen Familie und Job ist anspruchsvoll, die Sehnsucht nach Entspannung groß. Doch viele Aufgaben lassen sich nicht streichen oder reduzieren. „Deshalb ist eine positive Einstellung entscheidend“, sagt Jana Acker, KKH-Expertin für Psychologie und Stressreduktion, und zwar nicht nur im Job, sondern auf allen Ebenen. „Man sollte versuchen, sich darauf zu konzentrieren, wie man die positiven Effekte von Stress nutzen kann.“ Denn Stressereignisse bringen auch immer einen Lerneffekt für das nächste Mal mit sich. „Wer die Kontrolle über eine Situation gewinnen kann, reduziert langfristig auch den Druck“, erläutert Acker. So rät die Expertin beispielsweise, nicht mit dem Partner auf Konfrontation zu gehen, wenn alles rund um Haushalt und Kinder wieder einmal an einem selbst hängen bleibt. Besser sei es, auf eine entspannte Atmosphäre zu warten und dann konkrete Wünsche zu äußern, was der Partner künftig übernehmen kann. „In akuter Hektik ist es besser, lieber eine Putzhilfe oder Fahrgemeinschaften zu den Terminen der Kinder zu organisieren.“

Ganz wichtig sei es außerdem, Prioritäten zu setzen, rät Acker: Niemand könne abends gleichzeitig mit den Kindern etwas unternehmen, mit dem Partner allein sein, Freunde treffen und Sport treiben. „Man könnte beispielsweise einen Abend pro Woche mit der Partnerin oder dem Partner und alle zwei Wochen ein festes Treffen mit Freunden vereinbaren.“ Bezüglich des Jobs rät die Expertin Eltern, über das Arbeiten von zu Hause aus nachzudenken, wenn es der Beruf erlaubt. Möglicherweise lässt sich auch mit dem Arbeitgeber über flexiblere und familienfreundlichere Arbeitszeiten verhandeln. ■

Wer die Kontrolle über eine Situation gewinnen kann, reduziert langfristig auch den Druck.



Susanne Wallentin
Redakteurin der Presse-
stelle der KKH



TK

Digitale Psychotherapie gegen Angststörungen

Als erste Krankenkasse in Deutschland bietet die Techniker Krankenkasse (TK) ab sofort eine digitale Therapie zur Behandlung von Angststörungen in den eigenen vier Wänden an. Die von der Hamburger Firma Sympatent entwickelte Therapie mit dem Namen „Invirto“ ermöglicht mit Virtual Reality (VR) und einer App erstmalig eine leitliniengerechte Fernbehandlung von Angststörungen. Dabei können die Teilnehmer innerhalb von vier Wochen eine App-gestützte Therapie mit zahlreichen Schulungsvideos und digital angeleiteten Übungen absolvieren. Gerade in Regionen mit wenigen spezialisierten Therapeuten und langen Anfahrtswegen ist das eine sehr attraktive Therapieoption.

Kernstück ist die Konfrontation nach therapeutischen Prinzipien mit Angst auslösenden Situationen wie Aufzug- und U-Bahnfahrten oder Menschenansammlungen. „Unser Behandlungskonzept ermöglicht den Patienten einen schnellen Zugang ohne Wartezeiten zu einer hochwertigen Psychotherapie“, so TK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jens Baas. Studien zufolge leiden zehn Millionen Menschen in Deutschland im Verlauf eines Jahres an einer Angststörung.

Vor der Therapie untersucht das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZiP) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) alle Teilnehmer im Rahmen einer umfassenden psychotherapeutischen Diagnostik. Danach bekommen die Teilnehmer die VR-Brille und einen App-Zugang nach Hause geschickt. Jeder Patient kann selbst entscheiden, wann, wo und wie oft er die verschiedenen Schulungsmodule und Übungen absolviert. Während der Therapie wird der Patient von einem Psychotherapeuten des UKSH per Telefon und Video begleitet. Im Behandlungsverlauf erfasst die App regelmäßig die psychische Situation der Teilnehmer anhand eines Fragenkatalogs. *pm*

www.tk.de

BARMER

Wechselwirkungen mit Lebensmitteln

Wer Medikamente einnimmt, sollte sich über Wechselwirkungen mit Lebensmitteln erkundigen. Denn viele Medikamente reagieren nicht nur mit Genuss-, sondern auch mit einigen Nahrungsmitteln. Besonders riskant ist der Konsum von Alkohol mit Schlaf- oder Beruhigungsmitteln und psychoaktiven Substanzen. „Sowohl Alkohol als auch einige Psychopharmaka machen müde und verlangsamen die Reaktionsfähigkeit. Werden beide gleichzeitig eingenommen, kann sich diese Wirkung verstärken. Ein Atem- oder Herzstillstand kann die Folge sein“, sagt Heidi Günther, Apothekerin bei der BARMER. Außerdem würden manche Arzneiwirkstoffe beim zeitgleichen Alkoholkonsum langsamer abgebaut, woraus eine Vergiftung resultieren könne. Da Beipackzettel nicht immer einfach zu verstehen seien, solle man bei allen Arzneimitteln im Zweifelsfall den Arzt oder Apotheker zu möglichen Wechselwirkungen ansprechen.

Antibiotika gingen häufig eine Wechselwirkung mit Kalzium in Milchprodukten wie Joghurt oder Quark ein, so Günther weiter. Dadurch könne der Körper die Wirkstoffe schlechter aufnehmen und das Antibiotikum wirke weniger stark. „Manche Antibiotika vertragen sich auch nicht mit Kaffee, sondern verstärken dessen blutdruckerhöhenden Effekt zusätzlich, weil das Koffein schlechter abgebaut werden kann. Schlafprobleme oder Herzrasen können die Folge sein“, sagt Günther.

Selbst Mineralwasser sei nicht immer unbedenklich in Kombination mit Arzneimitteln.

Sei das Wasser mit Kalzium und Eisen angereichert, wirkten einige Arzneimittel weniger gut, weil die Wirkstoffe gebunden und nicht mehr frei verfügbar sind. Osteoporose-Medikamente oder auch Schilddrüsenpräparate sollten daher lieber mit Leitungswasser eingenommen werden, rät Günther. *pm*

www.barmer.de

DAK

Kampagne gegen Alkoholmissbrauch

„Kunst gegen Komasaufen“ – unter diesem Motto starten die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig, und die DAK-Gesundheit die Kampagne „bunt statt blau“ 2020 gegen Alkoholmissbrauch. Gesucht werden die besten Plakatideen von Schülern zwischen zwölf und 17 Jahren zum Thema Rauschtrinken. Der Wettbewerb richtet sich gegen exzessiven Alkoholkonsum, bei dem Jugendliche binnen weniger Stunden so viel Alkohol trinken, dass sie einen gefährlichen Vollrausch haben.



Foto: DAK

In den vergangenen fünf Jahren kamen bundesweit jährlich jeweils rund 22.000 Kinder und Jugendliche mit einer akuten Alkoholvergiftung ins Krankenhaus. Gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2000 haben sich die Zahlen um 128 Prozent erhöht. Seit 2013 ist die Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen zwar leicht rückläufig, Experten fordern aber weiterhin eine verstärkte Aufklärung über die Risiken des Rauschtrinkens.

„Viel zu häufig trinken Jugendliche sprichwörtlich, bis der Arzt kommt.“ Die Zahlen sind alarmierend. Deshalb dürfen wir mit unseren Aufklärungsbemühungen nicht nachlassen“, betont DAK-Vorstandschef Andreas Storm. Ludwig ergänzt: „Beim Alkoholkonsum unter Jugendlichen insgesamt sehen wir eine gute, rückläufige Entwicklung. Wo wir aber noch nicht am Ziel sind, ist bei den Zahlen zum Komasaufen. Auch hier müssen wir einen deutlichen Rückgang erreichen. Wichtig ist also nach wie vor eine zielgruppenaffine, gut gemachte Prävention.“ *pm*

www.dak.de

BARMER

Arthrose treibt Patienten zu Privatleistungen

Zwei von fünf Arthrose-Patienten greifen für ihre Behandlung tief in die eigene Tasche. Sie kaufen sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Nutzen häufig unklar ist oder sich erst gar nicht einstellt. Das belegt eine Studie von Wissenschaftlern der Universitäten in Oldenburg und Dresden, der Charité und des Deutschen Rheumaforschungszentrums in Berlin sowie der BARMER.

Demnach haben 39 Prozent der befragten 2.363 Versicherten mit Arthrose zwischen 30 und 79 Jahren innerhalb eines Jahres IGeL privat finanziert, zum Beispiel Spritzen. Zwei Drittel der Befragten hofften, ihr Leiden durch Angebote außerhalb der Arztpraxis zu lindern. 49 Prozent der IGeL-Nutzerinnen und -Nutzer gaben an, dass sich ihre Beschwerden gebessert hätten. „Ganz gleich, an welchem Gelenk man unter Arthrose leidet, sie lässt sich im besten Fall aufhalten, nicht heilen. Die Betroffenen suchen daher Hilfe abseits der Schulmedizin. Sie können aber nicht sicher sein, dass ihre Schmerzen gelindert und Gelenke beweglicher werden“, so Dr. Ursula Marschall, leitende Medizinerin der BARMER. Der Aufwand sei erheblich. Ein Drittel der Befragten habe innerhalb eines Jahres mehr als 300 Euro für IGeL und Co. aufgewendet. Umso wichtiger sei, sich in Ruhe und gut informiert für oder gegen privat finanzierte Gesundheitsleistungen zu entscheiden. Das Wichtigste sei ein persönlicher Nutzen.

Auch seien Ärzte in ihrer Rolle als Ratgeber umso mehr gefordert, so Co-Autor Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie am Uniklinikum Dresden. Dazu gehöre auch, vor falschen Erwartungen bei einer IGeL zu warnen. So würden vor allem Orthopäden und Hausärzte häufig nach Alternativen jenseits der Schulmedizin gefragt. *pm*

www.barmer.de

TK

Krankenstand sinkt leicht

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten Erwerbstätiger sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Das zeigt eine aktuelle Vorabauswertung des Gesundheitsreports 2020 der Techniker Krankenkasse (TK). Demnach gab es 2019 einen durchschnittlichen Krankenstand von 4,21 Prozent, das ist ein Minus von 0,81 Prozent gegenüber dem Vorjahr (4,25 Prozent). Dementsprechend waren Erwerbspersonen im vergangenen Jahr durchschnittlich 15,37 Tage krankgeschrieben, im Jahr zuvor waren es 15,49 Tage. Hauptursache für diesen Rückgang ist laut TK die weniger stark ausgeprägte Erkältungswelle.



Foto: rina/Adobe Stock

Verantwortlich für die meisten Fehlzeiten der Erwerbstätigen sind auch im Jahr 2019 die psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen. Mit durchschnittlich 2,89 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Kopf haben sie sogar noch einmal gegenüber den Vorjahren zugelegt (2018: 2,77, 2017: 2,71 Tage). So sind psychische Erkrankungen für rund 19 Prozent aller Fehlzeiten verantwortlich, das ist der höchste Wert im Vergleich zu anderen Diagnosen, noch vor Rückenbeschwerden und Erkältungskrankheiten.

