

ersatzkasse magazin.

G20634



„Jetzt ist die Zeit, weltweit Solidarität zu üben“

Heike Baehrens, Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit, im Interview

Personalbemessung in der Pflege

Chance auf bundesweit einheitliches Verfahren

Zolgensma

Intensiv- und Notfallmediziner kritisieren Verlosung

Corona

Das neuartige Coronavirus beeinflusst das öffentliche Leben und das Gesundheitswesen sowohl in Deutschland als auch weltweit in einem noch vor Kurzem ungeahnten Ausmaß. Eine Reihe von Schutzmaßnahmen soll einer Überlastung durch die Corona-Krise entgegenwirken

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

noch vor einigen Wochen hätte wohl niemand vermutet, dass die Corona-Krise weltweit solche Ausmaße annehmen könnte. Auch Deutschland befindet sich im Corona-Krisen-Modus, was konkret bedeutet: Geschlossene Grenzen, Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen, Geschäften und Restaurants – in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens ist Stillstand angesagt. Und eine verbindliche Exit-Strategie war zumindest bis Redaktionsschluss noch nicht in Sicht. Man will erst abwarten, ob die Maßnahmen Wirkung zeigen. Eine neue Infektionswelle und die damit verbundenen dramatischen Auswirkungen auf besonders gefährdete Risikogruppen, auf das Gesundheitswesen und auf die Wirtschaft sollten unbedingt vermieden werden.

Das Gesundheitswesen hat sich vorbereitet auf den (zu erwartenden) Ansturm auf die Arztpraxen und Krankenhäuser. Die Politik handelte rasch und brachte Ende März ein Corona-Notpaket auf den Weg. Darin enthalten sind zum einen eine Reihe von Einzelgesetzen, um Arbeitnehmern und Selbstständigen zu helfen, Umsatz- und Einkommenseinbußen auszugleichen, etwa Sonderregelungen bei Kurzarbeit, Ausdehnung der versicherungsfreien kurzfristigen Beschäftigung und die Stundung von Beiträgen. Für das Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung ist das Krankenhausentlastungsgesetz mit zahlreichen (finanziellen) Sonderregelungen zur Entlastung der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Ärzte. *ersatzkasse magazin* gibt eine Übersicht über all die geplanten Maßnahmen rund um das Gesetz sowie über weitere pragmatische Regelungen, die die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen beschlossen hat.

Die Corona-Pandemie führt uns auch vor Augen, wie wichtig eine globale Zusammenarbeit in Krisenzeiten ist, etwa bezogen auf die Entwicklung von Impfstoffen oder die Versorgung mit Beatmungsgeräten und Schutzausrüstung. Dies erläutert Heike Baehrens (SPD), Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit, im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Im Krisenfall schaue jedes Land zunächst auf seine eigenen Interessen, und Staaten arbeiteten nicht in dem Maße zusammen, wie dies die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) vorschreiben. Einiges müsse nach der Krise noch einmal aufbereitet und nachgebessert werden.

Noch ein Blick auf die Pflege. Das Infektionsrisiko ist besonders für ältere Menschen sehr hoch. Sehr traurig stimmen da die Berichte aus einigen Pflegeheimen, wo es zu Todesfällen gekommen ist. Hier sind besondere Schutzmaßnahmen erforderlich. Es ist daher nur folgerichtig, bestimmte Regelungen, etwa zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Qualitätsprüfung, zeitweise auszusetzen. Dennoch wollen wir noch einen Blick auf die Vor-Corona-Diskussion im Pflegebereich werfen, etwa auf den Start des neuen Qualitäts- und Prüfsystems oder auf die Diskussion um ein neues Personalbemessungssystem in der Pflege. All das bleibt wichtig, ebenso wie viele weitere Themen des Gesundheitswesens, die nun aufgrund der Pandemie in den Hintergrund gedrängt wurden. Aber es kommen sicher wieder bessere Zeiten. Bis dahin: Bleiben Sie gesund!



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek

Ihre

Michaela Gottfried



Inhalt

2. Ausgabe 2020

POLITIK

Vorläufige Finanzergebnisse 2019	6
Sozialwahlen: Einführung der Onlinewahl	7
Zolgensma: Kritik an Verlosung	8
Aktuelle Gesetzesvorhaben	10
Einwurf: Das Gesundheitswesen steht zusammen.....	11

AUS DEN KASSEN

Studie: Hohe Arbeitsbelastung bei Lehrern.....	12
---	-----------

IM FOKUS QUALITÄT IN DER PFLEGE

Personalbemessung für stationäre Langzeitpflege	16
Neues Instrument ist eine große Chance	19
Erfolgreicher Start des Qualitäts- und Prüfsystems	20

TITEL CORONA

Hilfspakete zur Bewältigung der Corona-Krise	23
Ambulante Versorgung: Eine Reihe von Maßnahmen	27
Entlastungen und soziale Sicherung.....	28
Ein Schutzschirm für die Pflege	30
bpa: Unterstützung der Mitgliedseinrichtungen	32
Statements: Gemeinsam durch die Krise	33
Globale Gesundheit: Interview mit Heike Baehrens	36
Von der Epidemie zur Pandemie	38
Meldungen zur Corona-Krise	40
Historischer Rückblick: Die Spanische Grippe	42

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	44
PS: #solidarischHandeln	46



TITELTHEMA

Corona

22

Im Januar 2020 ist das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 identifiziert worden. Mitte März 2020 stuft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verbreitung des Coronavirus als Pandemie ein. Das Krankheitsbild, das durch eine Infektion mit dem Coronavirus ausgelöst wird und in schwerwiegenden Fällen zum Tod führt, wird als Covid-19 bezeichnet. Damit unter anderem das Gesundheitswesen nicht überlastet wird, erließen Bund und Länder eine ganze Reihe von Schutzmaßnahmen. Dazu zählen ein Krankenhausentlastungsgesetz und Kontaktsperren. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben entsprechende Maßnahmen getroffen.

INTERVIEW

„Jetzt ist die Zeit, weltweit Solidarität zu üben“

Gerade in Krisenzeiten wie der aktuellen Corona-Pandemie ist eine globale Zusammenarbeit wichtig. Dafür plädiert auch Bundestagsabgeordnete Heike Baehrens (SPD) im Interview mit *ersatzkasse magazin*.

Sie ist Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit, der im Juni 2018 ins Leben gerufen wurde. Es lasse sich aber leider beobachten, dass im Krisenfall jedes Land zunächst auf seine eigenen Interessen schaue. In der Hinsicht müsse einiges nach der Corona-Krise noch einmal aufbereitet und nachgebessert werden.



36

16



IM FOKUS

Qualität in der Pflege

In der Diskussion steht die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Universität Bremen hat ein entsprechendes Verfahren entwickelt und die Ergebnisse veröffentlicht. Nun sind alle beteiligten Akteure gefordert, die Maßnahmen zur Umsetzung einzuleiten und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Zudem ist ein neues Qualitäts- und Prüfsystem für die vollstationäre Pflege gestartet.



GKV

Vorläufige Finanzergebnisse 2019

Um ihre Rücklagen abzubauen, haben die gesetzlichen Krankenkassen nach den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2019 rund 1,5 Milliarden Euro mehr ausgegeben, als sie durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben. Ihre Finanzreserven beliefen sich Ende 2019 auf rund 19,8 Milliarden Euro.

Insgesamt stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahr um 5,2 Prozent auf 251,9 Milliarden Euro. Die Einnahmen sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bei niedrigeren Zusatzbeiträgen um 3,8 Prozent auf 250,4 Milliarden Euro gestiegen. Die Zahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nahm um knapp 0,4 Prozent zu. Bei der steigenden Veränderungsrate der Ausgaben spiegeln sich auch Mehrausgaben aus dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wider, die im Jahr 2019 in Kraft getreten sind. Im Jahr 2019 lag der durchschnittlich von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeitragssatz bei 1,0 Prozent und damit um 0,1 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2018. Auch nach dem Jahreswechsel 2019/20 liegt der erhobene Zusatzbeitragssatz weiterhin stabil bei 1,0 Prozent, während das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den zur Deckung der laufenden Ausgaben erforderlichen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,1 Prozent festgelegt hatte. Somit blieb für 95 Prozent der GKV-Mitglieder der bislang von ihrer Krankenkasse erhobene Zusatzbeitragssatz unverändert.

Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass alle Krankenkassenarten mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Jahr 2019 ein Defizit verzeichneten. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) verbuchten ein leichtes Minus von rund 121 Millionen Euro, die Ersatzkassen ein Defizit von 859 Millionen Euro, die Betriebskrankenkassen (BKK) ein Defizit von 295 Millionen Euro, die Innungskrankenkassen (IKK) ein Defizit von 231 Millionen Euro und die knappschaftliche Krankenversicherung ein Defizit von 58 Millionen Euro.

Bei den Ersatzkassen und IKK ist das Defizit jeweils weitgehend auf eine große Krankenkasse mit hohen Finanzreserven zurückzuführen, die den Zusatzbeitrag für das Jahr 2019 abgesenkt hatte. Die landwirtschaftliche Krankenversicherung verbuchte einen Überschuss von 49 Millionen Euro.

Der Gesundheitsfonds erzielte im Jahr 2019 einen Überschuss von rund 550 Millionen Euro. Damit verfügte der Fonds zum Stichtag 15. Januar 2020 über eine Liquiditätsreserve von rund 10,2 Milliarden Euro. Über die günstige Entwicklung der Beitragseinnahmen konnte der Gesundheitsfonds auch im vergangenen Jahr von der positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklung profitieren. Die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen stiegen im Jahr 2019 um 4,2 Prozent. Die Zuwächse bei den Beitragseinnahmen fielen mit einem Anstieg von 3,6 Prozent geringer aus, da der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Vergleich zum Jahr 2018 niedriger war. Die endgültigen Finanzergebnisse des Jahres 2019 sowie erste Quartalsdaten für das Jahr 2020 liegen Mitte Juni 2020 vor. *pm*

www.bundesgesundheitsministerium.de

PERSONALIE

Neue Leitung der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg



Foto: vdek/Anne Illing

Seit Februar 2020 leitet Marina Rudolph die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. Die studierte Wirtschaftswissenschaftlerin begann 1992 ihre Karriere als Referentin bei der seinerzeit noch eigenständigen Landesvertretung Berlin. 2001 wurde sie Referatsleiterin für den Bereich Pflege und übernahm 2007 zusätzlich die stellvertretende Leitung der Berliner Landesvertretung. Beide Posten führte sie auch in der 2009 zusammengelegten vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg weiter. *pm*

www.vdek.com unter Verband/Landesvertretungen/Berlin-Brandenburg

www.vdek.com unter Verband/Landesvertretungen/Berlin-Brandenburg

ILLEGALE DROGEN

1.398 Menschen gestorben

1.398 Menschen sind 2019 an den Folgen ihres Drogenkonsums gestorben. Im Jahr zuvor waren es 1.276. Das ist ein Anstieg von 9,6 Prozent. Hauptursache sind, wie auch bereits in den vergangenen fünf Jahren, Überdosierungen von Opioiden wie Heroin oder Morphin, sowie die Kombination mit anderen Substanzen. Besonders auffällig ist die Zunahme der Todesfälle aufgrund langjähriger Drogenmissbrauchs.

Von 2014 bis 2019 ist die Zahl der Toten auf Grund von Langzeitschädigungen von 119 auf 318 gestiegen. Der Anteil derjenigen, die aufgrund von Langzeitschädigungen in Kombination mit Intoxikationsfolge starben, stieg im letzten Jahr signifikant von 38 auf 172. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig, betonte: „Die Entwicklung der vergangenen Jahre können wir auf keinen Fall hinnehmen! Wir sehen an den Zahlen klar, dass wir Leben nur dann retten können, wenn die Hilfsangebote vor Ort noch besser und vor allem lückenloser werden. Jeder soll die Möglichkeit auf ein gesünderes Leben haben. Deshalb brauchen wir dringend eine noch flächendeckendere Substitutionsversorgung. Wir brauchen den gesellschaftlichen Konsens, dass Sucht eine schwere Krankheit ist und kein Ausgrenzungsgrund.“

Die Todesfälle aufgrund von Opiatvergiftungen liegen seit Jahren konstant hoch bei 650 Fällen. Seit einigen Jahren gibt es Naloxon, ein Antiopiat, als Nasenspray. Es kann die Wirkungen einer Überdosierung für einige Zeit aufheben und somit kurzfristig Leben retten. Obwohl Naloxon als Spray seit zwei Jahren verschrieben werden kann, ist es in der Szene noch nicht flächendeckend angekommen.

Todesfälle durch Kokain, Amphetamine und synthetische Drogen haben in den letzten fünf Jahren von 143 auf 268 zugenommen. *pm*

www.drogenbeauftragte.de

REFORM DER SOZIALWAHLEN

Ersatzkassen begrüßen Einführung der Onlinewahl

Die Ersatzkassen begrüßen, dass der Deutsche Bundestag am 12. März 2020 das neue Gesetz zur Einführung von Online-Sozialwahlen in erster Lesung beraten hat. Mit der geplanten Reform sollen die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojektes die Möglichkeit erhalten, die Sozialwahlen im Jahr 2023 erstmals auch über das Internet durchzuführen. Rund 22 Millionen Wahlberechtigte allein bei den Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) können damit entweder wie bisher per Briefwahl oder online wählen.