Auffällig bleiben auch weiterhin die regionalen Unterschiede. Mit 12,6 Fehltagen ist Baden-Württemberg nach wie vor das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, gefolgt von Bayern (13,3). Die höchsten Fehlzeiten gibt es, wie auch in den Vorjahren, im Osten des Landes: Mecklenburg Vorpommern (19,8), Sachsen-Anhalt (19,5) und Brandenburg mit durchschnittlich 19,3 Fehltagen je Versichertenjahr. *pm*

www.tk.de

HKK

Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch

Die meisten beruflichen Ausfalltage sind 2019 – wie in den Vorjahren – verursacht worden durch sogenannte Muskel-Skelett-Erkrankungen wie beispielsweise Rückenschmerzen (21,9 Prozent aller Fehltagen). Psychische Erkrankungen lagen auf Platz zwei mit 18,5 Prozent. Krankheiten des Atmungssystems rangierten auf dem dritten Platz (14,7 Prozent). Das ist das Ergebnis einer Datenanalyse der hkk Krankenkasse.

Im Jahr 2019 waren erwerbstätige hkk-Mitglieder durchschnittlich 14,1 Tage krankgeschrieben. Davon 2,6 Tage wegen psychischer Erkrankungen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Fehltagen merklich gestiegen: Waren 2018 nur 16,9 Prozent aller Fehltagen eine Folge psychischer Erkrankungen, ist ihr Anteil 2019 um etwa anderthalb Prozentpunkte auf 18,5 Prozent gestiegen. Mehr als jeder sechste Fehltag ist damit auf psychische Erkrankungen zurückzuführen – eine deutliche Verschiebung innerhalb der Krankheitslasten.

Bei berufstätigen Frauen war der größte Teil der Fehltagen eine Folge psychischer Erkrankungen. Der Zuwachs von 0,4 Fehltagen gegenüber dem Vorjahr (2018: 2,9 vs. 2019: 3,3 Fehltagen je Arbeitnehmerin) ist besonders auffällig. Dr. Wolfgang Ritter, Teamleiter Gesundheitsförderung bei der hkk, sieht eine wesentliche Ursache dafür in den unterschiedlichen Alltagsbelastungen von Frauen und Männern. „Die Belastungen, mit denen Frauen heute konfrontiert sind, nehmen in einem beunruhigenden Ausmaß zu.“ Neben Beruf und Kindererziehung seien sie häufig auch noch für die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger verantwortlich. Das könne chronischen Stress und schließlich psychische Erkrankungen zur Folge haben. „Erforderlich ist eine ganzheitliche, bedarfsbezogene und geschlechterspezifische Gesundheitsförderung.“ *pm*

www.hkk.de



ARZNEIMITTEL-LIEFERENGPÄSSE

Ersatzkassen bringen Vorschläge zur Problemlösung ein

In Deutschland besteht eine hohe Versorgungssicherheit in Bezug auf die derzeit rund 103.000 verkehrsfähigen Arzneimittel. Dennoch kommt es immer wieder zu Lieferengpässen, die die Patienten verunsichern. Die Ersatzkassen nehmen dieses Thema sehr ernst und bringen sich mit Vorschlägen und Forderungen aktiv und konstruktiv in die derzeit laufende Diskussion und erste gesetzgeberische Initiativen ein.

/ Text / Dorothee Binder-Pinkepank



Dorothee Binder-Pinkepank
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Zwar bedeutet ein Lieferengpass nicht zwingend, dass für den Patienten kein Arzneimittel zur Verfügung steht. Oft gibt es Alternativen zu Präparaten mit einem Lieferengpass. Dennoch besteht politischer Handlungsbedarf: Lieferengpässe bei Arzneimitteln dürfen die Versorgung der Versicherten nicht gefährden.

Die Ursachen der Lieferengpässe sind global, vielfältig und komplex. Um sie einzudämmen, bedarf es einer umfassenden Analyse der verschiedenen Gründe. Für eine zukünftige Verhinderung von Lieferengpässen oder zumindest deutliche Entschärfung der bestehenden Probleme wird es vielfältiger Lösungsansätze und Stellschrauben bedürfen, die auf einem Zeitstrahl gesehen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Wirkung entfalten werden.

Im letzten Quartal des Jahres 2019 haben Bundestagsfraktionen und zahlreiche Institutionen ihre Vorstellungen zur Lösung der Lieferengpassproblematik öffentlich gemacht. Erste Gesetzesinitiativen sind ganz aktuell im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz berücksichtigt.

Auch der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat gemeinsam mit den Ersatzkassen ein Forderungspapier zur Verhinderung von Lieferengpässen entwickelt und im Dezember 2019 in die öffentliche Diskussion eingebracht. Darin werden elf Maßnahmen beschrieben, wie mögliche Lieferengpässe in Zukunft vermieden bzw. zielführender gemanagt werden können. vdek und Ersatzkassen wollen mit den Vorschlägen zu einer sachlichen Diskussion und differenzierten Betrachtung des Problems beitragen. Die Umsetzung der Forderungen soll Wege aufzeigen, wie Lieferengpässe in Zukunft möglichst ausgeschlossen werden können. Für den vdek und die Ersatzkassen steht dabei die bestmögliche Versorgungssicherheit im Vordergrund.

Mehr Transparenz über das Liefer- und Marktgeschehen

Globale Lieferketten und die Konzentration auf wenige Wirkstoffhersteller, Qualitätsmängel, Produktions- und Lieferverzögerungen bei Rohstoffen sowie unternehmerische Entscheidungen wie Produktionseinstellungen oder Marktrücknahmen können Grund für Lieferengpässe sein. Wie auch zahlreiche andere Branchen, hat die pharmazeutische Industrie aufgrund ihrer Umsatz- und Profitorientierung die Produktion von Wirk- und Hilfsstoffen weltweit auf sogenannte Billiglohnländer konzentriert. Diese Verlagerung entbindet den pharmazeutischen

Unternehmer allerdings nicht von seiner Verantwortung für eine den Vorgaben entsprechende Qualität der Produkte, eine ausreichende Bevorratung und eine funktionierende Lieferkette. Möglicherweise wurde die Umsetzung dieser bereits bestehenden Regeln bisher nicht immer oder nicht ausreichend kontrolliert.

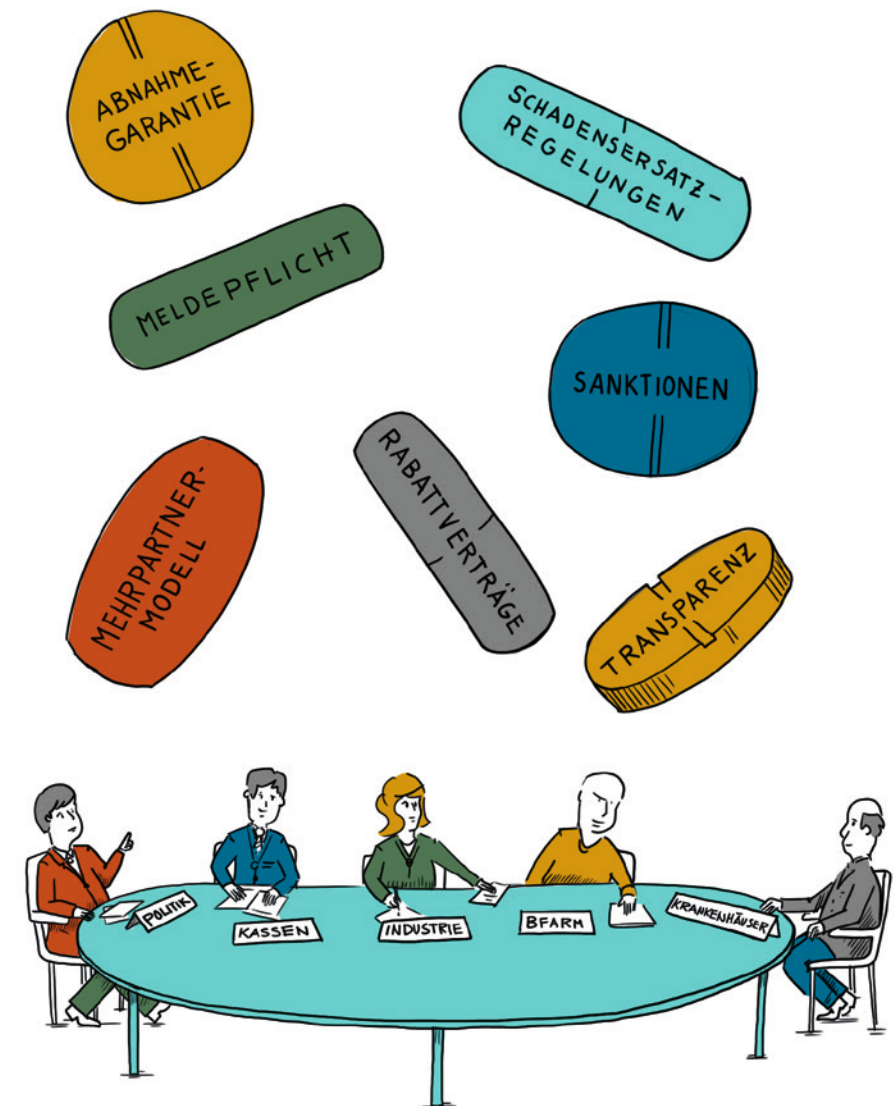
Ziel muss es daher sein, mehr Transparenz über das Liefer- und Marktgeschehen zu schaffen – vom pharmazeutischen Unternehmen über den Großhandel bis in die Apotheken und Krankenhausapotheken. Risiken in der Lieferkette müssen offengelegt werden. Die Ersatzkassen begrüßen in diesem Zusammenhang auch die geplante behördliche Auflistung versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe.

Meldepflichten, Exportbeschränkungen und Vertragsstrafen

Um die Pharmahersteller mehr in die Verantwortung für ihre Lieferengpässe zu nehmen, sollten umfangreiche Meldepflichten bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen versorgungsrelevanter Arzneimittel eingeführt werden. Dazu zählen zum Beispiel Sanktionsmechanismen und eine sozialrechtliche Verankerung von Vertragsstrafen- und Schadensersatzregelungen bei durch den pharmazeutischen Unternehmer verursachter Lieferunfähigkeit. Für Großhändler und Apotheken mit Großhandelserlaubnis sollten im Bedarfsfall auch Restriktionen für den Export von Arzneimitteln ausgesprochen werden können.

Rabattverträge und Mehrpartnermodell

Rabattverträge tragen wesentlich zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung bei. Entgegen Behauptungen der Pharmaindustrie, Apotheken und Großhändler führen die mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Lieferverpflichtungen zu einer besseren Planbarkeit für Arzneimittelhersteller, was letztlich auch die Liefersicherheit erhöht. Deshalb möchten die Ersatzkassen die bestehenden Ausschreibungs- und Vergabemodalitäten auf Kassenebene beibehalten. Die Ersatzkassen



praktizieren schon heute dort, wo es möglich ist, erfolgreich das Mehrpartnermodell bei Ausschreibungen, bei dem nicht nur einem Hersteller der Zuschlag erteilt wird, sondern mehreren Anbietern. Im Falle eines möglichen Lieferengpasses bei einem Hersteller sorgt dies dafür, dass gleichwertige Arzneimittel-Alternativen zur Verfügung stehen.

Mehrpartnermodelle lassen sich erfolgreich praktizieren.