Bei den Sozialwahlen bestimmen Versicherte und Arbeitgeber ihre ehrenamtlichen Vertreter in den Verwaltungsräten, den wichtigsten Entscheidungsgremien der Krankenkassen.

Der ehrenamtliche Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Uwe Klemens, erklärte: „Die Online-Sozialwahl bietet die Chance, dass sich noch mehr – vor allem junge – Menschen an den Sozialwahlen beteiligen. Damit stärkt die Reform die Soziale Selbstverwaltung, also die demokratisch gewählten, ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten. Onlinewahlen sind aber auch ein wichtiger Schritt zur Modernisierung der Sozialwahlen und ein Beitrag für mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen.“ *pm*

Einsicht des Monats

„Es ist ernst. Seit der Deutschen Einheit, nein, seit dem Zweiten Weltkrieg gab es keine Herausforderung an unser Land mehr, bei der es so sehr auf unser gemeinsames solidarisches Handeln ankommt.“

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) in ihrer Ansprache an die Bürgerinnen und Bürger anlässlich der Corona-Pandemie am 18. März 2020.

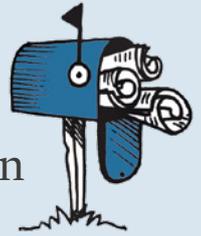
Die aktuelle Zahl

1,5

Anderthalb Meter beträgt der Mindestabstand, den derzeit eine Person zu anderen Personen im öffentlichen Raum einhalten muss. Diese Regelung gehört zu den Maßnahmen, auf die sich Bund und Länder im Zuge der Corona-Krise geeinigt haben.

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Corona: Exit-Strategie

„Eine Exit-Strategie, die ihren Namen verdient, sollte vielmehr beinhalten, wie wir schrittweise ins normale Leben zurückkehren können. Dafür die Prioritäten zu setzen, wird schwierig genug. Was soll zuerst wieder ans Laufen gebracht werden: Kitas, Schulen und Unis? Volle S-Bahnen im Berufsverkehr? Einkaufszentren? Theater, Kinos und Konzertsäle? Die Aufhebung der strengen Beschränkungen des öffentlichen Lebens kann nur in dem Rahmen erfolgen, in dem das Gesundheitssystem in der Lage ist, mögliche Neuerkrankungen zu versorgen.“

[RHEINISCHE POST, 30.3.2020](#)

Corona: Pflegeheime

„Viele Heime und Pflegedienste rufen dieser Tage laut um Hilfe, weil ihnen bald die Atemschutzmasken und das Desinfektionsmittel ausgehen. [...] Umso mehr kommt es jetzt darauf an, das Problem zu entschärfen. So kann es Leben retten, wenn Angehörige vorübergehend auf Besuche verzichten; wenn jüngere und gesunde Leute, die mehr Atemschutzmasken haben, als sie brauchen, ein paar von denen zur Verfügung stellen. Gewiss, nichts davon fällt leicht. Doch immerhin birgt diese Krise eine Chance. Viele Menschen sehen sich danach, etwas Sinnvolles zu tun und der Gemeinschaft einen Dienst zu erweisen. Hier können sie es tun.“

[FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 30.3.2020](#)

Corona: Ansteckung

„Ein wie leichtes Spiel das Virus hat, hängt nach wie vor nicht nur von politischen Entscheidungen ab. Jeder und jede kann selbst Verantwortung übernehmen, infektionsträchtige Orte meiden, auf Hygiene und Abstand zu anderen achten. Wer sich selbst vor dem Erreger schützt, kann ihn nicht weitergeben.“

[SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 13.3.2020](#)



ZOLGENSMA

Intensiv- und Notfallmediziner kritisieren Verlosung

Der Schweizer Hersteller Novartis verlost aktuell 100 Dosen seines Medikamentes Zolgensma weltweit. Das neue Medikament soll helfen, dem Muskelabbau bei spinaler Muskelatrophie (SMA) entgegenzuwirken. Dabei kostet jede einzelne Dosis rund zwei Millionen Euro. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) kritisiert die Verlosung des in Europa noch nicht zugelassenen Medikamentes Zolgensma an 100 Kleinkindern mit SMA scharf.

/ Text / Uwe Janssens

DIVI sieht durch diese Medikamenten-Lotterie medizinisch geübte und gültige Vorgehensweisen umgangen: Die Indikation zur Gabe eines Medikamentes stellt der Arzt, die Zustimmung erteilt der Patient oder juristische Stellvertreter – aber nicht ein Pharmakonzern. DIVI fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, schnellstmöglich diese Lücken bei der Vergaberegulierung zu schließen. Mit diesem Vorgehen wird aber nicht nur das offizielle Zulassungsverfahren ausgehebelt, es wird auch mit der Hoffnung von Familien gespielt und völlig intransparent über die Vergabe eines Wirkstoffes entschieden. Gesundheit ist kein Lotteriespiel. DIVI fordert deshalb: Die begrenzt zur Verfügung stehende Substanz darf ausschließlich nach Bewertung durch ein Expertengremium

vergeben werden, das den Prozess unabhängig vom Pharmaunternehmen transparent überprüft und überwacht.

Ministerium in moralischer Konfliktsituation

Dass die Teilnahme Deutschlands an der Verlosung überhaupt möglich wurde, liegt an der Zustimmung des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zu einem von Novartis angezeigten Härtefallprogramm. Wenn aber ein noch nicht zugelassenes Arzneimittel eingesetzt wird, müssen die Kriterien der Vergabe und des Einsatzes transparent und nachvollziehbar sein. Das ist eine wesentliche Voraussetzung, damit es in wissenschaftlichen, industrieunabhängigen Studien auf seine bessere Wirksamkeit und auf seine Sicherheit geprüft werden kann. Mit der Verlosung wird nun suggeriert, dass Zolgensma allen Patienten helfen wird. Es wird unkritisch und in aller Öffentlichkeit mit den Hoffnungen und dem Leid der Betroffenen gespielt.

Das PEI gehört zum Geschäftsbereich des BMG. Somit kommt jetzt das BMG in eine moralische Konfliktsituation: Es billigt mit der Zolgensma-Verlosung einen Verstoß gegen geübte Regeln der Zulassung und Anwendung einer neuen medikamentösen Therapie. Gleichzeitig beschädigt das intransparente Verfahren von Novartis die medizinische Sorgfaltspflicht. Dies gefährdet die Sicherheit der Patienten und ist für Ärzte nicht hinnehmbar. Es ist die Pflicht des BMG, die elementar verletzen ethischen und medizinischen Rahmenbedingungen wiederherzustellen.

Ökonomisches Kalkül?

Aus ethischen Gesichtspunkten ist die Medikamenten-Lotterie nur auf den ersten Blick vertretbar: Grundsätzlich stellt das Losverfahren eine Chancengleichheit zwischen allen Betroffenen her. Deshalb ist es ein ethisch durchaus begründbares Verfahren. Wenn eine Therapie nicht allen Betroffenen zur Verfügung steht, kann die Verlosung dazu beitragen, dass ohne Ansehen der Person entschieden wird. Aber: Medizinern leuchten die Kriterien der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht eher ein – wie zum Beispiel bei der Vergabe von

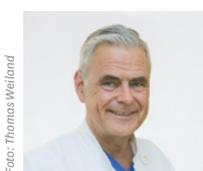


Foto: Thomas Weiland

Prof. Dr. Uwe Janssens
Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Spenderorganen. Nun gilt im Falle von SMA bei betroffenen Kindern aber: Je höher die Dringlichkeit, desto schlechter die Erfolgsaussichten. Heißt im Umkehrschluss: Novartis muss sicherstellen, dass die zur Verlosung zugelassenen Kinder alle etwa gleich schwer betroffen sind und die gleiche Erfolgsaussicht haben. Nur dann erfüllt diese Lotterie des nur knapp verfügbaren Medikamentes alle Kriterien einer gleich fairen Zuteilung. Nach welchen Kriterien die Auswahlkommission des Pharmakonzerns entscheidet, ist aber für Außenstehende völlig intransparent.

Es stellt sich außerdem die Frage: Wurde die Zolgensma-Knappheit künstlich hergestellt? Es ist anzunehmen, dass das Pharmaunternehmen auch die Dosis für 200 Kinder statt für nur 100 zur Verfügung hätte stellen können. Der Konzern begründet die Verknappung mit der hohen Auslastung des herstellenden Werkes in den USA. Auf dem amerikanischen Markt ist das Medikament bereits seit Mai 2019 zugelassen. DIVI befürchtet, dass die Verknappung gewollt ist und einem ökonomischen Kalkül folgt: Die Therapie soll etabliert und ihre Wirksamkeit öffentlichkeitswirksam dargestellt werden – um dann nach der Zulassung in Europa über die Verordnungen den Preis wieder einzuspielen.

Bedürftigkeit geht vor Wirtschaftlichkeit

Was passiert, wenn auch in anderen Bereichen der Medizin Patienten mit nicht heilbaren Erkrankungen oder mit schwersten chronischen Erkrankungen ähnliche Forderungen stellen – und Hoffnungen auf die Zuteilung eines teuren Medikamentes haben? Ist dann ein Auswahlverfahren zu befürchten, das Patienten mit besseren Heilungschancen eher berücksichtigt als Schwerstkranke? Aus rechtlicher Sicht spielen die Unterschiede hinsichtlich der Bedürftigkeit der Patienten eine Rolle. Sachbegründete Grenzkriterien wie die Schwere einer Erkrankung sind vorrangig gegenüber dem sachfernen Losverfahren.

Die Bedürftigkeit wird in unserer Rechtsordnung prioritär gegenüber der Erfolgsaussicht behandelt. Das Bundesverfassungsgericht hat für die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch die gesetzliche



Krankenversicherung schon im Jahr 2005 die Anforderungen an eine Erfolgsträchtigkeit und auch Wirtschaftlichkeit erheblich herabgemindert – sofern Lebensgefahr besteht und nichts anderes zur Verfügung steht. Die Einteilung der Patienten in Gruppen, die hoffnungslose Fälle von einem lebensrettenden Behandlungsversuch von vornherein ausschließt, wird aus rechtlicher Sicht stets als Ausnahmefall in Notsituationen verstanden – nicht als Maxime für die Regelversorgung.

Medizin und Gesundheitssystem dürfen nicht erpressbar werden

DIVI sieht die deutliche Gefahr, dass durch die Medikamenten-Verlosung öffentlicher Druck auf die Zulassungsbehörden in Europa ausgeübt werden könnte, um so die Preisvorstellungen des Pharmakonzerns durchzusetzen. Wenn andere Konzerne diesem Beispiel folgen, dann stehen die Behörden zukünftig immer wieder vor der unmoralischen Entscheidung: Entweder wird den Betroffenen die nicht zugelassene Therapie vorenthalten – oder es wird jeder beliebige Preis bezahlt. Diese Situation ist nicht hinnehmbar. Die Medizin und das Gesundheitssystem dürfen nicht erpressbar werden. ■

*Medizinern
leuchten die
Kriterien
der Dringlich-
keit und
Erfolgsaussicht
eher ein.*



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Patientendaten-Schutz-Gesetz (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.
- Ab 2022 können Versicherte die Daten aus der ePA bei einem Kassenwechsel übertragen lassen.
- Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Der Versicherte entscheidet, welche Daten dort gespeichert und welche wieder gelöscht werden. Er entscheidet auch darüber, wer Zugriff auf die Daten hat.
- Ab 2022 können Versicherte über Smartphones oder Tablets ihre Daten in der ePA einsehen. Krankenkassen müssen ihren Versicherten die Möglichkeit geben, ihre ePA zum Beispiel in einer Geschäftsstelle einzusehen.
- Im Laufe des Jahres 2021 wird allen Versicherten eine App zur Verfügung stehen, mit der sich das E-Rezept auf das Smartphone laden lässt.

Kabinettsentwurf vom 1. April 2020
Inkrafttreten: nach Verkündung

Siebtes Gesetz zur Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

- Ersatzkassen, Orts-, Betriebs- und Innungskassen können im Rahmen eines Modellprojektes bei den Sozialversicherungswahlen 2023 Online-Wahlen durchführen.
- Die Krankenkassen müssen eine bis 30. September 2020 in Kraft getretene Satzungsregelung für die Teilnahme am Modellprojekt erlassen.
- Die am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen sollen dafür eine Arbeitsgemeinschaft bilden. Die Kosten für Vorbereitung und Durchführung der Online-Wahlen werden auf alle Krankenkassen der vier Kassenarten umgelegt.
- Das Bundesgesundheitsministerium soll das Modellprojekt mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales wissenschaftlich evaluieren.
- Kernregelungen des Gesetzes betreffen die Verbesserung bestehender Verfahren in der Sozialversicherung und die Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Kabinettsentwurf vom 8. Januar 2020
Inkrafttreten: nach Verkündung

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)

- 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 Grundlohnsumme für Vergütungsverträge zwischen Kassen und Reha-Einrichtungen 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 Kassen medizinische Behandlungskosten, Investitionskostenanteile und Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- In ihrer Satzung können die Kassen festlegen, dass diese Kosten fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.