Eine vdek-Analyse der laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorübergehend nicht lieferfähigen Arzneimittel ließ keinen Zusammenhang mit Ausschreibungen der Kassen erkennen. Ein Großteil der aufgeführten nicht lieferbaren Arzneimittel war zum Beispiel in anderen Packungsgrößen erhältlich oder das Arzneimittel konnte von einem anderen Hersteller bezogen werden.

Verträge auch für Krankenhäuser sinnvoll

Eine große Anzahl der aufgeführten Arzneimittel in der Engpass-Liste sind Arzneistoffe für onkologische oder Immuntherapien, die zumeist in Krankenhäusern verabreicht werden. Krankenhäuser, die ihre Arzneimittel im Übrigen in eigener Regie und Verantwortung direkt bei pharmazeutischen Unternehmen ordern, beklagen bereits seit einigen Jahren zunehmend Lieferengpässe. Um hier kurz- bzw. mittelfristig Abhilfe zu schaffen, wurde in einem der jüngsten Jour fixe beim BfArM empfohlen, in den Lieferverträgen zwischen Pharmaunternehmen und Krankenhäusern mehr Kalkulations- und Planungssicherheit für beide Seiten zu verankern. Dies soll unter anderem durch Abnahmegarantien für Hersteller sowie mindestens zwölf Monate geltende Lieferverträge mit sechsmonatigem Vorlauf möglich werden. Parameter, die den Rabattverträgen der Ersatzkassen bereits zugrunde liegen.

Fazit

Der erste Schritt zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation ist mit der öffentlichen Diskussion und den gesetzgeberischen Initiativen erfolgt. Viele Schritte werden nötig sein, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern. Dies gelingt nur, wenn alle Beteiligten offen ihre eigene Rolle im Prozess der Arzneimittelherstellung und -lieferung reflektieren und bereit sind, im Sinne einer sicheren und verlässlichen Patientenversorgung konstruktiv ihren Beitrag zu einer künftigen Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln zu leisten. Die Ersatzkassen haben hierzu bereits Beiträge geliefert und werden sich auch an weiteren geeigneten Maßnahmen konstruktiv beteiligen. ■

vdek-Forderungspapier zur Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Die Ersatzkassen nehmen das Thema Lieferengpässe sehr ernst und begrüßen vor diesem Hintergrund die intensive Diskussion und erste politische Initiativen.

Um Lieferengpässe möglichst zu vermeiden, fordern wir:

- 1. Erhöhung der Transparenz über das Liefer- und Marktgeschehen** (vom pharmazeutischen Unternehmer (pU) über den Großhandel (GH) bis in die Apotheken, auch unter Berücksichtigung der Krankenhausapotheken) und Offenlegung vorhandener Risiken in der Lieferkette
- 2. Schaffung der Möglichkeit für die Versicherten**, sich nach Erhalt des Rezepts (spätestens bei Einführung des E-Rezepts) im Vorfeld der Belieferung barrierefrei über die Lieferfähigkeit der Apotheke ihrer Wahl zu informieren
- 3. Schaffung verbindlicher umfangreicher Meldepflichten** bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen versorgungsrelevanter Arzneimittel (zum Beispiel Schaffung von Sanktionsmechanismen)
- 4. Exportbeschränkung** bis hin zum Verbot im Falle bestehender Lieferengpässe (für GH und Apotheken mit GH-Erlaubnis)
- 5. Beibehaltung der bestehenden Ausschreibungs- und Vergabemodalitäten** auf Kassenebene und – soweit möglich – bei Ausschreibungen die Anwendung des Mehrpartnermodells
- 6. Schaffung von Orientierungshilfen** für die Substitution nicht lieferbarer Arzneimittel durch medizinische Fachgesellschaften, um medizinisches und pharmazeutisches Fachpersonal im Falle von Lieferengpässen im Handling zu unterstützen
- 7. Arzneimittelproduktion in der EU** als Thema der deutschen Ratspräsidentschaft 2020
- 8. Ausweitung der Bevorratung** für besonders versorgungsrelevante Arzneimittel im Krankenhaus sowie eine effektive und flächendeckende Überprüfung der Einhaltung bereits bestehender Bevorratungsverpflichtungen bei GH und Apotheken
- 9. Legitimierung des bestehenden Jour fixe** des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu Lieferengpässen als sogenannter „Beirat“ zur Beratung des BfArM unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- 10. Ermöglichung des Vertriebs** versorgungsrelevanter Arzneimittel mit sprachfremder Packungsbeilage aus dem Wirtschaftsraum der Europäischen Union (EU) im Einzelfall mit behördlicher Erlaubnis bei unmittelbarer ärztlicher Anwendung
- 11. Sozialrechtliche Verankerung** der Vertragsstrafen- und Schadensersatzregelungen bei durch den pharmazeutischen Unternehmer verursachter Lieferunfähigkeit

AIM

Schrittweise zu fairen Arzneimittelpreisen

So sehr sich die Gesundheitssysteme innerhalb der Europäischen Union (EU) unterscheiden: In allen Mitgliedstaaten steigen die Preise für neue Medikamente deutlich. Das setzt den Kostenrahmen für Gesundheitsausgaben unter hohen Druck und erschwert den Zugang zu Innovationen. Unverzichtbare Arzneimittel sollten laut Association Internationale de la Mutualité (AIM) als öffentliches Gut angesehen werden, zu dem alle Zugang haben. Aus diesem Grund hat die AIM ein europäisches Preisbildungsmodell für faire und transparente Preise von innovativen Arzneimitteln entwickelt, das im Dezember 2019 im Europäischen Parlament in Brüssel vorgestellt wurde.

/ Text / Thomas Kanga-Tona



Thomas Kanga-Tona
Projektleiter für Arzneimittel und Medizinprodukte bei AIM

In den letzten Jahren sind die Preise für Arzneimittel rasant gestiegen. Ein Beispiel ist der Preis von Arzneimitteln für Tumorthapien. Er hat sich zum Beispiel in den USA von 1995 bis 2010 um den Faktor 10 erhöht, mit einer Beschleunigung in den letzten Jahren.

Die Investitionen der Pharmaindustrie in Forschung und Entwicklung und der therapeutische Mehrwert von neuen Medikamenten sind in vielen Fällen enttäuschend. Pharmaunternehmen geben mehr Geld für Marketing aus als für Forschung und Entwicklung und konzentrieren ihre Forschungsschwerpunkte auf Arzneimittel für Krankheiten, die substanzielle Gewinne erzielen. Tatsächlich bieten nur wenige neu entwickelte Medikamente einen therapeutischen Mehrwert.

Diese Entwicklungen haben dazu geführt, dass Regierungen und Krankenkassen Strategien entwickelt haben, um die Auswirkungen von hohen Arzneimittelpreisen abzufedern. Innerhalb Europas gibt es mehrere Initiativen und Kooperationen zwischen Mitgliedstaaten, etwa die BeneluxA-Initiative, den Nordischen Rat und die Valetta- und Sofia-Erklärungen. Leider haben diese Initiativen und Kooperationen bisher nicht entscheidend dazu beitragen können, ein Gleichgewicht zwischen Mitgliedstaaten und Unternehmen bei den Verhandlungen von Arzneimittelpreisen herzustellen.

Das Preismodell der AIM

Der Vorschlag der AIM ist, Arzneimittelpreise nicht mehr anhand eines betriebswirtschaftlich hergeleiteten „Value“ zu kalkulieren, sondern auch die zugrunde liegenden Kosten, den therapeutischen Wert sowie die entsprechende Patientenpopulation in der EU, Produktionskosten, Verkaufs- und medizinische Informationen, einen Basisgewinn und einen Bonus für Innovation miteinzubeziehen:

- Unternehmen werden aufgefordert, die Forschungs- und Entwicklungskosten (F & E-Kosten) offenzulegen. Diese würden bei 2,5 Milliarden Euro gedeckelt. Wenn keine Zahlen geliefert werden, wird ein Wert von 250 Millionen Euro F & E-Kosten angenommen. Zudem müssen klare





Regeln für die öffentliche Finanzierung von Forschung festgelegt werden und wie mit Fusionen und Misserfolgen umgegangen werden soll.

- Auch bei den Produktions- und Gemeinkosten verlangt die AIM Transparenz; ansonsten würde ein Fixbetrag von 50 Euro für Synthetika und 750 Euro für Biologika für seltene Krankheiten veranschlagt.
- Das Modell bezieht 20 Prozent der F & E-Kosten für Marketing und medizinische Informationen mit ein.
- Das Modell sieht einen Grundgewinn bzw. eine Rendite von acht Prozent der Gesamtkosten vor.
- Basierend auf einer Anzahl von relevanten therapeutischen Kriterien kommt ein Innovationsbonus von bis zu 40 Prozent der Gesamtkosten hinzu.

All diese Elemente würden zu einem fairen europäischen Preis führen, der für jeden Mitgliedstaat je nach Bruttoinlandsprodukt (BIP) unterschiedlich wäre. Für Hepatitis C würde das AIM-Modell beispielsweise zu folgender Berechnung führen: Bei 800 Millionen Euro anfänglicher F & E-Kosten und 40 Prozent Innovationsbonus führt das Modell zu einem fairen europäischen Preis von durchschnittlich 845,26 Euro, wobei die Preise zwischen 196 Euro in Bulgarien und 1.733 Euro in Irland liegen würden.

Dieses Modell würde dazu beitragen, das Gleichgewicht bei den Verhandlungen zwischen Regierungen und Industrie wiederherzustellen. Verzögerungen beim Zugang könnten angegangen werden. Die Kostentransparenz würde erhöht und die Vorhersehbarkeit für die Pharmaindustrie verbessert. Es würde einen erheblichen Gewinn für die öffentliche Gesundheit darstellen.

AIM hat das Modell an alle relevanten Institutionen, Partner und Einrichtungen in Brüssel und auf internationaler Ebene gesendet und vorgestellt. AIM ist dabei, eine große Koalition von ähnlich denkenden Organisationen zu bilden. Ein erster Schritt wäre die Überprüfung der Berechnung der F & E-Kosten in der pharmazeutischen Industrie.

Die Zeichen stehen auf Fairness

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstärkt die Aktivitäten im Bereich der fairen Preisgestaltung. Die neue EU-Kommissarin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Stella Kyriakides, hat den Auftrag, für erschwingliche Medikamente bei gleichzeitiger Stärkung der Innovationskraft zu sorgen. Eine wachsende Zahl von Mitgliedstaaten ist mit den derzeitigen Preisbildungspraktiken unzufrieden. Darum ist es an der Zeit, einen Weg zu einer fairen Preisbildung zu finden, und AIM wird alles daransetzen, dieses Ziel zu erreichen. ■

AIM ist dabei, eine große Koalition von ähnlich denkenden Organisationen zu bilden.

Association Internationale de la Mutualité (AIM)



Auf Deutsch nennt sich der internationale Dachverband AIM „Internationaler Verband der Krankenkassenverbände und Krankenversicherungen auf Gegenseitigkeit“. Seine 63 Mitglieder aus 30 Ländern in Europa, Lateinamerika, Afrika und

dem Mittleren Osten sind gemeinnützige Organisationen, die rund 240 Millionen Menschen Gesundheitsschutz sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Zusatzkrankenversicherungsleistungen bieten. Daneben betreiben einige Mitglieder Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Die Mitglieder sind Gegenseitigkeitsgesellschaften und Krankenkassen, die ihre Überschüsse unabhängig von Anteils-eignern auf Basis des Solidaritätsprinzips zum Wohle ihrer Versicherten einsetzen. Zu den Mitgliedern gehört auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Strukturwandel Krankenhaus



In Deutschland gibt es rund 2.000 Krankenhäuser. Angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin ist ein Strukturwandel unumgänglich. Dabei geht es nicht darum, den Menschen die Grundversorgung zu nehmen, sondern die Qualität der Versorgung durch Konzentration und Spezialisierung zu verbessern. Dass es bei diesem Prozess wichtig ist, die Menschen mitzunehmen, zeigt eine vom vdek beauftragte Forsa-Umfrage zu den Erwartungen der Versicherten an eine gute Krankenhausversorgung.

So sind die Menschen durchaus bereit, Reformen zu akzeptieren, wenn sie die Behandlungsqualität verbessern. Die Umfrageergebnisse zeigen aber auch, dass das Bewusstsein für Qualität sehr undifferenziert ist. Hier gilt es, die Menschen aufzuklären und gut zu informieren. Handlungsbedarf gibt es neben den Krankenhausstrukturen auch bei der sektorenübergreifenden Versorgung. Das bestätigt ein Bericht der EU-Kommission, der vergleichende Informationen zu den Gesundheitssystemen 30 europäischer Länder liefert.

FORSA-UMFRAGE

Wie bewerten Versicherte die Krankenhausversorgung?

Anlässlich des dringend notwendigen Krankenhausstrukturwandels hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eine Forsa-Umfrage zur Krankenhausversorgung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass die niedergelassenen Haus- und Fachärzte eine herausragende Stellung bei der Steuerung der Patienten und der Wahl eines Krankenhauses haben. Deutlich wird auch, dass die Menschen bereit sind, für eine gute Versorgung längere Fahrzeiten zu einem spezialisierten Krankenhaus in Kauf zu nehmen.

Dass ein Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft eingeleitet werden muss, ist unter Experten nahezu unumstritten, doch wie erleben die Versicherten die Krankenhausversorgung, was läuft gut und was muss in ihren Augen dringend verbessert werden? Das hat der vdek wissen wollen, bevor er in einer Pressekonferenz im Januar 2020 in Berlin seine politischen Forderungen zur Krankenhausreform vorstellte.

Für die Umfrage hat das Meinungsforschungsinstitut Forsa 1.001 gesetzlich Krankenversicherte im November und Dezember 2019 nach ihren Erwartungen und Eindrücken rund um die Versorgung im Krankenhaus befragt. Die Ergebnisse der Umfrage stützen in vielerlei Hinsicht die Reformvorschläge des vdek. So forderte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner die Politik auf der Pressekonferenz auf, 2020 rasch strukturelle Reformen im Krankenhausbereich auf den Weg zu bringen: „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Spezialisierung der Medizin brauchen wir dringend einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess. Dieser muss in den Ballungsgebieten zu größeren aber weniger Standorten führen. In ländlichen Regionen müssen kleinere Krankenhäuser zur

Vertreter des vdek auf dem Podium der Pressekonferenz (v. l.): Dr. Jörg Meyers-Middendorf, Vertreter des Vorstands, Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender, Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende, Michaela Gottfried, Pressesprecherin.



ambulant-stationären Basisversorgung umgewidmet werden.“ Denn es sei in Anbetracht knapper Personalressourcen und knapper finanzieller Mittel nicht sinnvoll, an jedem der rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland hochspezialisierte Krankenhausstrukturen vorzuhalten. Diese seien dann entweder nicht ausgelastet oder die Versorgung werde gefährdet durch unnötige Operationen, nicht ausreichende Qualität oder Fehlversorgung.

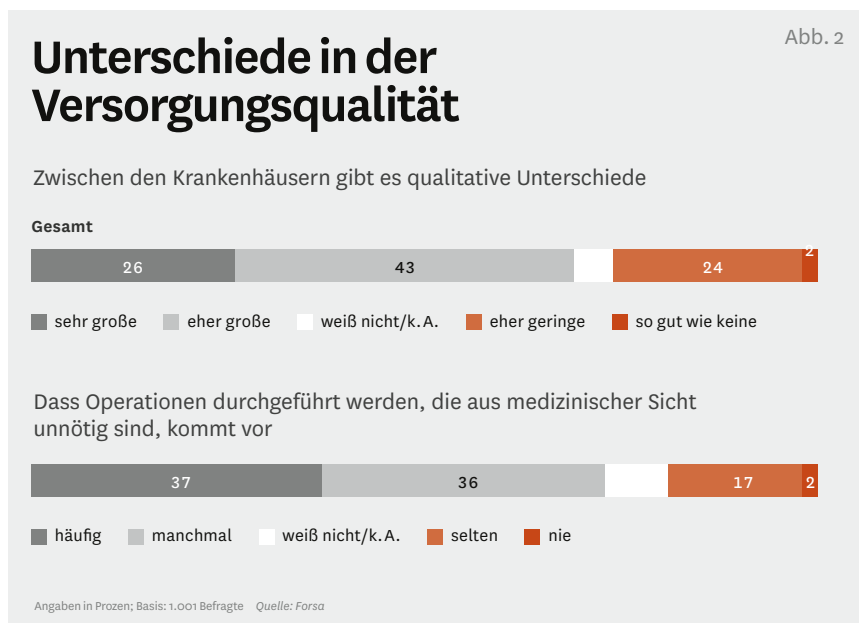
Die Forsa-Ergebnisse im Einzelnen

Die Umfrage zeigt, dass die Menschen die Qualität der Krankenhäuser im Allgemeinen überwiegend positiv einschätzen. 61 Prozent der Befragten sagen, die Versorgung sei qualitativ sehr gut oder eher gut, 30 Prozent sprechen von mittelmäßig und sechs Prozent von eher schlecht bzw. sehr schlecht. Ein Großteil der Befragten, die in den letzten zehn Jahren selbst im Krankenhaus behandelt wurden, bewertete diesen Aufenthalt positiv: 56 Prozent waren sehr zufrieden, 38 Prozent eher zufrieden. Fünf Prozent waren eher unzufrieden und nur ein Prozent sehr unzufrieden (Abb. 1).

Dass die Mehrheit der Krankenhausversorgung eine hohe Qualität bescheinigt, ist zunächst eine gute Nachricht und kann als Wertschätzung für die Ärzte, Pflegekräfte und für unser Gesundheitssystem verstanden werden.

Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern

Doch trotz dieser allgemeinen positiven Bewertung nehmen die Patienten wahr, dass es Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt. Die qualitativen Unterschiede schätzen 26 Prozent als sehr groß, 43 Prozent als eher groß, 24 Prozent als eher gering und zwei Prozent als so gut wie keine. Auch stimmen die Befragten der Aussage zu, dass es vorkommt, dass aus medizinischer Sicht unnötige Operationen durchgeführt werden. So sagen hier 37 Prozent, dass so etwas häufig vorkommt, 36 Prozent, dass es manchmal vorkommt und 19 Prozent sagen selten oder nie (Abb. 2).





Die Fehlversorgung wird also in der Bevölkerung als Problem wahrgenommen.

Niedergelassene Ärzte als Informationsquelle

Bei der Wahl eines Krankenhauses wird deutlich, dass ein Großteil der Versicherten vor allem auf niedergelassene Ärzte als Informationsquelle setzt. 93 Prozent gaben an, dass sie sich bei einer anstehenden Operation bei Haus- und Fachärzten informieren würden. 77 Prozent sprächen mit Angehörigen, Freunden oder Bekannten und 51 Prozent der Befragten würden sich Informationen bei den Krankenkassen, zum Beispiel auf deren Internetseiten, beschaffen. Das macht deutlich, dass den niedergelassenen Ärzten eine besonders wichtige Rolle bei der Steuerung der Patienten und der Meinungsbildung über das geeignete Krankenhaus zukommt (Abb. 3).

Für gute Versorgung länger fahren

Die Umfrage zeigt, dass die Versicherten bereit sind, bei planbaren Operationen längere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen, um die Behandlung in einem auf die Erkrankung spezialisierten Krankenhaus durchführen zu lassen. 88 Prozent der Befragten würden bis zu einer Stunde und mehr fahren. Dabei gibt es leichte Abweichungen bei der ländlichen und städtischen Bevölkerung und altersbedingte Unterschiede. So kommen für Jüngere längere Fahrzeiten häufiger infrage als für Ältere. Die Menschen akzeptieren es also durchaus, für eine qualitativ bessere Versorgung weiter zu fahren (Abb. 4).

Ärztliche Zweitmeinung wichtig

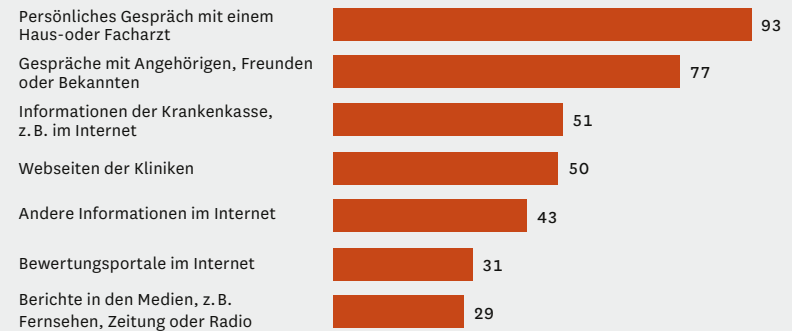
Die ärztliche Zweitmeinung ist für die überwiegende Mehrheit der Patienten eine wertvolle Hilfe bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Operation. Von 382 Befragten, bei denen in den letzten zehn Jahren eine planbare Operation durchgeführt wurde, sagten 26 Prozent, dass sie eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt haben. Davon gaben 81 Prozent an, dass dies hilfreich für ihre Entscheidungsfindung war (Abb. 5).