Kabinettsentwurf vom 12. Februar 2020
Inkrafttreten: nach Verkündung

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

- Einrichtung von gemeinsamen Notfallsystemen, die unter den Rufnummern 112 oder 116 117 erreichbar sind. Sie übernehmen die zentrale Lotsenfunktion und veranlassen Leistungen wie Notfallrettung, Krankentransporte und telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung.
- Einrichtung von integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern unter Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die INZ sind 24 Stunden erreichbar und entscheiden, ob stationär oder ambulant versorgt werden muss.
- Medizinische Notfallversorgung durch Rettungsdienste wird eigenständige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Referentenentwurf vom 10. Januar 2020

Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV)

- Die Verordnung regelt die Anforderungen, die digitale Gesundheitsanwendungen im Hinblick auf Sicherheit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit erfüllen müssen, um für die GKV erstattungsfähig zu sein.
- Sie enthält Vorgaben für die Methoden und das Verfahren zum Nachweis positiver Versorgungseffekte, die die Hersteller gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) darlegen müssen.
- Ein vom BfArM zu erstellendes Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen soll Transparenz schaffen und Versicherte bzw. Leistungserbringer bei der Auswahl von Gesundheitsanwendungen unterstützen. Die Verordnung enthält Regelungen zu Aufbau, Inhalten und Funktionalitäten des Verzeichnisses, das am 1. Januar 2021 online sein soll.

Referentenentwurf vom 20. Januar 2020; Inkrafttreten: nach Verkündung

EINWURF

Corona – das Gesundheitswesen steht zusammen

Das Coronavirus breitet sich auch in Deutschland immer mehr aus. Das Gesundheitswesen steht vor einer Bewährungsprobe.

/Text/ **Ulrike Elsner**

Es ist ernst. Mit diesen Worten hat sich die Bundeskanzlerin Angela Merkel – erstmalig außerhalb der üblichen Neujahrsansprachen – an die Bevölkerung gerichtet. Die Ausbreitung des Coronavirus stellt die gesamte Gesellschaft vor große Herausforderungen und zwingt die Politik zu drastischen Maßnahmen, wie Schließungen von Geschäften, Schulen und öffentlichen Einrichtungen bis hin zu Kontaktbeschränkungen. Auch die Außengrenzen wurden in Deutschland und ganz Europa geschlossen. Mit all diesen Regelungen will man der Ausbreitung des Virus begegnen und verhindern, dass Ärzte und Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen nicht mit dem zu erwartenden Ansturm von Covid-19-Patienten überlastet werden. Den Ausbruch verlangsamen, die Kurve abflachen, das ist das Ziel. Alle Menschen sollen die notwendige medizinische Versorgung erhalten, egal wie alt sie sind und welche Vorerkrankungen sie haben.

Der Ernst der Lage lässt sich aber auch an der Art und Weise der politischen Gesetzgebung ablesen. Am 25. März 2020 wurde in einem Eilverfahren ein Corona-Notpaket – an einem Tag! – in erster, zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Und der Bundsrat stimmte dem Paket noch in der gleichen Woche zu. Wann hat es das im Föderalismus schon einmal gegeben? Das Gesetzespaket enthält umfassende gesetzliche Regelungen

zur Bewältigung der ökonomischen und medizinischen Herausforderungen. Damit verbunden ist auch die Verabschiedung eines Nachtragshaushalts in Milliardenhöhe.

Für die gesetzlichen Krankenkassen ist vor allem das Krankenhausentlastungsgesetz von Bedeutung, das einen umfassenden finanziellen Rettungsschirm über niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen spannt und zahlreiche Sonderregelungen ermöglicht, etwa bei den Vergütungsregelungen der Krankenhäuser oder bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen. Ärzte und Krankenhäuser können zudem mehr Personal rekrutieren, um die Versorgung sicherzustellen. Die Ersatzkassen begrüßen diese Regelungen ausdrücklich, denn es geht jetzt mehr denn je darum, pragmatische Regelungen zu finden.

Auch die Ersatzkassen haben schnell auf die Corona-Epidemie reagiert. Sie führten Telefon-Hotlines mit Medizin-Experten ein, die rund um die Uhr erreichbar sind. Flexibel gehen die Ersatzkassen auch mit den leistungsrechtlichen Anforderungen um. Apotheken können beispielsweise übergangsweise auch nicht rabattierte Arzneimittel abgeben, falls das rabattierte Medikament nicht lieferbar ist. In der Krise zusammenstehen, darum geht es jetzt. Und dabei zu zeigen, dass wir ein sehr leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitswesen haben, auf das wir stolz sein können. ■

> Seite 22

Foto: vdek/Georg J. Lapata



Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie von
den Maßnahmen im Zuge der
Corona-Krise halten.*

redaktion@vdek.com



STUDIE

Hohe Arbeitsbelastung bei Lehrern

Der Lehrerberuf ist auch an Gymnasien mit steigenden Belastungen verbunden, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Zwei Drittel der mehr als 176.000 Gymnasiallehrer in Deutschland fühlen sich durch ihre Arbeit unter Druck. Das ergab die Studie „Lehrerarbeit im Wandel“ (LaiW) im Auftrag des Deutschen Philologenverbands und gefördert durch die DAK-Gesundheit.

/ Text / Dorothea Wiehe

Zu den Stressfaktoren gehört in erster Linie ein hohes Arbeitspensum. Dazu kommen unter anderem fehlende Ruhezeiten im Arbeitsalltag sowie Lärm im Klassenzimmer. Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, fordert anlässlich der neuen Ergebnisse eine Sonder-sitzung der Kultus- und Gesundheitsminister aller Bundesländer: „Es sollte ein Gesundheitsgipfel Schule stattfinden, sobald die Corona-Krise bewältigt ist.“

Die LaiW-Studie ist die erste bundesweite Erhebung zu Arbeitsanforderungen, -bedingungen und Gesundheit von Gymnasiallehrkräften. Bisher ist der Wissensstand zur Belastung und Gesundheit von Lehrkräften in Deutschland eher begrenzt. Das liegt am föderalen System mit 16 Kultusministerien und verschiedenen Schulformen, durch das die Politik in der Regel nur einen Ausschnitt der Situation im Blick hat. Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Berichterstattung über die gesundheitliche Lage von Lehrkräften nur sehr bruchstückhaft mit Routedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterstützen können, weil Lehrer



überwiegend verbeamtet und nicht gesetzlich krankenversichert sind. „Bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Lehrkräften haben wir großen Nachholbedarf“, fasst Storm zusammen. „Bezogen auf die Gymnasien leistet die LaiW-Studie deshalb Pionierarbeit.“

Schlafprobleme sind verbreitet

Über 16.000 Datensätze von online befragten Lehrkräften an Gymnasien bundesweit wurden vom Institut für Präventivmedizin der Universitätsmedizin Rostock repräsentativ ausgewertet. Demnach erleben zwei Drittel der Gymnasiallehrer in ihrem Schulalltag hohe bis sehr hohe Belastungen. Die große Mehrheit empfindet vor allem die Leistungsunterschiede zwischen den Schülern als belastend (95 Prozent). Außerdem sind für jeden Zweiten der Lärmpegel und verhaltensauffällige Schüler eine große Herausforderung. Dazu kommen die Mängel in der schulischen Infrastruktur. So hält lediglich jeweils ein Viertel die Arbeitsplätze in der Schule und das Angebot an Ruhezeiten für ausreichend. Vier von zehn Lehrkräften haben Schlafprobleme. Das sei ein Frühindikator für ein mögliches späteres Erschöpfungssyndrom, erklärt Dr. Reingard Seibt vom Institut für Präventivmedizin. Die wissenschaftliche Projektleiterin der LaiW-Studie hält schulbezogene Präventionsmaßnahmen für dringend notwendig, um Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Lehrer längerfristig zu erhalten. „Lehrer benötigen einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz, weil sie hohe Anforderungen zu bewältigen haben und einen erheblichen Beitrag zum gesellschaftlichen Gemeinwohl leisten“, erklärt Seibt.



Unzufriedenheit lösen laut LaiW-Studie bei gut einem Drittel der Befragten auch lange Arbeitstage aus sowie stetig zunehmende Mehraufgaben – auch aus dem außerunterrichtlichen Aufgabenspektrum. Die in einer regional abgegrenzten Teilstichprobe zusätzlich durchgeführte Arbeitszeit-Abfrage dokumentiert bei vielen Lehrern lange Arbeitstage und eine Sieben-Tage-Woche. Mittels einer App haben die Teilnehmer dieser Abfrage vier Wochen täglich ihre Arbeit im und für den Unterricht sowie alle weiteren Tätigkeiten protokolliert. Häufig gelingt keine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit, wodurch es für die Betroffenen schwer ist, sich am Feierabend und am Wochenende effektiv zu erholen. Weitere Gründe für Unzufriedenheit sind zunehmende Verwaltungsaufgaben und behördliche Vorgaben (jeweils 18 Prozent).

Viele gehen krank zur Arbeit

Bei all der Belastung fehlt die deutliche Mehrheit der Lehrer (78 Prozent) wegen Krankheit nur wenige Tage im Jahr. Neun von zehn Gymnasiallehrern gehen arbeiten, auch wenn sie sich krank fühlen, ein Drittel auch gegen ärztlichen Rat. Obwohl die große Mehrheit angibt, auf ihre Gesundheit und ein gesundheitsförderliches Verhalten zu achten, versuchen Lehrer häufig, die Genesung bis zum Wochenende oder gar bis zu Feiertagen aufzuschieben. Der Hintergrund könnte sein, dass viele Lehrkräfte stark motiviert für ihre Arbeit sind. Wie die LaiW-Studie zeigt, sind drei Viertel der Befragten mit ihrem Beruf sehr zufrieden beziehungsweise zufrieden. Die Zufriedenheit mit dem Lehrerberuf

basiert im Kern auf vier Punkten: An erster Stelle steht mit 45 Prozent die Arbeit mit den Schülern, gefolgt von der flexiblen Zeiteinteilung (42 Prozent). Die Autonomie im Unterricht und die Zusammenarbeit mit den Kollegen sind weitere zufriedenheitsstiftende Aspekte.

Mahnung vor chronischer Überlastung

„Die meisten Lehrer sind trotz hoher Arbeitsbelastung mit ihrem Beruf zufrieden und die Arbeit mit den Schülern macht ihnen Freude“, betont Prof. Dr. Susanne Lin-Klitzing, Vorsitzende des Philologenverbandes. „Aber wir können nicht stillschweigend in Kauf nehmen, dass unsere Gymnasien nur noch durch eine chronische Überlastung der Lehrkräfte funktionieren.“ Die DAK-Gesundheit empfiehlt jeder Schule, eine differenzierte Diagnose zum Gesundheitsstatus ihrer Lehrer durchzuführen. Nachhaltige Gesundheitsförderung müsse als gemeinsame Aufgabe von Lehrern, Schulleitung und Schulträgern begriffen werden. Politik, Ministerien und Sozialversicherungsträger sollten an einem notwendigen Rahmen arbeiten, private Krankenversicherer sich an den Kosten der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligen. „Wir müssen das Thema Lehrgesundheit in den Fokus der Öffentlichkeit rücken“, betont Storm. Die LaiW-Studie zeige, dass Lehrer dringend Unterstützung beim Gesundbleiben brauchen. „Nur wenn sie selbst fit sind“, so Storm, „können sie den hohen persönlichen, pädagogischen und fachlichen Anforderungen im Gymnasium gerecht werden und den Schülern einen gesunden Lebensstil vermitteln.“ ■

Neun von zehn Gymnasiallehrern gehen arbeiten, auch wenn sie sich krank fühlen, ein Drittel auch gegen ärztlichen Rat.



Foto: Anne Weichardt/
DAK-Gesundheit

Dorothea Wiehe
Pressereferentin DAK-
Gesundheit



BARMER

Warnung vor angeblichen Medikamenten

In der Corona-Krise werben diverse Internetseiten mit vermeintlichen Arzneimitteln gegen Covid-19, die Infizierten Heilung versprechen. Die BARMER warnt eindringlich davor, auf diese Versprechen hereinzufallen und die angebotene Ware zu kaufen.

„Es gibt noch keine zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung von Covid-19. Erste Medikamente befinden sich bisher im Versuchsstadium. Bei den Internetangeboten handelt es sich um Produkte, die keinen wissenschaftlich erwiesenen Nutzen gegen Covid-19 haben“, sagt Heidi Günther, Apothekerin bei der BARMER. Schlimmstenfalls könnten solche Mittel sogar schädlich sein, indem sie zum Beispiel unerwünschte Wechselwirkungen mit zugleich eingenommenen Arzneimitteln hervorriefen. Bei einer Covid-19-Erkrankung stünden bisher nur Arzneimittel zur Behandlung der Symptome wie Fieber und Husten zur Verfügung. Daher habe auch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) unlängst vor Internetseiten mit vermeintlichen Medikamenten gegen das Coronavirus gewarnt.