Das Ergebnis bestätigt den vdek in seinem Bestreben, das Zweitmeinungsverfahren

Informationsquellen für die Krankenhauswahl

Abb. 3

Wenn man selbst oder ein Angehöriger wegen einer geplanten OP ins Krankenhaus müsste, würde man folgende Informationsquellen nutzen

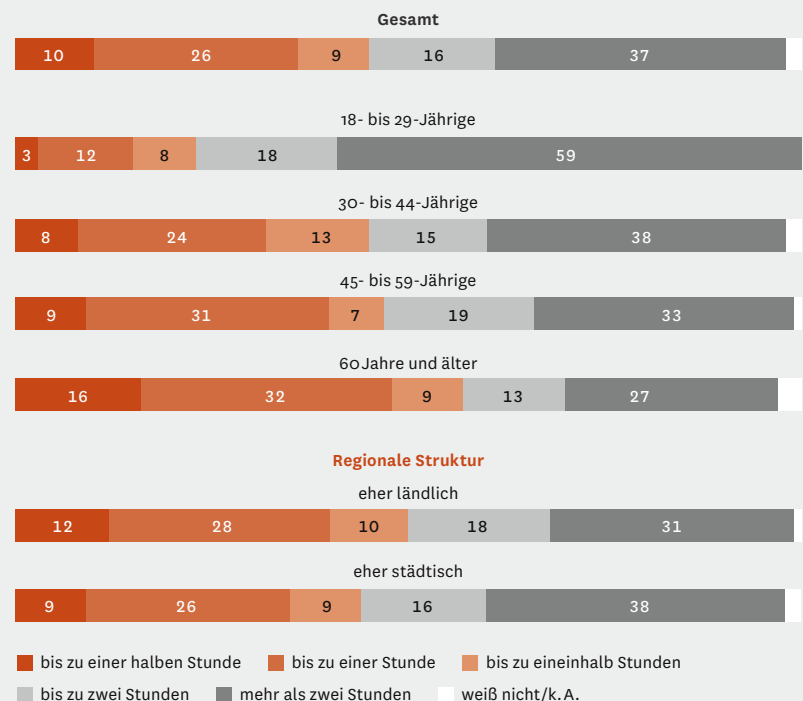


Angaben in Prozent; Basis: 1.001 Befragte Quelle: Forsa

Akzeptierte Fahrzeit zu spezialisiertem Krankenhaus

Abb. 4

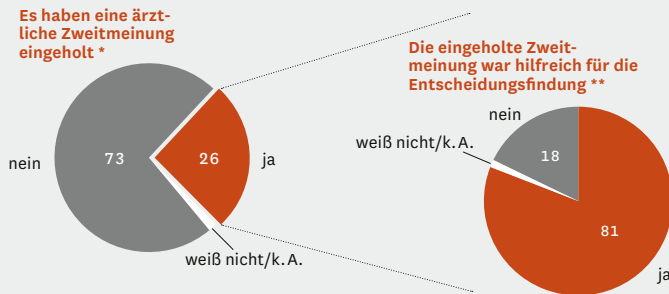
Für den Aufenthalt in einem Krankenhaus, das auf die Behandlung einer Erkrankung (z. B. schwere Hüftoperation) spezialisiert ist, würde folgende Fahrzeit in Kauf genommen



Angaben in Prozent; Basis: 1.001 Befragte Quelle: Forsa

Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung

Abb. 5



*Basis: 382 Befragte, deren letzter Krankenhausaufenthalt wegen einer planbaren OP maximal zehn Jahre zurückliegt

**Basis: 101 Befragte, die eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt haben

Angaben in Prozent Quelle: Forsa

weiter auszubauen. Es zeigt auch, dass es richtig ist, dass die Ersatzkassen schon jetzt Zweitmeinungsverfahren als Satzungsleistung oder in Selektivverträgen anbieten, für die derzeit kein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht.

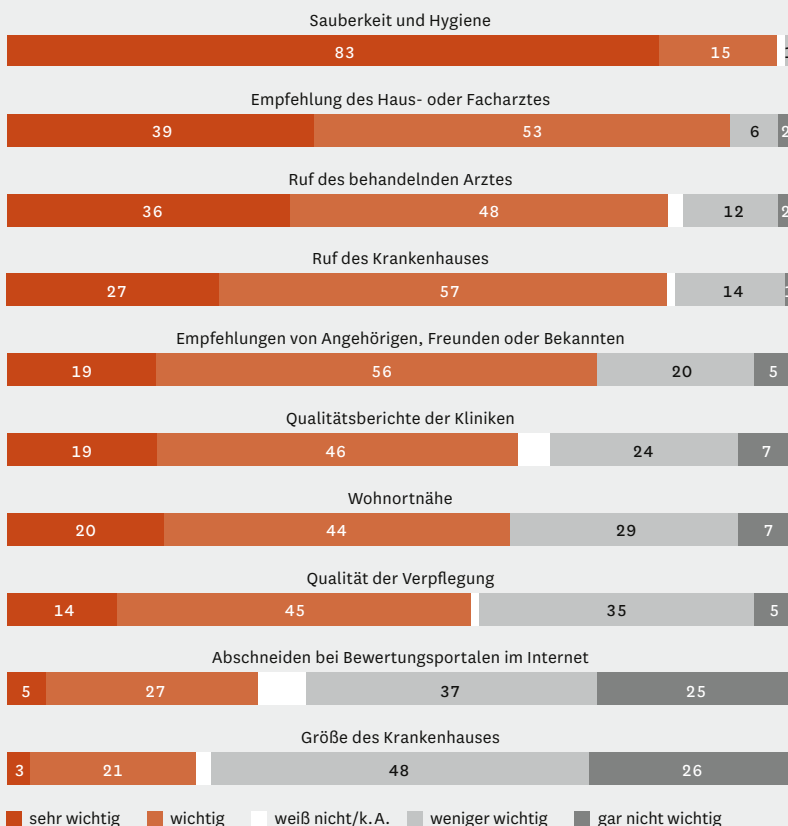
Nachholbedarf scheint es bei den Möglichkeiten für Versicherte zu geben, sich ein Bild von der Qualität der Krankenhäuser zu machen. So wird etwa die medizinische Behandlungsqualität als Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Krankenhauses wenig differenziert betrachtet.

Kriterien bei der Entscheidung für ein Krankenhaus

An erster Stelle steht bei den Menschen die Sauberkeit und Hygiene, die für 98 Prozent bei der Auswahl eines Krankenhauses wichtig oder sehr wichtig sind. Die Empfehlung des Haus- oder Facharztes als Kriterium folgt mit 92 Prozent und der Ruf des behandelnden Arztes oder Krankenhauses mit jeweils 84 Prozent. Die Größe des Krankenhauses spielt eine weniger wichtige oder gar keine Rolle (74 Prozent), ebenso wenig das Abschneiden in Bewertungsportalen (62 Prozent). Qualitätsberichte der Kliniken finden immerhin 65 Prozent sehr wichtig oder wichtig (Abb. 6).

Kriterien bei der Wahl des Krankenhauses

Abb. 6



Angaben in Prozent; Basis: 1.001 Befragte Quelle: Forsa

Die Qualitätsberichte sind für den vdek ein Ansatzpunkt, die Entscheidungsfähigkeit der Menschen zu verbessern. Sie stehen den Patienten und auch den Ärzten zwar bereits jetzt zur Verfügung, sind aber noch nicht hinreichend indikationsbezogen aufbereitet und zu wenig verständlich. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat im Januar 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erhalten, ein sogenanntes G-BA-Qualitätsportal zu entwickeln, das einrichtungsbezogene, vergleichende und indikationsbezogene Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung enthalten soll. Dies sollte nun rasch und zielgruppenbezogen umgesetzt werden.

Alles in allem scheinen die Versicherten offen für Krankenhausstrukturreformen zu sein, wenn sie zur Verbesserung der Behandlungsqualität führen. Hierbei ist es wichtig, die Menschen durch die Bereitstellung verständlicher Informationen mitzunehmen.

BERICHT DER EU-KOMMISSION

Potenziale und Mängel im Ländervergleich

Mit ihrem Bericht „State of Health in the EU“ unterstützt die EU-Kommission die Mitgliedstaaten bei der Weiterentwicklung ihrer Gesundheitssysteme. Alle zwei Jahre erstellt sie Länderprofile, die neutrale vergleichende Informationen liefern und damit zum Austausch beitragen sollen. Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich demzufolge unter anderem durch einen umfassenden Leistungskatalog und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. Es gibt aber auch Optimierungsbedarf: Die Bilanz mit Blick auf die Krankenhausstrukturen und die Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung beispielsweise fällt durchwachsen aus.

/ Text / Annette Kessen



Annette Kessen
Abteilung Kommunikation
beim vdek

Dem Bericht zufolge zeichnet Deutschland die höchste Zahl an Krankenhausbetten in Europa. Im Jahr 2017 hat Deutschland über 8,0 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner verfügt, nachdem die Zahl seit 2000 um rund elf Prozent gesunken war. Die Bettendichte ist innerhalb der EU am höchsten und weitaus höher als in Nachbarländern wie etwa Frankreich (6,0 pro 1.000). Dies lasse darauf schließen, dass Spielraum vorhanden sei, die Versorgung stärker in die ambulante Versorgung zu verlagern. Aufgrund der außergewöhnlich hohen Bettenzahl gebe es relativ wenige Ärzte und Krankenpflegekräfte pro Bett.

Dabei ist die Anzahl an Gesundheitspersonal hierzulande vergleichsweise hoch: 2017 gab es 4,3 Ärzte sowie 12,0 Krankenpflegekräfte pro 1.000 Einwohner (Vergleich EU-Durchschnitt: 3,6 Ärzte und 8,5 Krankenpflegekräfte). Insbesondere die Zahl der Ärzte in den Krankenhäusern ist seit Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in Krankenhäusern im Jahr 2004 deutlich gestiegen. Auch in der ambulanten Versorgung ist die Zahl der Ärzte gestiegen. Der Anteil der Allgemeinärzte allerdings ist seit 2000 gesunken. Aktuelle Reformbemühungen konzentrierten sich laut des Berichts auf die Einstellung von Allgemeinärzten in abgelegenen und ländlichen Gebieten, wo der Mangel an medizinischem Personal eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem darstelle.

Viele Arztbesuche

Grundsätzlich weist der Bericht auf einen regen Krankenhausbetrieb hierzulande hin, was insbesondere an der Zahl der Entlassungen pro 100.000 Einwohner erkennbar ist, die weit über dem EU-Durchschnitt liegt (257 gegenüber 172). Auch im ambulanten Bereich sei eine hohe Anzahl an Arztbesuchen zu verzeichnen, was sich zum Teil durch das Fehlen eines Gatekeeping-Systems (die gezielte Steuerung des Patienten durch einen Allgemeinarzt, der eine Lotsenfunktion übernimmt) und der fehlenden Verpflichtung zur Einschreibung bei einem Hausarzt erklären ließe. So sei es Patienten möglich, bei mehreren Hausärzten vorstellig zu werden und Fachärzte ohne Überweisung zu konsultieren. Zudem spielten Krankenpflegekräfte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe in der Primärversorgung noch immer eine untergeordnete Rolle.

Der integrierten Versorgung bescheinigt der Bericht nur geringe Fortschritte. Die Leistungserbringung sei stark fragmentiert und nur unzureichend koordiniert. Es bestünden Versorgungsbrüche zwischen allgemein- und fachärztlicher Versorgung und Informationen gingen oft verloren. Darüber hinaus führten unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsvorschriften zu einer starken Trennung zwischen Krankenhäusern und ambulanter Versorgung. Die Anreize zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit seien nach wie vor schwach.

Eine gute Nachricht ist, dass die Lebenserwartung seit dem Jahr 2000 um fast drei Jahre gestiegen ist – von 78,3 auf 81,1 Jahre.

Und doch: Die Verbesserung der Lebenserwartung stieg in anderen EU-Mitgliedstaaten in diesem Zeitraum stärker. So liegt die Lebenserwartung der Deutschen knapp über dem EU-Durchschnitt von 80,9 Jahren. Wie in anderen EU-Ländern besteht in Deutschland ein erhebliches Gefälle bei der Lebenserwartung: Frauen leben erwartungsgemäß über 4,5 Jahre länger als Männer (83,4 gegenüber 78,7 Jahre), wobei dieses Geschlechtergefälle geringer ist als im EU-Durchschnitt (5,2 Jahre).