Vorsicht sei auch bei Internetanbietern geboten, die für Nahrungsergänzungsmittel mit falschen Versprechungen werben. „Es gibt keine Nahrungsergänzungsmittel, die eine Infektion mit dem Coronavirus verhindern oder sogar heilen können“, sagt Günther. Laut Rechtsprechung dürften diese Zusatzmittel generell keine Angaben enthalten, die auf eine Vorbeugung, Behandlung oder Heilung einer Krankheit hindeuteten. Ohnehin seien die meisten Präparate wirkungslos, wenn man sich ausgewogen ernähre und damit keinen Nährstoffmangel habe. Bei Vorerkrankungen, zu hoher Dosierung oder bei Wechselwirkungen mit Medikamenten könnten Nahrungsergänzungsmittel mitunter sogar schaden. *pm*

www.barmer.de

DAK-GESUNDHEIT

Probleme durch die Zeitumstellung

Laut einer repräsentativen Umfrage der DAK-Gesundheit mit 1.004 Befragten bundesweit hält nur knapp ein Viertel der Menschen in Deutschland die Zeitumstellung noch für sinnvoll: Mit 23 Prozent liegt die Zustimmung auf einem weiterhin niedrigen Niveau. Der Anteil derer, die nach dem Dreh an der Uhr an gesundheitlichen Problemen leiden, ist mit mehr als einem Viertel der Befragten konstant hoch. Besonders Schlafprobleme und Müdigkeit sind dabei auf dem Vormarsch. In der Nacht vom 28. auf den 29. März 2020 wurden die Uhren von zwei auf drei Uhr vorgestellt. Auch die Europäische Union diskutiert die Abschaffung der Zeitumstellung.

Die Zeitumstellung belastet viele: 26 Prozent der Befragten geben an, deshalb schon einmal gesundheitliche Probleme gehabt zu haben. Dabei fühlten sich die meisten von ihnen schlapp und müde – ein Wert, der über die vergangenen Jahre weiter anstieg: von 67 Prozent im Jahr 2018 über 2019 mit 71 Prozent bis zum diesjährigen Wert von 84 Prozent. An zweiter Stelle kommen mit 68 Prozent Einschlafprobleme und Schlafstörungen, unter denen Frauen besonders häufig leiden: 71 Prozent der weiblichen Befragten geben das an, im Vergleich zu 64 Prozent der Männer. 44 Prozent konnten sich durch den Dreh an der Uhr schlechter konzentrieren, mehr als ein Drittel (38 Prozent) fühlte sich gereizt. 16 Prozent der Befragten litten sogar unter depressiven Verstimmungen. Insgesamt 17 Prozent der Erwerbstätigen sind durch die Zeitumstellung bereits zu spät zur Arbeit gekommen. Franziska Kath, Diplom-Psychologin der DAK-Gesundheit, erklärt: „Körperliche Symptome nach der Zeitumstellung haben oft psychische Ursachen. Diese hängen mit der biologischen, inneren Uhr des Körpers zusammen. Die beste Medizin ist hier ein wenig Geduld und Ruhe. Nach spätestens ein paar Tagen sollten sich Körper und Geist angepasst haben.“ *pm*

www.dak.de

TK

Das Kreuz mit dem Kreuz



Foto: NDA/BREACTIVITY/Adobe Stock

Jeder zwölfte Tag, den Erwerbstätige letztes Jahr krankgeschrieben waren, ging auf das Konto von Rückenleiden. Wie eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zum Gesundheitsreport 2020 zeigt, entspricht das einem Anteil von 8,4 Prozent aller Krankschreibungstage. Laut Report waren Erwerbspersonen 2019 im Schnitt 15,4 Tage krankgeschrieben. 1,3 Tage davon entfielen auf Rückenprobleme wie Rückenschmerzen oder Bandscheibenvorfälle.

„Obwohl wir in den letzten Jahren einen leichten Rückgang bei den Fehlzeiten aufgrund von Rückenproblemen beobachten, sind Rückenschmerzen noch immer ein großes Thema“, erklärt Albrecht Wehner, verantwortlich bei der TK für den Gesundheitsreport. „Hochgerechnet auf die 5,3 Millionen TK-versicherten Erwerbstätigen in Deutschland hatten wir laut Statistik rund 6,3 Millionen Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden.“

Dabei lassen sich viele Rückenleiden durch einen gesunden Lebensstil mit mehr Bewegung vermeiden. Aber auch die Arbeitgeber können mit gezieltem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) rückenfreundliche Strukturen schaffen. „Dazu gehört nicht nur ein ergonomischer Arbeitsplatz und die Bewegte Pause“, erklärt Wehner. „Auch psychische Belastungen wie Leistungsdruck und Stress können Rückenbeschwerden auslösen. Daher stehen Unternehmen auch in der Pflicht, für ein möglichst positives Arbeitsumfeld zu sorgen und Stressfaktoren zu minimieren.“ *pm*

www.tk.de

KKH

Krankenpfleger unter Dauerstress

Konkurrenzdruck, Mobbing, Überstunden, Schichtarbeit, ungerechte Bezahlung und ein Smartphone, das ständige Erreichbarkeit einfordert: Immer mehr Arbeitnehmer stehen unter Dauerstress, vor allem Krankenpfleger und -schwestern. Das hat Folgen für die Psyche: Berufstätige leiden laut Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zunehmend unter seelischen Erkrankungen wie Burn-out, Anpassungsstörungen, Panikattacken, Depressionen, Schlaf- und somatoformen Störungen, also körperlichen Beschwerden, die keine organische Ursache haben.

Ärzte stellten 2018 bei KKH-versicherten Arbeitnehmern rund 321.000 Diagnosen wegen einer oder mehrerer dieser Erkrankungen. Im Vergleich zu 2008 ist das ein Anstieg von rund 40 Prozent. Die Auswertung zeigt außerdem, dass die Fehlzeiten im Job wegen seelischer Leiden in den vergangenen Jahren stetig gestiegen sind – pro Krankheitsfall von durchschnittlich 35,4 Tagen im Jahr 2015 auf 40,3 Tage im vergangenen Jahr. Bei den Krankenpflegern sind es im Schnitt sogar mehr als 80 Tage.

So ist der Krankenstand wegen psychischer Leiden unter Krankenpflegern in den vergangenen drei Jahren nicht nur um die Hälfte gestiegen, sondern mit Abstand auch am höchsten (4,7 Prozent). Krankenpfleger meldeten sich zuletzt auch am längsten arbeitsunfähig (2019 im Schnitt 82,2 Tage, drei Jahre zuvor waren es noch 50,8 Tage). So erklären Krankenpfleger und -schwestern den hohen Krankenstand: Der Personalabbau, vor allem in Kliniken, belastet extrem stark. Die verbliebenen Fachkräfte müssen die Arbeit gestrichener Stellen kompensieren und zunehmend neue Aufgaben erledigen und Abläufe genauer dokumentieren. Der Zeitdruck wächst, die Zeit für Patienten schrumpft. Da der Beruf als Krankenpfleger für junge Menschen immer unattraktiver wird, fehlt zudem qualifizierter Nachwuchs. *pm*

www.kkh.de

DAK-GESUNDHEIT

Hohe Risiken beim Online-Glücksspiel

Die DAK-Gesundheit und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen warnen vor der Novellierung des Glücksspielstaatsvertrages. Die für Mitte 2021 geplante Zulassung von Online-Casinospielen erhöhe die Suchtgefahr für Spieler deutlich, erklären DAK-Vorstandschef Andreas Storm und Suchtexperte Prof. Dr. Rainer Thomasius vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Dies gelte vor allem für Jugendliche unter 18 Jahren, die besonders geschützt werden müssten.

„Aufgrund der hohen Risiken muss das Online-Glücksspiel verboten bleiben“, fordert Storm. Sei dies politisch nicht durchsetzbar, müsse es zumindest weitgehende Werbeverbote geben. „Dies ist mit Blick auf den Jugendschutz besonders wichtig“, betont er. Glücksspiel-Werbung spreche vor allem Jugendliche und junge Erwachsene an und erhöhe nachweislich die Glücksspielproblematik der minderjährigen Spieler. Thomasius erwartet, dass durch Online-Casinospiele die Suchtgefahr spürbar steige und in der Folge auch die Gesundheit der Spieler leide. Bei Jugendlichen reichen die Beeinträchtigungen von Verschuldung über Leistungsstörungen in der Schule und Schwänzen des Unterrichts bis hin zu depressiven Verstimmungen.

Aufgrund gemeinsamer Studien mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen forderte die DAK-Gesundheit bereits im Frühjahr 2019 ein Verbot von Glücksspielelementen in Computerspielen sowie Warnhinweise für die Spielzeiten. Ferner verstärkte die Krankenkasse ihre Präventions- und Aufklärungsarbeit. Aktuell finanziert die DAK-Gesundheit neue Broschüren, die Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte gezielt über die moderne Entwicklung bei Computerspielen informieren, Risiken aufzeigen und Hilfen anbieten. Herausgegeben werden die Hefte mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Beispielen und einem Selbsttest vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am UKE. *pm*

www.dak.de

BARMER

Jeder Dritte mit Psychotherapie unzufrieden

Immer mehr Menschen in Deutschland benötigen eine Psychotherapie. Allein im Jahr 2018 suchten 3,22 Millionen Personen einen Therapeuten auf und damit 41 Prozent mehr als 2009. Auch wenn die Wartezeit bis zu einer Psychotherapie durch die 2017 reformierte Psychotherapie-Richtlinie kürzer geworden ist, muss jeder dritte Patient mindestens einen Monat und fast jeder zehnte Patient sogar mehr als drei Monate auf einen Therapieplatz warten. Zudem kritisiert jeder Dritte die Ergebnisse der Therapie. Das geht aus dem Barmer-Arztreport hervor.

„Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie hat zwar den Zugang zu psychotherapeutischer Ersthilfe erleichtert, reicht aber nicht aus. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind nach wie vor zu lang, zumal sich psychische Probleme chronifizieren können. Die Therapeuten sollten verstärkt Gruppentherapien anbieten, wenn es medizinisch sinnvoll ist“, so BARMER-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Christoph Straub. Den Ergebnissen des Arztreports zufolge bekämen 94,4 Prozent der Patienten Einzeltherapien. Gruppentherapien seien zwar kein Allheilmittel, sie hätten aber den Vorteil, dass die Betroffenen gemeinsam an der Lösung ihrer Probleme arbeiten könnten.

Durchwachsen fiel das Urteil zur Psychotherapie selbst aus. So waren zwar fast 89 Prozent der Befragten mit dem Vertrauensverhältnis zum Therapeuten sehr zufrieden, allerdings nur 66 Prozent mit dem Ergebnis der Therapie. Jeder Dritte war demnach teilweise oder gänzlich unzufrieden mit den Resultaten. „Viele Patientinnen und Patienten wünschen sich eine konkrete Lösung für ihre Probleme. Eine Psychotherapie deckt aber eher Verhaltensmuster auf und gibt Denkanstöße zum eigenen Handeln. Deshalb ist es wichtig, dass die Therapeuten den Patientinnen und Patienten zu Beginn klar formulieren, was sie sich von einer Therapie erhoffen können“, so Straub. *pm*

www.barmer.de



GUTACHTEN

Neues Pflegepersonalbemessungsinstrument für stationäre Langzeitpflege

Seit Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes 1994 sind mehrere Versuche zur Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in vollstationären Einrichtungen gescheitert. Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber nun die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege beauftragt, ein „wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben“ zu entwickeln und zu erproben. Der Auftrag für dieses Instrument ist nach europaweiter Ausschreibung an die Universität Bremen gegangen. Hier die zentralen Resultate des zweiten Zwischenberichts, der den Abschluss der Entwicklungsphase markiert.

/Text/ Heinz Rothgang

Das Personalbemessungsinstrument basiert auf einem kombinierten empirischen und analytischen Ansatz. Ziel des Projektteams war die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens, das auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und dem Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit, wie sie im Rahmen der Begutachtung erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet, die dann Grundlage für landesspezifische Setzungen und einrichtungsbezogene Vereinbarungen sein können.



Hierzu ist es notwendig, differenziert nach Pflegegraden oder anders klassierten Pflegeaufwandsgruppen

- die Zahl der bedarfsnotwendigen Interventionen,
- die bedarfsgerechte Zeit pro Interventionserbringung und
- das bedarfsgerechte Qualifikationsniveau der Pflegeperson pro Interventionserbringung analytisch zu definieren und dann empirisch zu ermitteln.

Letzteres geschah im Rahmen einer Beobachtungsstudie, bei der im Zeitraum von März bis Oktober 2018 in insgesamt 62 vollstationären Erhebungseinheiten unter der Beteiligung von insgesamt 1.380 Pflegebedürftigen von insgesamt 241 datenerhebenden Pflegefachkräften rund 2.000 Schichten beschattet und dabei Daten zu mehr als 144.000 Interventionen erhoben wurden. Dazu wurde für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen ein aktuelles Gutachten zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung (MDK) oder die Medicproof GmbH mittels des Begutachtungsinstrumentes erstellt. Basierend auf diesen Informationen, der individuellen Pflegedokumentation, den Aussagen der Bezugspflegekraft vor Ort und – bei Bedarf – einer Inaugenscheinnahme des Bewohners, erstellte das Studienteam der Universität Bremen gemeinsam mit der Bezugspflegekraft eine tagesstrukturierte Pflegeplanung der bedarfsnotwendigen Interventionen.

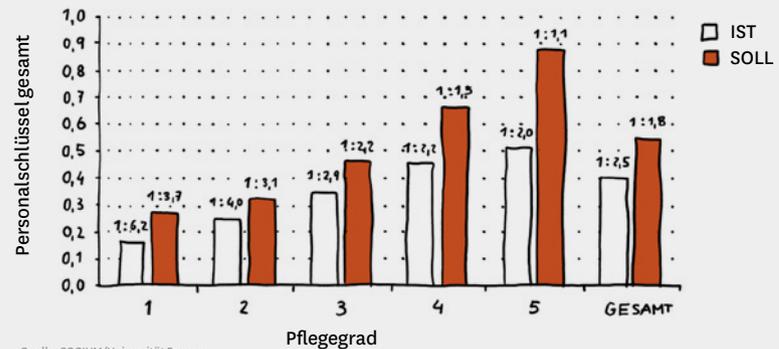
Diese Planung wurde auf Tablet-PCs übertragen und konnte von den Datenerhebenden für jeden teilnehmenden Bewohner der Erhebungseinheit abgerufen werden. Durch die Eins-zu-Eins-Zuordnung je einer Pflegekraft zu je einer Datenerheber*in wurde die Erbringung der Leistungen sekundengenau erfasst. Gleichzeitig wurde von den Datenerhebenden durch die Überprüfung der zuvor in einer dreitägigen Sitzung mit dem von den Auftraggebern benannten Expert*innengremium konsentierten und von den Auftraggebern abgenommenen normativ gesetzten Teilschritten und Anforderungen eine Bewertung der Notwendigkeit und der fachgerechten Durchführung jeder Intervention vorgenommen. Festgestellte Differenzen wurden in zeitliche Zu- oder Abschläge oder die Anpassung des erforderlichen Qualifikationsniveaus überführt. Zudem werden auch die notwendigen Zeiten für die Interventionen berücksichtigt, die zwar von den datenerhebenden Schatten als bedarfsnotwendig angesehen, aber nicht erbracht wurden. Durch Addition der (Netto-)Zeitzuschläge und (Netto-)Zuschläge für zusätzliche bedarfsnotwendige Interventionen auf die Ist-Zeiten ergeben sich Soll-Zeitmengen pro Bewohner. Unter Rückgriff auf eine Netto-Jahresarbeitszeit, die im Instrument variabel gesetzt werden kann und für die nachstehenden Berechnungen auf 1.560 Stunden im Jahr für eine Vollzeitkraft angesetzt wurde, lassen sich daraus Angaben in Vollzeitstellen errechnen.

Als Ergebnis der Entwicklungsphase liegt nun ein Personalbemessungsinstrument vor, mit dem die fachlich angemessene Personalmenge für die Pflegebedürftigen in einer Einrichtung nach Qualifikationsniveaus differenziert ausgewiesen wird. Die Berechnung erfolgt unter Einsatz eines mathematischen Modells, dessen Parametrisierung als Algorithmus 1.0 durch

Pflegeschlüssel nach dem Personalbemessungsverfahren

Abb. 1

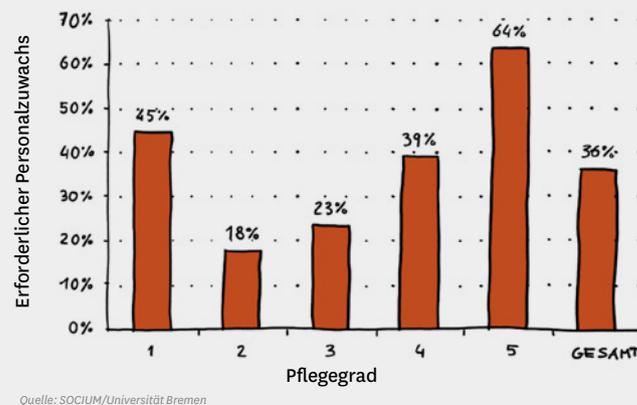
im Vergleich zu aktuellen bundesdurchschnittlichen Schlüsseln



Verbesserung der Personalausstattung

Abb. 2

nach Pflegegraden im Vergleich zum Status quo



die empirischen Sollwerte erfolgt. Möglich ist dabei sowohl eine Berechnung nach Pflegegraden als auch nach anderen Klassierungen von Pflegebedürftigen, wobei die Pflegegrade eine überraschend hohe Voraussagekraft in Bezug auf die fachlich angemessene Personalmenge aufweisen und sich damit als grundsätzlich geeignet erwiesen haben. Die für eine bedarfs- und fachgerechte pflegerische Versorgung erforderliche Personalmenge und -struktur hängt dann von Umfang und Struktur der Bewohnerschaft ab. Die bisher für alle Einrichtungen geltende einheitliche





Foto: SOCIUM

Prof. Dr. Heinz Rothgang
 Leiter der Abteilung
 Gesundheit, Pflege und
 Alterssicherung am SOCIUM
 Forschungszentrum Un-
 gleichheit und Sozialpolitik
 der Universität Bremen

Fachkraftquote wird im Algorithmus durch einrichtungsindividuelle Personalmengen und -mixe ersetzt.

In Bezug auf die Pflegegrade ergeben sich die in Abb. 1 dargestellten Pflegeschlüssel, die bundesdurchschnittlichen Werten gegenübergestellt sind, die die 13.000 zusätzlichen Stellen gemäß Pflegepersonal-Stärkungsgesetz bereits enthalten, nicht aber Sonderschlüssel für Pflegedienstleitung und Qualitätsbeauftragte, die auch im Personalbemessungsinstrument nicht enthalten sind. Für alle Pflegegrade ergeben sich dabei höhere Personalschlüssel, wobei die Steigerung mit dem Pflegegrad steigt (Abb. 2). Der mit „gesamt“ gekennzeichnete Durchschnittswert bezieht sich dabei auf eine Referenzeinrichtung mit 100 Bewohner*innen und der bundesdurchschnittlichen Pflegegradverteilung gemäß der Pflegestatistik vom Dezember 2017. Insgesamt zeigt sich somit eine erhebliche Steigerung der Pflegepersonalkapazitäten, die allerdings weit überwiegend Assistenzkräfte betrifft und hierbei insbesondere ausgebildete Assistenzkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht umfasst (Abb. 3).

Aktuell wird für diese ausgebildeten Assistenzkräfte keine Personallücke unterstellt, auch im Hinblick auf die demografischen Entwicklungen wird bis 2030 lediglich ein Anstieg des Bedarfes von 12.000 Vollzeitäquivalenten

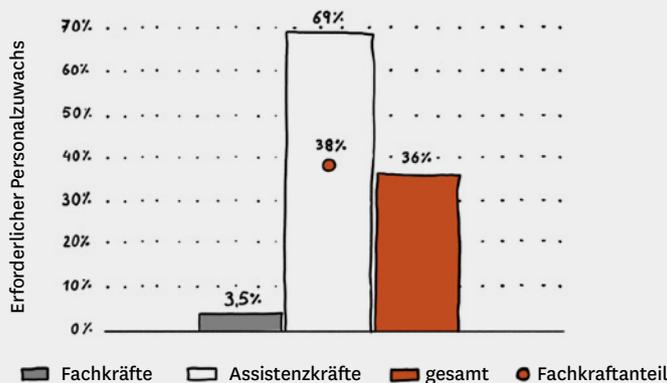
erwartet. Bei vollständiger Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes steigt dieser Bedarf allerdings auf rund 100.000 Vollzeitäquivalente. Um diesen Bedarf befriedigen zu können, werden in den kommenden Jahren zusätzlich zu den Bemühungen um die Anwerbung und Ausbildung von Pflegefachkräften auch die ausgebildeten Assistenzkräfte und die entsprechenden Ausbildungsstrukturen in den Blick zu nehmen sein. Der durchschnittliche Fachkraftanteil fällt dabei in der Referenzeinrichtung auf 37 Prozent, allerdings bei gleichzeitigem Anstieg der Fachkräftezahl und der Relation sowohl von Fach- als auch von Assistenzkräften pro Bewohner*in.

Personalmengensteigerungen allein können nicht sicherstellen, dass zusätzliche Pflegekräfte zu verbesserter Pflege und entlastenden Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte führen. Hierzu sind zudem Organisations- und Personalentwicklungsprozesse erforderlich, in deren Rahmen unter anderem eine Neudefinition der Rollen von Fach- und Assistenzkräften vorzunehmen ist. Dadurch, dass die Assistenzkräfte einfachere Tätigkeiten in der Pflege und Betreuung übernehmen, wird es den Pflegefachkräften möglich, sowohl ihre Vorbehaltsaufgaben, die Steuerung und Überwachung des Pflegeprozesses, Anleitung und Übernahme von komplexen pflegerischen Aufgaben vollumfänglich zu übernehmen, als auch die praktische Pflege in komplexen und instabilen Situationen durchzuführen. Strukturell werden die Einrichtungen hierbei aber vor eine doppelte Herausforderung gestellt, indem zusätzliches Personal zu rekrutieren ist und gleichzeitig die innerbetrieblichen Strukturen weiterentwickelt werden müssen. Aus diesem Grund hat das Projektteam vorgeschlagen, ab Juli 2020 mit einem flächendeckenden Personalaufbau im Bereich der Assistenzkräfte zu beginnen und gleichzeitig die Einführung des Instrumentes begleitet von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen modellhaft in 20 bis 30 Einrichtungen durchzuführen. Aus dieser modellhaften Einführung lassen sich dann auch Erkenntnisse für eine flächendeckende Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes ableiten. Diese modellhafte Einführung wird derzeit bereits vorbereitet, sodass sie ab Juli 2020 zügig erfolgen kann. ■

Personalmehrbedarf

Abb. 3

insgesamt und innerhalb der Fach- und Assistenzkräfte und der daraus resultierende Fachkraftanteil



Quelle: SOCIUM/Universität Bremen

PERSONALBEMESSUNG

Neues Instrument ist eine große Chance

Mit dem durch die Universität Bremen entwickelten Personalbemessungsverfahren besteht die Chance, erstmals ein bundesweit einheitliches Verfahren für die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen einzuführen. Dabei sind alle beteiligten Akteure gefordert, die erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung einzuleiten und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

/Text/ Matthias Volke

Die Einführung des neuen Instrumentes muss durch eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung begleitet werden.



Matthias Volke
Abteilung Gesundheit
beim vdek

An diesem neuen Personalbemessungsinstrument ist zunächst die enge Ausrichtung an dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu begrüßen. Damit durchzieht das neue Pflegeverständnis als roter Faden zunehmend die gesamte Pflegeversicherung, von der Begutachtung, der Ausbildung der Pflegefachkräfte über die Dokumentation bis hin zur Personalbemessung.

Zudem wurde erstmals eine wissenschaftlich fundierte und umfassende Definition einer fachgerechten Pflege auf Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffes entwickelt. Neben pflegerischen Handlungen wurden erforderliche Qualifikationsniveaus zur Leistungserbringung detailliert beschrieben, die zusätzlich von der Pflegegradeinstufung der Heimbewohner abhängen. Die Einführung einer flexiblen Fachkraftquote je nach Pflegegradbelegung in einer Einrichtung macht das Instrument leicht einsetzbar. Das ist gut so. Mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde das Leistungsspektrum besonders im Bereich der Betreuungsleistungen erweitert, für die nicht zwingend Pflegefachkräfte eingesetzt werden müssen. Zu betonen ist hier, dass trotz der sinkenden Fachkraftquote auf durchschnittlich 38 Prozent zukünftig nicht weniger Pflegefachkräfte in den Einrichtungen tätig sein sollen. Durch den verstärkten

Einsatz von Hilfskräften ändert sich lediglich das Verhältnis von Fach- und Hilfskräften. Der berechnete Personalmehrbedarf – je nach Hochrechnung zwischen 28 und 42 Prozent – vor allem an Hilfskräften ist beachtlich. Es erfordert daher die Anstrengung aller Partner in der Selbstverwaltung, die notwendigen Maßnahmen zur Personalgewinnung – wie etwa in der Konzierten Aktion Pflege vereinbart – entschlossen anzugehen. Es sollte auch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, dass in der aktuellen Versorgung zu wenig Personal eingesetzt wird. Denn die Forschungsgruppe der Universität Bremen geht bei ihren Hochrechnungen von einer vollständigen Umsetzung der fachlichen Anforderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffes aus. Die ist derzeit in der Praxis aber noch nicht festgestellt.

Erstmals kann ein bundesweit einheitliches und transparentes Verfahren zur Festlegung der erforderlichen Personalausstattung für eine fachgerechte Pflege in vollstationären Einrichtungen etabliert werden. Die derzeit nur schwer erklärbaren Unterschiede der einzelnen Bundesländer bei den vereinbarten Personalschlüsseln könnten dann der Vergangenheit angehören. Nun müssen zügig die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, etwa die Anpassung der landesrechtlichen Vorschriften (zum Beispiel Fachkraftquoten) und der Rahmenvereinbarungen.