Der Anstieg der Lebenserwartung resultiert laut Bericht in erster Linie aus dem Rückgang der vorzeitigen Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere durch ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle. Der Rückgang der Sterblichkeit ist vor allem auf die Verringerung der größten Risikofaktoren, zum Beispiel des Rauchens, und die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung zurückzuführen, wie etwa durch die Einführung von spezialisierten Schlaganfallstationen in Krankenhäusern. Trotz sinkender Sterblichkeitsraten machen Herz-Kreislauf-Erkrankungen jedoch noch immer 37 Prozent aller Todesfälle in Deutschland aus. Die ischämische Herzerkrankung ist nach wie vor die mit Abstand häufigste Todesursache, die für mehr als zehn Prozent der Todesfälle verantwortlich ist. Lungenkrebs ist mit 20 Prozent aller Krebstodesfälle die häufigste Todesursache durch Krebs.

Hohes Niveau, hohe Kosten

Der Bericht der EU-Kommission zeigt aber auch: Deutschland bietet einen umfassenden Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Entsprechend hoch sind allerdings die Kosten: 2017 gab Deutschland mit 4.300 Euro pro Person für Gesundheit rund 1.400 Euro mehr aus als der EU-Durchschnitt und ist damit Spitzenreiter unter den Mitgliedstaaten. ■

www.europa.eu unter Deutsch/EU nach Thema/
Gesundheit

KOMMENTAR

Krankenhausplanung: Hohles Hoheitsrecht

Wer ein Gestaltungsrecht ausüben will, der muss nicht nur formal die Kompetenz dazu haben, sondern auch die Mittel. Am Beispiel der Krankenhausplanung lässt sich zeigen, dass das von den Bundesländern beanspruchte Hoheitsrecht, die Daseinsvorsorge mit Krankenhausleistungen in Menge, Qualität und Struktur zu bestimmen, mehr und mehr ins Leere läuft. Der Grund: Planvorstellungen der Länder sind nur unzureichend mit Investitionsmitteln unterfüttert.

Fakt ist: Vor 20 Jahren belief sich die Investitionsquote – Anteil der Landeszuschüsse an den Gesamtklinikkosten – noch auf 6,3 Prozent, 2017 waren es nur noch drei Prozent. Die Folge ist ein mehr oder weniger ungeordneter Abbau von Klinikkapazitäten – ein Prozess, der nicht von den Ländern gestaltet wird, sondern von den Entscheidungen der jeweiligen Klinikträger in Abhängigkeit von ihrer Finanzkraft bestimmt wird. Solche trägerspezifischen eher betriebswirtschaftlichen Entscheidungen müssen nicht mit den Versorgungserfordernissen in der Region übereinstimmen.

Das Handlungsvakuum, das die Länder hinterlassen haben, wird allerdings auch als Chance gesehen. Denn sukzessive ist der Bundesgesetzgeber durch indirekt wirkende Regulative in die Gestaltung der Krankenhausstrukturen eingedrungen. So wurden die Befugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – und indirekt die der Krankenkassen – ausgeweitet, strukturpolitische Vorgaben zu machen.

Eine Methode dafür ist die Festlegung von Mindestmengen, um Kliniken über einen indirekten Qualitätsparameter zu einer Bereinigung ihres Leistungssortiments zu zwingen. Das ist ein Kampf, der nicht selten mit dem Machtwort des unparteiischen G-BA-Vorsitzenden entschieden wird.

Der nächste Schritt sind die differenzierten Anforderungen an die gestufte Notfallversorgung, die nur 69 Prozent aller 1.748 Standorte erfüllen. Mit diesem Instrument in Kombination mit der in diesem Jahr anstehenden Reform der Notfallversorgung könnte die Spreu vom Weizen getrennt werden, ganz ohne Krankenhausplanung der Länder. ■



Foto: Michaela Illian/
Springer Medizin

Helmut Laschet
Hauptstadt-Korrespondent
der Ärzte Zeitung und freier
Journalist in Berlin



PERSONALISIERTE MEDIZIN

Neuer Therapieansatz bei Lungenkarzinom

Mit neuen, personalisierten Therapieansätzen kann das Überleben von Lungenkrebspatienten verbessert werden. Um jedem Betroffenen eine passgenaue Therapie anbieten zu können, wurde das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs gegründet. Ziel ist es, den schwer kranken Menschen Zugang zu modernster molekularer Diagnostik und neuesten Therapien flächendeckend und sektorenübergreifend zu ermöglichen.

/ Text / Jürgen Wolf und Anna Kron

Die jährliche Neuerkrankungsrate bei Lungenkrebs, der häufigsten Krebstodesursache in Deutschland, liegt bei rund 55.000 Fällen. Der Hauptrisikofaktor ist nach wie vor das aktive Rauchen, weshalb auch die Zahl der betroffenen Frauen über die Jahre zunimmt. Bislang gibt es keine etablierten Programme zur

Früherkennung (sekundäre Prävention) von Lungenkrebs in Deutschland. Eine Hauptursache für die hohe Sterblichkeit besteht darin, dass der Lungenkrebs bei über zwei Drittel der Patienten erst in einem fortgeschrittenen und nicht mehr kurativ operablen Stadium diagnostiziert wird. Für diese Patienten war die Chemotherapie über Jahrzehnte die einzige medikamentöse Therapie, mit wenig Effektivität und hoher Toxizität. Nur rund ein Viertel der Patienten sprachen darauf an, das mediane Überleben betrug gerade einmal ein Jahr.

Lungenkrebs gliedert sich in viele Untergruppen

Ein großer Fortschritt wurde in den letzten Jahren durch das zunehmende molekulare Verständnis der Erkrankung erzielt. Auf diese Weise lernte man, dass Lungenkrebs keine einheitliche Erkrankung ist, sondern aus vielen Untergruppen besteht, die durch spezifische Mutationen, also Veränderungen in den Zellen, charakterisiert sind. Man nennt sie auch Treibermutationen, weil sie für das bösartige Wachstum der Lungentumore verantwortlich sind. Diese Treibermutationen können nun zunehmend gezielt mit neuen, sogenannten zielgerichteten Medikamenten blockiert werden. Für fünf Treibermutationen (ca. 15 Prozent der Patienten) gibt es aktuell schon zugelassene Medikamente. Das mediane Überleben liegt hier schon bei über fünf Jahren.

Für weitere Treibermutationen (ca. 30 bis 35 Prozent der Patienten) werden solche Medikamente in klinischen Studien erprobt und in naher Zukunft zugelassen. Damit können schon jetzt ca. 50 Prozent der Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs von der personalisierten Therapie profitieren. Voraussetzung ist allerdings, dass sie auf alle bekannten Treibermutationen auch getestet werden. Hierzu ist eine umfassende molekularpathologische Diagnostik, das heißt eine gleichzeitige Testung aller bekannten und therapierelevanten Mutationen notwendig. Dafür bedarf es neuester Methoden der Genanalyse, wie zum Beispiel die Next Generation Sequenzierung Technologien (NGS). Leider zeigen aktuelle Daten, dass über ein Drittel der Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs unzureichend

molekularpathologisch diagnostiziert sind. Diese Patienten haben somit keine Chance, die lebensverlängernden Therapien zu erhalten.

Passgenaue Therapie für jeden Patienten

Um jedem betroffenen Lungenkrebspatienten eine passgenaue Therapie anbieten zu können, wurde im April 2018 das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs als Weiterentwicklung des seit 2010 durch die Uniklinik Köln etablierten Netzwerk Genomische Medizin (NGM) Lungenkrebs mit rund 300 Netzwerkpartnern gegründet und von der Deutschen Krebshilfe (DKH) gefördert. Das nNGM stellt einen Zusammenschluss von allen zum Zeitpunkt der Antragstellung an die DKH bestehenden onkologischen Spitzenzentren zur Präzisionsmedizin bei Lungenkrebs dar. Es können sich weitere Zentren mit vergleichbarer Qualifikation bewerben. Aktuell zählt das nNGM 17 sogenannte Netzwerkzentren an 19 Standorten in Deutschland. Das einheitliche Angebot an allen Netzwerkzentren besteht aus einer zentralen NGS-Diagnostik, Beratung über die optimale Therapie für Patienten und Ärzte, einem harmonisierten Portfolio an klinischen Studien und einer zentralen klinischen Datenbank. Das nNGM wirkt den schlechten Testraten auf Treibermutationen in Deutschland entgegen und soll hierdurch die Patientenversorgung beim Lungenkrebs in enger Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkzentren und den vielen regionalen Netzwerkpartnern (Praxen und Krankenhäusern) langfristig verbessern.

Enge Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

Die meisten Lungenkrebspatienten können nach der zentral erfolgten NGS-Diagnostik und Beratung heimatnah durch die Netzwerkpartner behandelt werden. Die molekularen pathologischen Befunde werden gemeinsam mit den Netzwerkpartnern – auch im Rahmen von Tumorboards – diskutiert, um eine individuell-optimale Therapieentscheidung für jeden Patienten am Anfang der Erkrankung und in jedem Erkrankungsrückfall treffen zu können. Im nNGM wurden Arbeitsgruppen einberufen, die neben den Harmonisierungsaufgaben

bezüglich der Testung, Befundung und Beratung sowie der Datenbankentwicklung auch die enge Zusammenarbeit mit den Kostenträgern vorantreiben. Ausgehend von den zwischen der Uniklinik Köln und einigen, auch bundesweit agierenden Krankenkassen seit 2014 geschlossenen Verträgen für die integrierte Versorgung gemäß § 140a SGB V wurden 2019 neue Verträge für die besondere Versorgung nach § 140a SGB V im nNGM geschlossen.

Alle Ersatzkassen sind Vertragspartner

Seit dem 1. Oktober 2019 sind alle Ersatzkassen Vertragspartner in diesem innovativen Versorgungsmodell. Die besondere Versorgung sichert nun bereits für rund 70 Prozent aller betroffenen Lungenkrebspatienten in Deutschland überregional und sektorenübergreifend (ambulant/stationär) die Finanzierung der umfassenden NGS-Diagnostik und der Beratung in den Netzwerkzentren. Hiermit tragen die Krankenkassen entscheidend zum Erfolg dieses bundesweit einmaligen Modells zur Implementierung personalisierter Krebsmedizin in der Breite der Versorgung und konkret zum besseren Überleben von Patienten mit Lungenkrebs bei. ■

www.nngm.de



Prof. Dr. Jürgen Wolf
Ärztlicher Leiter des
Centrums für Integrierte
Onkologie Köln
Sprecher nNGM



Dipl.-Ges.-Ök. Anna Kron
Leitung nNGM
Geschäftsstelle

Netzwerkbildung zur Nutzung aller Möglichkeiten für Patienten

DEZENTRAL – heimatnah behandeln ↔ **ZENTRAL – diagnostizieren, beraten, evaluieren**

- Molekulare Diagnostik (NGS, WGS, RNA)
- Molekulares Tumorboard
- Therapieinformation & Empfehlung (Tumorboard)
- Studien & translationale Forschung
- Dokumentation (Register)



VERSORGUNGSVERTRAG

Nationales Netzwerk Genomische Medizin

Für Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs gibt es eine neue Behandlungsmethode. Dafür haben die Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag mit universitären Krebszentren geschlossen, die sich zum nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs zusammengeschlossen haben.

/ Text / Christin Liebreuz

Lungenkrebs ist noch immer die häufigste Krebstodesursache weltweit. In Deutschland erkranken jährlich etwa 56.000 Patienten an Lungenkrebs. Die meisten von ihnen können nicht mehr operiert werden, weil sich der Tumor schon zu weit im Körper ausgebreitet hat. Für diese Patienten war über Jahre die Chemotherapie die einzige Therapiemöglichkeit, leider mit nicht allzu guter Wirksamkeit und nicht unerheblichen Nebenwirkungen. Durch Erkenntnisse der Genforschung gibt es für Patienten mit einem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom nun einen neuartigen Therapieansatz. Er ist darauf ausgerichtet, ausschließlich oder bevorzugt Krebszellen anzugreifen. Dazu ist es jedoch wichtig, die Eigenschaften und Veränderungen eines Tumors zu kennen. Die Feststellung solcher Veränderungen erfolgt auf Grundlage molekulargenetischer Befunde.

Hohe Qualität im Netzwerk von Spitzenzentren

Die fachlichen Anforderungen an diese molekulare Diagnostik sind sehr hoch und die Therapieentscheidungen komplex. Aus diesem Grund haben die Ersatzkassen einen



Die Spezialisten der universitären Krebszentren tauschen sich im Rahmen des Netzwerks untereinander aus.



Christin Liebreuz
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Versorgungsvertrag mit universitären Krebszentren geschlossen, die sich zum nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs zusammengeschlossen haben. In den Zentren arbeiten Spezialisten verschiedener Fachrichtungen bei der Behandlung von Lungenkrebs zusammen: Lungenfachärzte, Thoraxchirurgen, Strahlentherapeuten, Onkologen, Pathologen und Radiologen.

Ausgehend von den universitären Kliniken sollen für den angestrebten Know-how-Transfer regionale Netzwerke aufgebaut werden, die möglichst umfassend Kliniken und Praxen zusammenführen, in denen Lungenkrebspatienten versorgt werden. Die Tumorproben der Patienten werden mittels hochmoderner molekularer Diagnostik von den Experten der onkologischen Netzwerkzentren untersucht. Die Spezialisten beraten dann auf Grundlage der molekularpathologischen Befunde die kooperierenden Kliniken und Praxen.

Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom profitieren gleich mehrfach von dem Versorgungsangebot:

- Die Patienten erhalten eine innovative molekulare Diagnostik von einem onkologischen Spitzenzentrum.
- Die Behandlung selbst erfolgt im gewohnten Umfeld des Patienten.
- Die Patienten bekommen eine personalisierte, das heißt auf sie persönlich zugeschnittene Therapieempfehlung. Unnötige und belastende Therapien können vermieden werden.
- Die Patienten können eine zweite Meinung einholen, die ihnen mehr Sicherheit für den weiteren Therapieverlauf gibt.

Durchschnittlich überleben Menschen mit der Diagnose Lungenkrebs nur ein Jahr, nachdem die Erkrankung festgestellt wurde. Die molekulare Diagnostik bietet Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom die Chance auf höhere Überlebenszeiten und eine Verbesserung der Lebensqualität durch zielgerichtete Therapien. ■

BIBLIOTHEK

HANDBUCH

Rechtliche Bedingungen ärztlicher Berufsausübung

Das Handbuch erschließt in einem Band das gesamte Arztrecht, unter anderem die Grundlagen und Grundbegriffe, Berufs- und Standesrecht, Kassenarzt- und Vertragsarztrecht, Arzthaftungsrecht und -prozess, Pflichten des Arztes, speziell Dokumentations-, Aufklärungs- und Schweigepflicht, Ärzte als Sachverständige und Gutachter, Ärzte und Strafrecht. Experten aus Wissenschaft und Praxis stellen die Verflechtungen zwischen den einzelnen Rechtsgebieten perfekt dar. Die Rechtsprechungsübersicht in Leitsätzen (§§166-207) steht zum Download bereit.



Begründet von Prof. Dr. Dr. h. c. Adolf Laufs (+), herausgegeben von Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern und Prof. Dr. Martin Rehborn
Handbuch des Arztrechts
5. Auflage 2019, LXXVIII, 2.273 S., € 239
Verlag C. H. Beck, München

PRAXISKOMMENTAR

Einstieg in das Pflegeberufegesetz

Mit der zweiten Auflage legt der Autor eine überarbeitete Kommentierung zum Pflegeberufegesetz (PflBG) vor. Das Werk enthält zudem die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) mit einer Erstkommentierung. Die Pflegeberufes-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) mit Erläuterungen sowie ein alle Texte umfassendes Stichwortverzeichnis komplettieren das Buch. Es bietet einen schnellen und fundierten Einstieg in das PflBG, die PflAPrV, die PflAFinV und die damit zusammenhängenden Rechtsfragen.



Prof. Dr. jur. Gerhard Igl
Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) - Praxiskommentar
2. Auflage 2019, XVIII, 738 S., € 74,99
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

SZENARIEN

Veränderungen in Medizin und Gesundheit

Beschrieben werden Entwicklungen und Technologien, die die Medizin und das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert prägen werden. Das Buch informiert über die Innovationen in der Forschung, die durch Big Data, Künstliche Intelligenz und Robotik möglich werden. Die Autoren beschreiben Entwicklungen, die jetzt bereits greifbar sind. Um die Medizin und das Gesundheitswesen in Deutschland langfristig zukunftsfest zu machen, bedarf es Offenheit gegenüber Veränderungen sowie einen regulatorischen Rahmen, der ermöglicht, dass die medizinischen und digitalen Innovationen beim Patienten ankommen.



Prof. Dr. med. Erwin Böttinger und Dr. med. Jasper zu Putlitz (Hg.)
Die Zukunft der Medizin - Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit
2019, XIV, 414 S., € 49,95
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Begleiter für sozialpolitisch Tätige

Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB XII geben die Autoren wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung. Der Kommentar enthält eine umfangreiche Einführung zu den Strukturprinzipien, wichtige Materialien der Gesetzgebungsverfahren und viele Informationen zu aktuellen, sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.)
SGB XII - Sozialhilfe
2. Lfg., 05/2019, € 58,80; 3. Lfg., 07/2019, € 59; 4. Lfg., 08/2019, € 61,60. Gesamtwerk 3.692 S. in zwei Ordnern, € 111
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Kommentar zum Rentenrecht

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

Dr. Wolfgang Fichte (Hg.)
SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung
2. Lfg., 05/2019, € 60,60; 3. Lfg., 09/2019, € 58,80. Gesamtwerk 8.220 S. in fünf Ordnern, € 182
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Kommentar enthält alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen und zeigt die Zusammenhänge des SGB II zum übrigen Sozialrecht auf, gibt viele lösungsorientierte Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und behandelt jede nur denkbare Fallkonstellation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)
SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende
3. Lfg., 05/2019, € 60,80; 4. Lfg., 07/2019, € 67,80; 5. Lfg., 08/2019, € 60,20. Gesamtwerk 5.524 S. in vier Ordnern, € 136
Erich Schmidt Verlag, Berlin



VERORDNUNGSHILFE

Ärztliche Cannabis-medikation

Cannabis in der Therapie folgt dem Leitspruch: Start low, go slow! So erreicht man die optimale Dosis und Wirkung bei minimalen Nebenwirkungen. Die Autoren haben alles Wichtige zusammengestellt: Indikationen und Applikationswege, Wirkung, Wechsel- und Nebenwirkungen, Verschreibung und Begleiterhebung sowie praktische Hinweise. Die 3. Auflage enthält ganz neu das Kapitel „Der erste Patient“ mit vielen Tipps für Einsteiger in Therapie und Verordnung. Sie beschreibt das erweiterte Spektrum cannabisbasierter Medikamente und die aktuelle Rechtslage.



Dr. med. Franjo Grotenhermen und Dr. Klaus Häußermann
Cannabis - Verordnungshilfe für Ärzte

3. Auflage 2019, X, 61 S., € 19,80
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

BASISKOMMENTAR

Urlaubsrechtliche Vorschriften

Kompakt erläutert der Basiskommentar das gesamte Urlaubsrecht. Neben der ausführlichen Kommentierung zum Bundesurlaubsgesetz enthält er weitere wesentliche Vorschriften: vom tariflichen Urlaubsrecht über die gesetzlichen Zusatzurlaube und Regelungen zur Elternzeit bis zu den landesrechtlichen Bildungs- und Weiterbildungsurlauben. Er behandelt Grundlagen wie Länge und zeitliche Lage des Urlaubs, Urlaubsgeld oder Erkrankung während des Urlaubs. Außerdem erläutert er die grundlegenden Neuerungen, basierend auf der Rechtsprechung von Bundesarbeitsgericht und Europäischem Gerichtshof.



Joachim Heilmann
Urlaubsrecht

6. Auflage 2019, 403 S., € 34,90
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

RATGEBER

Wahrnehmung der Datenschutzrechte

Die Autoren informieren leicht verständlich darüber, was von den Aufsichtsbehörden für den Datenschutz erwartet werden kann und welche Rechte bestehen. Vor allem erläutern sie auch die allgemeinen rechtlichen Hintergründe, damit Betroffene Antworten finden auf Fragen wie: Welche Daten unterliegen dem Datenschutz? Welche inhaltlichen Vorgaben gelten für den Umgang mit personenbezogenen Daten? Welche Informationspflichten sind gegenüber Verbrauchern und Vereinsmitgliedern unaufgefordert zu erfüllen? Wie kann man Beschwerde einlegen? Wann ist eine Geldbuße gegen Verantwortliche möglich?



Thomas Kranig und Dr. Eugen Ehmann

Mein Recht auf Datenschutz nach der Datenschutz-Grundverordnung

2019, 56 S., € 5,90
Verlag C. H. Beck, München

Ergänzende Gesetze von A-Z

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

GAZ - SV

89. Lfg., 09/2019. Gesamtwerk in einem Ordner, € 149
CW Haarfeld GmbH, Hürth

Materialsammlung zur Krankenversicherung

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

SGB - KV

66. Lfg., 10/2019, € 137,90. Gesamtwerk in zwei Ordnern, € 149
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Regelungen des SGB V

Das Handbuch kommentiert ausführlich und praxisnah die Vorschriften des SGB V und bietet Auskunft zu allen Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es liefert Informationen für Gerichte, Rechtsanwälte, Mitarbeiter in den Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Sozialverwaltung sowie für alle im Sozialrecht tätigen Berater.

Dr. Ruth Düring, Hermann Frehse und Prof. Dr. Ernst Hauck (Hg.)

Handbuch der Krankenversicherung - Teil II - Sozialgesetzbuch V

91. Lfg., 08/2019, € 178. Gesamtwerk 6.388 S. in vier Ordnern, € 309
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

ERNÄHRUNG

Essen und Fasten

Der Autor möchte das Bewusstsein schärfen für eine kluge und gesunde Ernährung und bringt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Heilfasten, Intervallfasten und Ernährung mit der Tradition und medizinischen Erfahrung in Einklang. Er beschreibt die wichtigsten Nahrungsmittel und ihre Nährstoffe, die gesündesten Ernährungsformen und welche Art von Fasten in welcher Form zu wem am besten passt. Er zeigt, dass eine gezielte Ernährung und Fasten hochwirksam in der Vorbeugung und Behandlung zahlreicher Erkrankungen und der Schlüssel für die Förderung der Selbstheilung sind.