Positiver Nebeneffekt ist, dass die Berufsgruppe der Pflegehelfer stärker in den Fokus rückt. Um die Vergleichbarkeit des eingesetzten Personals zu gewährleisten, sollten jedoch die unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen in den Ländern schnellstmöglich harmonisiert werden, da sonst erneut ein föderaler Flickenteppich der Personalausstattung droht. Durch das zusätzliche Personal bei Anwendung des Personalbemessungsinstrumentes werden die Vergütungssätze der Einrichtungen zwangsläufig steigen. Das darf aber nicht zu einer noch höheren Belastung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner führen, deren Eigenanteile in den letzten Jahren im Durchschnitt bereits stark angestiegen sind. Die Einführung des neuen Instrumentes muss zwingend durch eine entsprechende Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung begleitet werden. ■



STATIONÄRE PFLEGE

Neues Qualitäts- und Prüfsystem

Im Oktober 2019 wurde das neue Qualitäts- und Prüfsystem für die vollstationäre Pflege eingeführt. Dieses verknüpft das interne Qualitätsmanagement der Pflegeheime mit der externen Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Das neue System ist erfolgreich gestartet.

/Text/ Peter Pick

Das neue System, das auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt wurde, steht auf drei Säulen: der internen Qualitätssicherung in den Pflegeheimen, der externen Qualitätsprüfung durch den MDK und der neuen Qualitätsdarstellung für die Verbraucherinnen und Verbraucher. Die Pflegeheime erheben halbjährlich Ergebnisindikatoren zur Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und übermitteln diese an eine unabhängige Datenauswertungsstelle. Dabei erfassen die Einrichtungen, wie mobil und selbstständig die Bewohnerinnen und Bewohner sind, wie viele wie oft an Dekubitus oder an den Folgen von Stürzen leiden und anderes mehr. Die Datenauswertungsstelle prüft die Daten und wertet sie aus. Jedes Heim wird mit Referenzwerten aus anderen Einrichtungen verglichen. In Zukunft wird jede Einrichtung mit den bundesweiten Indikatorenergebnissen aller Pflegeheime verglichen. Dieses komplexe System, bei dem viele Schnittstellen miteinander verbunden sind und die ineinander greifen müssen, hat den Praxistest bestanden. Die technischen Abläufe zwischen Pflegeeinrichtung, Datenauswertungsstelle, Daten clearingstelle und den Medizinischen Diensten laufen problemlos.

Die externe Bewertung der Pflegequalität durch den MDK basiert wie bisher auf der persönlichen Inaugenscheinnahme sowie dem Gespräch mit den Bewohnerinnen und

Bewohnern. Die Prüferinnen und Prüfer stellen in jeder Einrichtung anhand einer Stichprobe von neun Personen die Qualitätssituation fest und untersuchen die individuelle Versorgung. Neu ist, dass der MDK nicht mehr Einzelkriterien nach einem Ja-Nein-Schema prüft, sondern dass die einzelnen Qualitätsaspekte mittels Leitfragen erschlossen werden. Die Qualitätsaspekte umfassen die Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen, bei Mobilität und Selbstversorgung sowie bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.

Die Fallkonstellationen, die sich daraus ergeben, können mit der neuen Bewertung besser abgebildet und die individuelle Versorgungssituation genauer eingeschätzt werden. Ein weiterer wichtiger Baustein ist das Fachgespräch. Die Prüferinnen und Prüfer besprechen mit den Pflegefachkräften vor Ort die Versorgung der in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Im Abschlussgespräch berät der MDK das Pflegeheim und gibt konkrete Empfehlungen, wie die Versorgungsqualität optimiert werden kann. Die ersten Auswertungen zeigen: Die pflegefachliche Beratung auf Augenhöhe hat an Bedeutung gewonnen und sie wird von beiden Seiten geschätzt.

Erste Prüfergebnisse zeigen gutes Qualitätsbild

Eine erste, nicht repräsentative Analyse zeigt, dass der MDK bei den Personenstichproben ganz überwiegend „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ festgestellt hat. „Erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Qualitätsdefizite kamen bislang selten vor. Festzustellen ist aber auch, dass manche Qualitätsaspekte – wie zum Beispiel Wundversorgung, Unterstützung bei der Eingewöhnungsphase oder bei herausforderndem Verhalten – häufiger nicht geprüft werden konnten. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Ergebnisse weiterentwickeln und welche Schlüsse dann daraus zu ziehen sind.

Vielzahl an Informationen stehen zur Verfügung

Grundlegend neu wurde auch die Qualitätsdarstellung für die Verbraucherinnen und Verbraucher gestaltet. In die Qualitätsdarstellung



Foto: MDS

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des
Medizinischen Dienstes des
Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e. V. (MDS)

fließen Informationen aus drei Quellen ein: aus vom Heim selbst erhobenen und von der Datenauswertungsstelle ausgewerteten Ergebnisindikatoren, aus den MDK-Prüfergebnissen und aus allgemeinen Informationen der Einrichtung. Die Inhalte der Qualitätsdarstellung haben GKV-Spitzenverband und Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene in einer Vereinbarung festgelegt. Entsprechend der Qualitätsdarstellungsvereinbarung wurden die Webportale der Pflegekassen – so zum Beispiel auch der vdek-Pflegelotse – neu gestaltet. Die Verbraucherinnen und Verbraucher können dort aus einer Vielzahl an Informationen dynamisch auswählen. Derzeit sind bereits mehrere hundert Qualitätsdarstellungsberichte auf den Webportalen der Pflegekassen veröffentlicht.

Lernphase für Einrichtungen und Prüfinstitutionen

Die neue Qualitätswelt steht auf einem soliden, fachlichen Fundament. Die Einführungsphase ist erfolgreich umgesetzt und sie sollte von allen Beteiligten als konstruktive Lernphase verstanden werden. Die neue Prüfphilosophie, der damit verbundene Beratungsansatz und die differenzierte Bewertung der Qualitätsergebnisse setzen wichtige Impulse für die weitere Qualitätsentwicklung. Von Vorteil ist auch, dass sich das neue Qualitätssystem an die aktuellen Entwicklungen in den Pflegeheimen anpasst. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass immer mehr Menschen mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen dort zu begleiten sind. Die Einführung der Ergebnisindikatoren stärkt das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen und es ermöglicht ein konstruktives Zusammenspiel von interner Qualitätssicherung und externer Qualitätsprüfung.

Gutes Fundament bietet Chance für zielgerichtete Weiterentwicklung

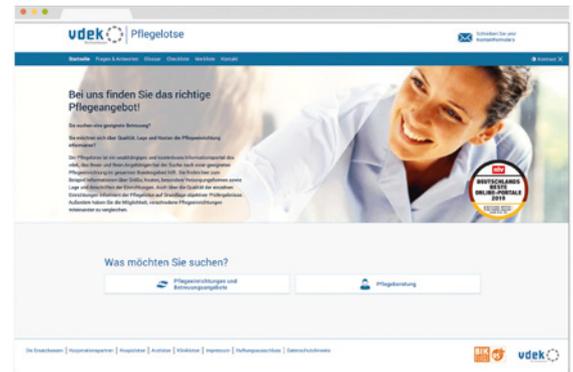
Der Übergang in die neue Qualitätswelt ist gelungen. Perspektivisch wird zu überlegen sein, ob es fachlich angezeigt ist, die Qualität dauerhaft an Durchschnittswerten der Einrichtungen zu messen. Möglicherweise wäre es für die Versorgungsentwicklung besser,

fachlich entwickelte Sollwerte festzulegen. Mit Blick auf die MDK-Prüfergebnisse ist zu fragen: Führt die derzeitige Bewertungssystematik zu einer ausreichenden Differenzierung? Unser erster Eindruck ist: Bei den Pflegeeinrichtungen müssen viele Prozess- und Ergebnisdefizite vorliegen, damit negative Bewertungskategorien wie „erhebliche“ bzw. „schwerwiegende“ Qualitätsdefizite zum Tragen kommen. Die ersten Ergebnisse scheinen dies zu bestätigen. Dann bestünde aber weiterhin die Gefahr, dass der Großteil der Einrichtungen bei den meisten Qualitätsaspekten überwiegend mit „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ oder „moderate Qualitätsdefizite“ abschneidet. Dies darf aber nicht der Fall sein, wenn bei den Bewohnerinnen und Bewohnern Mängel festgestellt wurden. Sollte dies der Fall sein, dann ist über eine stärkere Differenzierung bei der Darstellung der MDK-Prüfergebnisse nachzudenken.

Regelprüfungen wegen Corona ausgesetzt

Alle diese Fragen gilt es, in Zukunft weiter zu bearbeiten. Durch die Corona-Pandemie ist der begonnene Weg unterbrochen worden. Um das Infektionsrisiko für besonders verletzbare Personengruppen zu vermindern und die Einrichtungen während der Pandemie zu entlasten, war es notwendig, die Regelprüfungen kurzfristig bis Ende September 2020 auszusetzen. Dies wird dazu führen, dass nicht wie geplant alle Einrichtungen bis zum Jahresende einmal nach dem neuen System geprüft werden können. Es wird daher zu Verzögerungen kommen. Sobald jedoch die Krise überwunden ist, wird der Prozess wieder engagiert aufgenommen und an der weiteren praktischen Umsetzung gearbeitet werden. Im nächsten Schritt wird dann das neue Qualitäts- und Prüfsystem für die teilstationäre und für die ambulante Pflege auf den Weg zu bringen sein. ■

www.pflegelotse.de



Der vdek-Pflegelotse unterstützt bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung und informiert über Qualität, Lage und Kosten.
www.pflegelotse.de

*Der Übergang
in die neue
Qualitätswelt ist
gelungen.*



Corona

Ende 2019 sind in der chinesischen Stadt Wuhan vermehrt schwere Lungenentzündungen aufgetreten. Im Januar 2020 wurde der Erreger als ein neuartiges Coronavirus identifiziert, das als SARS-CoV-2 benannt wird. Es breitete sich im Laufe der Wochen ungebremst weltweit aus. Am 11. März 2020 stuft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verbreitung als Pandemie ein. Das Krankheitsbild, das durch eine Infektion mit dem Coronavirus ausgelöst wird, wird als Covid-19 bezeichnet. Die Übertragung erfolgt vor allem durch Tröpfcheninfektion. Derzeit existieren weder eine zielgerichtete Therapie noch ein Impfstoff.

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) ist es offen, wie viele Menschen sich insgesamt in Deutschland mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren werden. Schätzungen gehen von bis zu 70 Prozent der Bevölkerung aus. Dabei ist unklar, über welchen Zeitraum dies geschehen wird. Damit sich die Pandemie nicht so schnell ausbreitet und das Gesundheitswesen in Deutschland nicht überlastet wird, erließen Bund und Länder eine ganze Reihe von Schutzmaßnahmen. Dazu zählen ein Krankenhausentlastungsgesetz sowie eine Kontaktsperre. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben entsprechende Maßnahmen getroffen.

GESETZGEBUNG

Hilfspaket zur Bewältigung der Corona-Krise

Der Deutsche Bundestag hat am 25. März 2020 in einer bisher nie da gewesenen Frist ein Paket umfangreicher Hilfsgesetzgebung zur Bewältigung der Covid-19-Krise beschlossen. Bundestag und Bundesrat brachten das wohl größte Rettungsprogramm der Nachkriegsgeschichte auf den Weg. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bedeutet es eine immense Herausforderung, gleichzeitig stehen die Krankenkassen hinter den Maßnahmen und werden ihren Beitrag zur Bewältigung der Corona-Krise leisten.

/Text/ Christian Breidenbach

Die ersten Entwürfe für ein Hilfspaket waren nur wenige Tage zuvor in den zuständigen Bundesministerien – Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) – erarbeitet worden. Am 23. März 2020 verabschiedete das Bundeskabinett insgesamt drei Entwürfe zur Bewältigung der momentanen Lage im Gesundheits- und Sozialbereich.

- Gesetz zum Ausgleich Covid-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz)
- Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

- Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket)

COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz

Mit dem COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz sollen die finanziellen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie bei allen medizinischen Einrichtungen abgedeckt werden. Im Gesetz wird zwar mit Zahlen gerechnet, gleichzeitig heißt es aber auch: „Alle genannten Werte sind von der derzeit nicht absehbaren Dynamik der Ansteckungsquoten, der Wirkung der Isolationsmaßnahmen und der hieraus resultierenden Entwicklung stationärer Behandlungsfälle abhängig.“ Das Gesetz unterteilt die finanziellen Hilfen in folgende Bereiche:

1. Krankenhäuser

Krankenhäuser erhalten für die Zeit zwischen dem 16. März und 30. September 2020 in Tagespauschalen Ausgleichszahlungen, wenn sie planbare Eingriffe in der Zeit der Pandemie nicht durchführen konnten und dementsprechend keine Einnahmen daraus generieren. Über den Nachweis müssen sich die Vertragspartner verständigen. Laut Gesetz erhalten Krankenhäuser eine Tagespauschale von 560 Euro. Die Meldungen über fehlende Operationen müssen den Ländern als Aufsichtsbehörde angezeigt werden, Abschlagszahlungen können vereinbart werden.

Darüber hinaus erhalten Kliniken für jedes zusätzliche Bett mit Beatmungsmöglichkeit einmalig einen Betrag von 50.000 Euro. Bei den geförderten Betten soll ein Monitoring mit gleichzeitiger Anzeige von





Elektrokardiogramm, Sauerstoffsättigung und invasiven Drucken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräte gegeben sein. Die Intensivbetten können dabei zusätzlich zum bisherigen Bettenbestand des Krankenhauses geschaffen werden, sie sollen jedoch insbesondere über Betten aus anderen Stationen generiert werden. Die Länder finanzieren kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten. Die Ausgleichszahlungen und der bundeseinheitliche Bettenbonus werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert, anschließend erfolgt eine Teilrefinanzierung aus dem Bundeshaushalt durch Steuern.

Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, können zugelassene Krankenhäuser für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro abrechnen. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder ihren jeweiligen Krankenversicherungen.

Mit dem Gesetz erhalten die Länder die Möglichkeit, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, in denen infizierte Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt werden können. Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Umstellungsprozesse in diesen Einrichtungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, hierfür Pauschalentgelte zu vereinbaren. Wegen der Vergleichbarkeit der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen mit Krankenhausleistungen ist es sachgerecht, diese Pauschalen an die Fallpauschalen der Krankenhausvergütung anzulehnen. Die Personalausstattung

von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen unterscheidet sich je nach Schwerpunkt der Rehabilitationseinrichtung stark. Insbesondere ärztliches und pflegerisches Personal ist in Rehabilitationseinrichtungen in geringerem Maße beschäftigt, sodass fraglich ist, wie eine Versorgung von krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patientinnen und Patienten rund um die Uhr in den meisten Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt werden soll.

Alle oben genannten Maßnahmen sind zunächst bis zum 30. September 2020 befristet. Das BMG kann aber in Abstimmung mit dem Bundesfinanzministerium ohne Zustimmung des Bundesrates diese Fristen um bis zu sechs Monate verlängern.

Um die Krankenhäuser darüber hinaus vor wirtschaftlichen Folgeschäden zu bewahren, wurden Leistungen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der Covid-19-Infektion von der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen. Darüber hinaus werden auch Leistungen ausgenommen, die bei einem Verdacht auf eine Infektion mit Covid-19 erbracht werden. Krankenhäuser erhalten daher für diese Leistungen die volle Vergütung, auch wenn sie insoweit mehr Leistungen vereinbaren als für das vorangegangene Jahr. Weil auch andere Leistungen in erhöhtem Umfang zur Behandlung von Patientinnen und Patienten vereinbart werden müssen und die Krankenhäuser hierfür die volle Vergütung erhalten, wird den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit eingeräumt, weitere Leistungen vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen.

Ebenfalls zusätzlich wird der vorläufige Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten ab dem 1. Mai 2020 auf 185 Euro erhöht. Damit sollen ebenfalls die Liquidität der Krankenhäuser und die Möglichkeit zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal für eine steigende Anzahl von Patientinnen und Patienten mit einer Covid-19-Infektion gestärkt werden.

Um auch im Bereich der Abrechnungsprüfungen eine Entlastung für die Krankenhäuser zu schaffen, werden die Abrechnungs-Prüfquoten für Krankenhäuser im Jahr 2020 von 12,5 auf fünf Prozent reduziert. Auf die Erhebung von Aufschlägen in den Jahren 2020 und 2021 wird ebenfalls verzichtet. Dennoch sind die Krankenhäuser dazu angehalten, regelkonform abzurechnen.

Alle Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung und der Erhöhung von Bettenkapazitäten für die Behandlung von Covid-19-Erkrankten sind erforderlich. Dazu zählen die Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen sowie die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. Aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist es folgerichtig, dass die Bundesregierung das Ziel hat, Erlösausfälle sowie Defizite der Krankenhäuser zu vermeiden und die Liquidität der Krankenhäuser kurzfristig sicherzustellen. Folgerichtig ist ebenfalls, dass die Maßnahmen durch den Bund finanziert werden sollen.

2. Vertragsärztliche Versorgung

Um die vertragsärztliche Versorgung während der „epidemischen Notlage“ sicherzustellen, sollen Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Kosten für eine geringere Patientenanspruchnahme erstatten. Diese diene dem Schutz vor einer zu hohen Umsatzminderung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Besonders wenn das Gesamthonorar um mehr als zehn Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal gemindert ist, soll es befristete Ausgleichszahlungen durch die KV geben. Diese Kosten sollen dann die Krankenkassen erstatten.

Zusätzlich bekommen die KV die Kosten für „Schwerpunktambulanzen“ erstattet, wenn diese errichtet werden, um laut Gesetzentwurf „Patientinnen

und Patienten mit Atemwegserkrankungen vom übrigen Patientenkontext zu trennen“.

Die Ersatzkassen teilen die Ansicht der Bundesregierung, dass der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt wird und dass dies zu einer enormen Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung geworden ist. Es ist daher auch im vertragsärztlichen Bereich richtig, in dieser Situation außerordentliche Maßnahmen zu ergreifen. Das Ziel der Bundesregierung, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die damit verbundenen erheblichen zusätzlichen Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu erstatten, wird unterstützt. Allerdings hat der Staat die Kosten für Maßnahmen der Gefahrenabwehr auch im Zusammenhang mit der Ausbreitung einer meldepflichtigen Infektionskrankheit zu tragen. Somit sind auch die Kosten infrastruktureller Maßnahmen im Zusammenhang mit der Errichtung der Testzentren aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren.

3. Heilmittel

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von Mai 2019 hatte der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelbringer verpflichtet, die bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung mit Wirkung zum 1. Juli 2020 zu schließen. Um den Verhandlungspartnern der Heilmittelverträge den notwendigen zeitlichen Verhandlungsspielraum zu geben und um ein Auseinanderfallen des Inkrafttretens der Heilmittelverträge und der Heilmittel-Richtlinie zu vermeiden, sollen die Heilmittelverträge nun mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2020 geschlossen werden. Die Frist zum Abschluss bundesweiter Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (die sogenannte „Blankoverordnung“) wird um ein Jahr auf den 15. März 2021 verschoben.

4. Pflege

Die Begutachtung und Prüfung von Pflegebedürftigkeit kann laut Gesetzesbeschluss ausgesetzt werden oder aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) in Kombination mit strukturierten Interviews erfolgen. Wiederholungsbegutachtungen werden ebenfalls ausgesetzt. Das Pflegegeld kann nicht gekürzt oder entzogen werden, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. September 2020 keine Beratung in Anspruch nimmt.

Bis zum 30. September 2020 besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, auch ohne dass die sonst notwendigen Voraussetzungen erfüllt werden. Um besonderen Belastungen aufgrund der durch das Coronavirus ausgelösten Pandemie gerecht zu werden, sollen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Kurzzeitpflege auch ohne Erfüllung der Voraussetzung erbringen können.

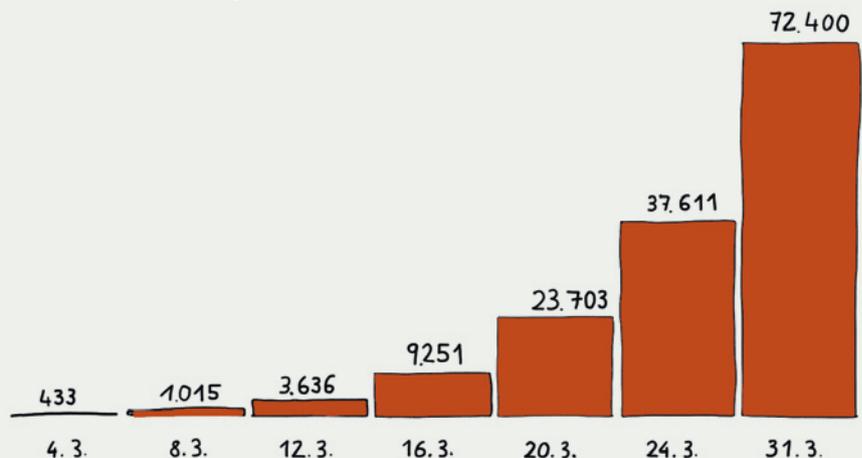
Die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich in Bezug auf das pflegerische Personal stark. Aus Sicht des vdek ist es unklar, wie eine Versorgung von Kurzzeitpflegegästen höherer Pflegegrade mit dem vorhandenen Personal – insbesondere in der Nacht – sichergestellt werden kann.

Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge der Coronavirus-Pandemie anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, von den Pflegekassen erstattet. Mit dieser neuen Regelung soll den Pflegeeinrichtungen die Sicherheit gegeben werden, durch die Corona-Pandemie bedingte finanzielle Mehrausgaben oder Mindereinnahmen über die Pflegeversicherung erstattet zu bekommen. Die Kosten für die Schutzausrichtung der ambulanten Pflegedienste werden zwischen der GKV und der sozialen Pflegeversicherung geteilt.



Coronavirus SARS-CoV-2

Bestätigte Fälle kumuliert*; März 2020;
bundesweit; Stand: 31. März 2020



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Robert Koch-Instituts

*Gesamtplus der Fälle zum Vortag verteilt sich auf verschiedene Tage aufgrund des Übermittlungsprozesses



Zusätzlich wird die Qualitätsprüfung von Heimen in der Zeit der Pandemie ausgesetzt.

Analog den Regelungen im Krankenhausbereich sind auch die Maßnahmen bis zum 30. September 2020 befristet. Das BMG kann auch hier in Abstimmung mit dem Bundesfinanzministerium ohne Zustimmung des Bundesrates eine Verlängerung um bis zu sechs Monate anordnen.

Die Ersatzkassen halten es für richtig, in besonderem Maße die Gesundheit der Pflegebedürftigen, die aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen in der Regel ein deutlich erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Krankheit haben, zu schützen. Genauso gilt es, alle Maßnahmen zu ergreifen, auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der Medizinischen Dienste zu schützen. Die Aussetzung der Prüfung von Pflegebedürftigkeit oder die Entscheidung nach Aktenlage sind daher zu begrüßen.

Ausdrücklich unterstützt wird die Zielsetzung, persönliche Kontakte der Prüferinnen und Prüfer, der Gutachterinnen und Gutachter sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen mit Pflegebedürftigen soweit wie möglich zu vermeiden. Es ist unverzichtbar, dass entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, sodass alle verfügbaren Pflegekräfte und Betreuungskräfte der Einrichtungen daran mitarbeiten können, die pflegerische Versorgung aufrechtzuerhalten. Folgerichtig ist daher auch, dass während der Corona-Pandemie keine Personalkapazitäten für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung eingesetzt werden.

Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Im Rahmen seiner umfangreichen Hilfsgesetzgebung zur Bewältigung der Covid-19-Krise hat der Bundestag auch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beraten und beschlossen. Mit dem Gesetz stellt der Bundestag fest, dass durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 und der dadurch verursachten Epidemie eine epidemische Lage von nationaler Tragweite eingetreten ist.

Mit dem Gesetz wurde daher das BMG ermächtigt, durch Anordnung oder Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Grundversorgung mit Arzneimitteln einschließlich Betäubungsmitteln, Medizinprodukten, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen zu treffen. Nach Ansicht des Parlaments sei eine ergänzende Zuständigkeit des Bundes für Maßnahmen der Verhütung und insbesondere der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bislang nicht notwendig gewesen. Das aktuelle Ausbruchsgeschehen der durch das Coronavirus verursachten Krankheit Covid-19 zeige jedoch, dass im seuchenrechtlichen Notfall das Funktionieren des Gemeinwesens erheblich gefährdet sein könne.

Deshalb wurden das BMG und somit der Bund mit weitreichenden Durchgriffsrechten in bisher durch die Länder geregelte Bereiche ausgestattet. So kann das Robert Koch-Institut (RKI) nun die Zusammenarbeit zwischen den

Ländern, zwischen Land und Bund sowie weiteren beteiligten Behörden und sonstigen beteiligten Stellen koordinieren und Informationen austauschen. Für länderübergreifende Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung werden Regelungen vorgesehen, die eine Klarstellung der Zuständigkeiten der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden ermöglichen. Angesichts des möglichen sehr rasch zu deckenden Bedarfs an weiteren Räumlichkeiten zur Versorgung wurden zeitlich befristet Abweichungen von bauplanungsrechtlichen Vorgaben und Standards des Baugesetzbuchs ermöglicht.

Alle Maßnahmen werden laut Gesetz zunächst bis zum 31. März 2021 befristet bzw. müssen zu einem früheren Zeitpunkt durch einen Beschluss des Bundestags aufgehoben werden, wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht länger gegeben ist.

Sozialschutzpaket

Das Sozialschutz-Paket aus dem BMAS soll helfen, die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie für die Bürgerinnen und Bürger abzufedern. So enthält es beispielsweise einen erleichterten Zugang zu den Grundsicherungssystemen, Lockerungen im Arbeitsrecht und bei Hinzuverdienstmöglichkeiten zum Beispiel für Rentnerinnen und Rentner, Studierende und Freiwilligendienstleistende Erleichterungen in den Arbeitsweisen der sozialen Selbstverwaltung und Hilfen für Familien. ■

> Seite 27

> Seite 28

> Seite 30



Foto: privat

Christian Breidenbach
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

AMBULANTE VERSORGUNG

Schnelle Reaktion auf Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie stellt die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland vor große Herausforderungen. Zum einen muss die Testung und Behandlung von Erkrankten sichergestellt, zum anderen eine Ausbreitung des Virus eingedämmt werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat hierzu in den letzten Wochen eine Reihe von Maßnahmen getroffen.

/Text / Björn-Ingemar Janssen

Bereits Anfang Februar 2020, kurz nach Auftreten des ersten bestätigten Corona-Falles, hatten die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Labortest in den Leistungskatalog für gesetzlich Krankenversicherte aufgenommen. Außerdem wurde vereinbart, dass ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einem Verdachtsfall oder einer bestätigten Infektion außerhalb des üblichen Budgets vergütet werden.