Prof. Dr. Andreas Michalsen
**Mit Ernährung heilen:
Besser essen – Einfach fasten –
Länger leben**
2019, 368 S., € 24,95
Insel Verlag, Berlin

RATGEBER

Kinderrechte und Behinderung

Kindern mit Behinderungen weist unsere Gesellschaft häufig Orte zu, die sie sich nicht ausgesucht haben und die sie von Gleichaltrigen absondern. Das verstößt gegen ihre Rechte als behinderter Mensch, vor allem aber gegen ihre Rechte als Kind. In Beiträgen und Interviews beleuchtet dieses Praxis- und Lesebuch allgemeinverständlich die Debatte zur Umsetzung von Menschenrechten für Kinder mit Behinderungen. Dem stellt es die Erfahrungen der Betroffenen gegenüber und diskutiert neue gemeinsame Ansätze, die eine positive Veränderung bewirken können.



Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeinsam leben – gemeinsam
lernen e. V. (Hg.)
**Ungehindert Kind – Kinder-
rechte und Behinderung.
Ein Lese- und Praxisbuch
für Eltern**
2012, 222 S., € 19,90
Mabuse-Verlag, Frankfurt am
Main

LEITFADEN

Umgang mit Diabetes

Der Leitfaden bietet wichtiges Basiswissen für alle Diabetiker, Angehörige, Diabetesberater, Pflegekräfte, Ärzte und Diät- und Diabetesassistenten. Ein durchdachtes didaktisches Konzept, verständliche Texte und aktuelle Informationen zu Hintergründen und allen modernen Therapieformen helfen Diabetikern im Umgang mit ihrer Erkrankung. Themen sind unter anderem Ursachen, Diagnostik, Selbstkontrolle und Behandlung mit und ohne Insulin, mögliche Komplikationen und Begleiterkrankungen sowie Konsequenzen in Hinblick auf Ernährung, Sport, Reisen, Urlaub, Arbeit und soziale Aspekte.



Gerhard W. Schmeisl
Schulungsbuch Diabetes
9. Auflage 2019, XVI, 294 S., € 37
Elsevier GmbH, Urban & Fischer
Verlag, München

Recht der Krankenversicherung

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

Olaf Rademacker (Hg.)
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
6. Lfg., 05/2019, € 62,40; 7. Lfg., 06/2019, € 98; 8. Lfg.,
07/2019. Gesamtwerk 13.182 S. in sieben Ordnern, € 208
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 und Leistungsrecht bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, Prävention und Arbeitssicherheit. Nützlich sind die vielen Auslegungs- und Argumentationshilfen sowie das ausführliche Stichwortverzeichnis.

Prof. Dr. jur. Gerhard Mehrtens
Gesetzliche Unfallversicherung
3. Lfg., 05/2019, € 56; 4. Lfg., 09/2019, € 53,60; 5. Lfg.,
12/2019, € 56,20. Gesamtwerk 2.090 S. in einem Ordner,
€ 118
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Buchführung in der Sozialversicherung

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

Bernhard Knoblich, Gregor Pier
Kontenrahmen
1. Lfg., 06/2019, € 48,60; 2. Lfg., 07/2019, € 49,20.
Gesamtwerk 1.518 S. in einem Ordner, € 102
Erich Schmidt Verlag, Berlin



JAHRESVERZEICHNIS

Magazin feiert 100. Jahrgang



Die Zeitschrift des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) erscheint in diesem Jahr im 100. Jahrgang. Sie ist erstmals 1916 unter dem Namen „Die Ersatzkasse“ veröffentlicht worden, seit 2010 kommt sie als *ersatzkasse magazin* heraus. Das Jahresinhalts- und Verfasserverzeichnis für den 99. Jahrgang kann kostenlos als PDF-Datei heruntergeladen werden. Es beinhaltet die Gesamtübersicht der Themen und Autoren der sechs Ausgaben des Jahres 2019.

www.vdek.com unter Magazin/Jahresverzeichnisse

GKV-BÜNDNIS FÜR GESUNDHEIT

Programm zur Alkoholprävention

Das GKV-Bündnis für Gesundheit verstärkt ab 2020 seine Unterstützung für „HaLT – Hart am Limit“ – ein Programm zur kommunalen Alkoholprävention. Hierfür stellt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bis Ende 2022 ein jährliches Fördervolumen von mehr als fünf Millionen Euro bereit. Bisher bezuschussen die gesetzlichen Krankenkassen bei Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus kommen, eine Reflexion am Krankenbett. Dieses Angebot im Rahmen des Programms HaLT soll dazu beitragen, dass sich das Erlebte nicht wiederholt. Ab 2020 weiten die Krankenkassen im GKV-Bündnis für Gesundheit ihre Förderung auf alkoholpräventive Maßnahmen in den Kommunen aus. Gefördert werden zum Beispiel die Qualifizierung von HaLT-Fachkräften sowie die Koordination und Vernetzung der Akteure. *pm*

www.gkv-buendnis.de

VDEK-ZUKUNFTSPREIS 2020

Ideen für die Gesundheitsversorgung von morgen gesucht

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) lässt bei seinem diesjährigen Zukunftspreis der Fantasie der Bewerber freien Lauf. Unter dem Motto „Zukunftswerkstatt Gesundheitswesen“ sind gute Ideen, Denkanstöße, Projekte und Konzepte für eine zukunftsfähige und praxisnahe Gesundheitsversorgung gesucht. Das kann ein bestehendes Best Practice-Projekt aus dem Bereich Prävention sein, eine innovative Idee für die Digitalisierung in der ambulanten Pflege oder eine wissenschaftliche Untersuchung zur Reform von Gesundheitsberufen. Willkommen sind alle Ansätze, die die Versorgung verbessern, insbesondere mit dem Blick auf eine älter werdende Gesellschaft.



Für die besten Einreichungen ist ein Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro ausgelobt.

Über die Preisvergabe entscheidet eine prominent besetzte Jury, bestehend aus:

- Uwe Klemens (Juryvorsitz), ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek/Mitglied der Sozialen Selbstverwaltung beim vdek
- Prof. Dr. Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock
- Anke Fritz, Klinikdirektorin Celenus Klinik Carolabad, Versichertenvertreterin in der Sozialen Selbstverwaltung bei der KKH

- Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
- Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- Christian Zahn, Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Der vdek-Zukunftspreis ist eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Er wurde erstmals 2010 ausgelobt. Mit dem Preis möchten die bei den Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter Projekte und Ideen unterstützen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen, insbesondere vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen.

Interessenten können ihre Bewerbungen bis zum 19. April 2020 senden an:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Abteilung Ambulante Versorgung
Stichwort „vdek-Zukunftspreis 2020“
Askaniischer Platz 1
10963 Berlin

oder in Dateiform an
zukunftspreis@vdek.com.

Weitere Informationen, Teilnahmebedingungen und das Anmeldeformular zum vdek-Zukunftspreis 2020 gibt es hier:

www.vdek.com unter Verband/vdek-Zukunftspreis/2020: Zukunft der Versorgung



STECKBRIEF

Petra Köpping (SPD)

Alter 61

Wohnort Grimma

Tätigkeit Sächsische Staatsministerin für Soziales und

Gesellschaftlichen Zusammenhalt

Ausbildung Diplom-Staatsrechtswissenschaftlerin

Hobbys Lesen, wandern und Familie

Liebblingsgericht Wildgerichte und Salate

Gesundheit bedeutet für Sie ...

Wenn man im Leben einen Wunsch äußern könnte, dann wäre es meist der nach Gesundheit. Diese gibt einem Kraft und die Energie für die täglichen Aufgaben.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Meine Familie, die Enkel und unser Bauernhof tragen zu meinem Wohlbefinden bei.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Stress, aber er kann sich auch positiv auswirken.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Vieles hat man selbst in der Hand, für den Rest bin ich Optimistin.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten in der Welt. Wenn es uns jetzt gelingt, dass alle in ein System einzahlen und es keine Versorgung nach Klassen geben würde, dann wäre das System fast perfekt.

Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... das Ende der Zweiklassenversorgung.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Auf Antidemokraten und rassistische Erscheinungen, die unseren Zusammenhalt gefährden.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Regine Hildebrandt.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Finde an jedem Tag etwas Schönes und tue Gutes.



Selten, aber signifikant

Zwanzig Zwanzig ist ein Katastrophenjahr, zumindest dem Aberglauben zufolge. Denn bei 2020 handelt sich um ein Schaltjahr, der 29. Februar, diesmal ein Samstag, ist geschenkt. Er stellt sicher, dass der gregorianische Kalender auf Dauer mit der astronomischen Realität übereinstimmt. Dass also die Zeit, in der sich die Erde einmal um die Sonne bewegt, möglichst genau im Kalender widerspiegelt wird. Möglichst genau ist nicht perfekt: Die Fehlerquote beträgt einen Tag in 3.236 Jahren.

Fast jedes vierte Jahr ist ein Schaltjahr. Wer am 29. Februar geboren wird, gilt als Exotin und Exot. In Deutschland leben nur etwa 55.000 Schaltjahrkinder, das entspricht bei einer Einwohnerzahl von über 81 Millionen Menschen gerade einmal 0,07 Prozent der Gesamtbevölkerung. Einige von ihnen feiern auch nur alle vier Jahre und freuen sich im Alter von 72 Jahren über ihre Volljährigkeit. Andere können sich nicht entscheiden, ob sie ihren Ehrentag am 28. Februar oder am 1. März begehen sollen und laden zu einer 48-Stunden-Party. Leicht hat es keiner von ihnen, denn der Aberglaube sagt, Schaltjahrkinder werden von den Geistern heimgesucht.

Dem Hörensagen nach sollte man auch grundsätzlich im Schaltjahr besser keine Häuser bauen, bloß nicht heiraten und sich genauso wenig scheiden lassen, denn das macht nur noch unglücklicher. Der Aberglaube besagt allerdings auch, dass es im Schaltjahr so richtig kalt wird. Eine Bauernregel, die früher den Landwirten große Sorge bereitete. Heute, im Zeitalter der Erderwärmung und angesichts der Temperaturen, die uns der Winter bislang beschert hat, wären ein paar Grad Minus mehr gut, und nicht nur alle vier Jahre.

Der 29. Februar ist aber auch ein besonderer Tag für eine andere Gruppe von Personen, nämlich für Menschen mit seltenen Erkrankungen. 2008 riefen Patientenorganisationen den Internationalen Tag der Seltenen Erkrankungen ins Leben und wählten den seltensten Tag des Kalenders. Rund 6.000 Krankheiten sind als selten definiert, in Deutschland sind mehr als vier Millionen Menschen von einer seltenen Erkrankung betroffen. Denken Sie daher am 29. Februar doch nicht nur über die vielen abergläubischen Geschichten nach, sondern richten Ihren Blick auch auf die Wirklichkeit, als Signal für eine bessere Versorgung, mehr Forschung und Solidarität.

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Nicole Janke, Raffaele Nostitz

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-12 05
Fax 030/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
www.vdek.com/magazin
@vdek_Presse

Layout

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

Repro und Druck

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

Erscheinungsdatum

Februar 2020 / 100. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

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

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

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

Mitgliedskassen

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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



DAK-Gesundheit

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



hkk – Handelskrankenkasse

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



BARMER

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

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



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

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel 030/26931-1206

Fax 030/26931-2900

www.vdek.com/magazin

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