In vielen Regionen wurden spezielle Anlaufstellen oder Fieberambulanzen errichtet, um Vertragsärzte zu entlasten und gleichzeitig die Übertragung auf andere Patienten in den Praxen zu verhindern. Teilweise werden Testabstriche auch bei Hausbesuchen von besonderen Teams durchgeführt. Die Kassenverbände vor Ort sind im intensiven Dialog mit den Behörden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und unterstützen diese bei der Umsetzung der Konzepte.

Zusätzliche Schutzausrüstung

Eine besondere Herausforderung bleibt die Ausstattung der Ärzte mit Schutzausrüstung wie Atemmasken und Schutzbrillen. Das Bundesgesundheitsministerium hat unter anderem die Bundeswehr beauftragt, die Beschaffung zentral zu koordinieren. Die

Verteilung erfolgt durch die KV. Bereits Mitte März haben die Krankenkassen zugesagt, diese Materialien, die normalerweise bereits über die Gebührenordnung abgedeckt sind, zusätzlich zu finanzieren. Bis die vom Bund bestellten Produkte in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, gibt es ergänzende regionale Absprachen.

Außerdem ist es wichtig, möglichst viele persönliche Arztbesuche – und damit verbundene Infektionsrisiken – zu vermeiden. Wenn medizinisch sinnvoll, sollte der Kontakt mit dem Patienten in einer Videosprechstunde erfolgen. Finanziell wird dies bereits seit Oktober 2019 besonders gefördert. Nun hat der Bewertungsausschuss zusätzlich bisherige Begrenzungsregeln für die Dauer der Corona-Pandemie ausgesetzt und weitere Leistungen einbezogen. Auch in der Psychotherapie können Sprechstunde und probatorische Sitzungen als Videokontakt durchgeführt werden. Daneben werden die Arztpraxen durch die Möglichkeit, vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 14 Tagen auch telefonisch zu bescheinigen, maßgeblich entlastet.

Aufgrund der sich ständig verändernden Lage ergibt sich täglich neuer Handlungsbedarf. Die Zentrale des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und die vdek-Landesvertretungen befinden sich in einem permanenten Austausch mit den Partnern bei anderen Kassenverbänden, dem GKV-Spitzenverband sowie den KV. Wichtig ist derzeit, schnell und pragmatisch zu handeln. ■

Die Kassenverbände vor Ort sind im intensiven Dialog mit den Behörden und Kassenärztlichen Vereinigungen.



Foto: privat

Björn-Ingemar Janssen
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



AUSGLEICH

Entlastungen der Arbeitgeber und Versicherten bei der Beitragszahlung

Die Bundesregierung hat zur Bewältigung der Corona-Krise außergewöhnliche Maßnahmen beschlossen, um Arbeitnehmern und Selbstständigen zu helfen, Umsatz- und Einkommenseinbußen auszugleichen. Dafür hat sie in wenigen Tagen mehrere Gesetze auf den Weg gebracht, die vor allem das Entschädigungsrecht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), die soziale Sicherung bei Kurzarbeit und Regelungen zum Insolvenzrecht betreffen.

/ Text / Stefan Sieben

Für Arbeitnehmer und Selbstständige sieht das „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ Maßnahmen vor, um deren Versicherungsschutz sicherzustellen und/oder sie bei der Beitragszahlung zu entlasten. Dazu zählen neue Entschädigungsleistungen nach den Bestimmungen des IfSG, wenn die Eltern wegen Kinderbetreuung der Arbeit fernbleiben. Modifikationen bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld und bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung kurzfristiger Beschäftigungen ergeben sich aus dem „Gesetz für den erleichterten Zugang zur sozialen Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket)“ und aus der „Verordnung über Erleichterungen der Kurzarbeit (Kurzarbeitergeldverordnung – KugV)“.

Erleichterte Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen für Betriebe/Unternehmen und Versicherte einschließlich der Aussetzung der Insolvenzanspruchspflicht: Die Zahlungserleichterungen

beruhen auf einem zwischen den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung abgestimmten Papier „Maßnahmen zur Unterstützung der vom Coronavirus betroffenen Arbeitgeber und Mitglieder bei der Zahlung der Beiträge“ vom 25. März 2020, die Regelungen zur Insolvenzordnung ergeben sich aus dem „Gesetz zur Abmilderung der Folgen der Covid-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht“.

Entschädigungsleistung bei Kinderbetreuung

Die Entschädigung soll Verdienstauffälle abmildern, die Eltern haben, wenn sie ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen können, weil Einrichtungen zur Betreuung von Kindern oder Schulen aufgrund behördlicher Anordnung zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten vorübergehend geschlossen werden oder deren Betreten verboten ist. Die Regelung gilt seit 30. März 2020.

Voraussetzungen für die Entschädigung sind, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und dass es für das Kind keine anderweitige zumutbare Betreuungsmöglichkeit gibt. Zumutbare Betreuungsmöglichkeiten, die den Anspruch ausschließen, sind beispielsweise die „Notbetreuung“ in der Kindertagesstätte oder der andere Elternteil oder andere Familienmitglieder können die Betreuung übernehmen. Anspruch auf Entschädigung besteht generell nicht bei Kurzarbeit oder wenn der Erwerbstätige bereits nach anderen gesetzlichen, tariflichen, betrieblichen oder individualrechtlichen Grundlagen unter Fortzahlung des Entgelts oder einer der Höhe nach dem Entgelt entsprechenden Geldleistung der Arbeit fernbleiben kann. Auch Zeitguthaben schließen den Anspruch aus. Während der regulären Schulferien besteht ebenfalls kein Entschädigungsanspruch.

Die Entschädigung wegen fehlender Kinderbetreuungsmöglichkeit wird für sechs Wochen bis maximal zum Ende der Schließung oder des Betretungsverbotens gezahlt. Sie beträgt 67 Prozent des dem erwerbstätigen SORBerechtigen entstandenen Verdienstauffalls bis höchstens 2.016 Euro bezogen auf einen



Foto: vdek/Monfred Schild

Stefan Sieben
Abteilung Finanzen/
Versicherung beim vdek

vollen Monat. Sie wird vom Arbeitgeber ausbezahlt, der einen Erstattungsanspruch gegenüber der zuständigen Landesbehörde hat.

Der Versicherungsschutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung besteht für die Dauer der Inanspruchnahme der Entschädigung fort. Bemessungsgrundlage für die Beiträge sind 80 Prozent des dieser Entschädigung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Die Beiträge sind vom Arbeitgeber allein zu tragen und werden diesem ebenfalls auf Antrag durch die Landesbehörde erstattet.

Vorübergehende Sonderregelungen bei Kurzarbeit

Kurzarbeit ist eine Geldleistung der Bundesagentur für Arbeit, die dazu dient, bei Arbeitsausfällen die Beschäftigung zu sichern. Verschiedene Maßnahmen der Bundesregierung erleichtern nun den Zugang zum Kurzarbeitergeld. So werden dem Arbeitgeber für Arbeitsausfälle bis zum 31. Dezember 2020 die von ihm während des Bezugs von Kurzarbeitergeld allein zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung auf Antrag in pauschalierter Form erstattet. Dieses Erstattungsverfahren wird zwischen den Arbeitgebern und den Arbeitsagenturen abgewickelt. Die Krankenkassen sind insoweit nicht beteiligt. Wie bisher besteht während des Bezugs von Kurzarbeitergeld der Versicherungsschutz in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die Zeitgrenze für das Vorliegen einer versicherungsfreien kurzfristigen Beschäftigung wird von drei Monaten oder 75 Arbeitstagen auf fünf Monate oder 115 Arbeitstage erweitert. Damit können Arbeitnehmer im Rahmen der Kurzfristigkeit in allen Versicherungszweigen zwei Monate (40 Arbeitstage) länger als bisher versicherungs- sowie beitragsfrei beschäftigt sein. Der Arbeitgeber ist insoweit von Sozialversicherungsbeiträgen entlastet. Diese Maßnahme soll insbesondere den Landwirten helfen. Sie gilt vom 1. März bis einschließlich 31. Oktober 2020.

Stundung von Beiträgen

Auf Antrag des Arbeitgebers können die bereits fällig gewordenen oder noch fällig werdenden Sozialversicherungsbeiträge zunächst für die Ist-Monate März 2020 bis

April 2020 gestundet werden; Stundungen können zunächst längstens bis zum Fälligkeitstag für die Beiträge des Monats Mai 2020 (also bis zum 27. Mai) gewährt werden.

Einer Sicherheitsleistung bedarf es hierfür nicht. Stundungszinsen sind nicht zu berechnen. Es bestehen keine Bedenken, wenn hiervon auch Beiträge erfasst werden, die bereits vor dem vorgenannten Zeitraum fällig wurden, unabhängig davon, ob bereits eine Stundungsvereinbarung geschlossen wurde oder andere Maßnahmen eingeleitet wurden. Von der Erhebung von Säumniszuschlägen oder Mahngebühren soll für den vorgenannten Zeitraum abgesehen werden, zumal diese nach dem geltenden Recht unter bestimmten Voraussetzungen ohnehin erlassen werden könnten. Soweit Säumniszuschläge und gegebenenfalls Mahngebühren erhoben wurden oder noch werden, sollen sie auf Antrag des Arbeitgebers erlassen werden. Soweit Arbeitgeber erheblich von der Krise betroffen sind, kann von Vollstreckungsmaßnahmen für den oben genannten Zeitraum bei allen rückständigen oder bis zu diesem Zeitpunkt fällig werdenden Beiträgen vorläufig abgesehen werden.

Wichtig: Vor der erleichterten Stundung von Beiträgen sind vorrangig die seitens der Bundesregierung geschaffenen Mechanismen sowie sonstige Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen, wie etwa die Fördermittel und Kredite, die unter der Federführung des Bundesfinanzministeriums und des Bundeswirtschaftsministeriums als Schutzschirme vorgesehen sind, zu nutzen.

Die vorgenannten Maßnahmen gelten entsprechend für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die ihre Beiträge selbst zu zahlen haben, sofern sie von der aktuellen Krise unmittelbar und nicht unerheblich betroffenen sind. Bei freiwillig versicherten Selbstständigen ist zu prüfen, ob vor einer Stundung auch die Möglichkeit einer Beitragsermäßigung wegen eines krisenbedingten Gewinneinbruchs nach den Bestimmungen der Beitragsverfahrensgrundsätze in Betracht kommt. Wenn ja, können die Krankenkassen anstelle des steuerlichen Vorauszahlungsbescheides auch andere Nachweise, zum Beispiel Erklärungen von Steuerberatern oder glaubhafte Erklärungen des Mitglieds über erhebliche Umsatzeinbußen, zur geänderten finanziellen Situation akzeptieren. ■

Von der Erhebung von Säumniszuschlägen oder Mahngebühren soll abgesehen werden.



VERSORGUNG

Ein Schutzschirm für die Pflege

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie bedroht in besonderem Maße die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen. Aufgrund ihres Alters und in der Regel zahlreicher Vorerkrankungen haben diese Menschen ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Da zudem die Versorgung in der Pflege durch eine hohe Zahl persönlicher Kontakte geprägt, ist, sind auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen und den Medizinischen Diensten besonders gefährdet. Frühzeitig wurden daher von den Pflegekassen und deren Verbänden zahlreiche organisatorische und finanzielle Maßnahmen vorbereitet und getroffen, um die pflegerische Versorgung einerseits zu sichern und sie andererseits auch sicher(er) zu machen.

/ Text / Oliver Blatt und Stefan Wilderotter

Die Pflegekassen und deren Verbände haben in der pflegerischen Versorgung eine systemrelevante Rolle, die sie verantwortungsbewusst ausfüllen wollen.

Das oberste Ziel aller Maßnahmen in der Pflege muss es sein, die Versorgung der Pflegebedürftigen – sei es zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung – auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie zu sichern. Um dies

zu gewährleisten, haben die Pflegekassen und deren Verbände frühzeitig zunächst intern alle möglichen organisatorischen und personellen Vorkehrungen getroffen, um ihr Verwaltungshandeln gegenüber den Versicherten und Leistungserbringern aufrechterhalten zu können. Die Pflegekassen und deren Verbände haben in diesen schwierigen Zeiten in der pflegerischen Versorgung eine systemrelevante Rolle, die sie verantwortungsbewusst ausfüllen wollen.

Mit Blick auf die aufkommenden Problemlagen im Zusammenhang mit Covid-19 hat die Pflegeselbstverwaltung, also die Verbände der Pflegekassen, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Pflege-Leistungserbringer, bereits Anfang März schnell, unbürokratisch und in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zahlreiche Maßnahmen erarbeitet, um einerseits die Pflegebedürftigen vor der

Ausbreitung von Covid-19 zu schützen und andererseits die Pflegeeinrichtungen in die Lage zu versetzen, die Versorgung so lange und flexibel wie möglich aufrechtzuerhalten.

Diese sind mittlerweile gesetzgeberisch weit überwiegend im sogenannten COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz aufgegriffen worden, welches in einem stark beschleunigten parlamentarischen Verfahren bereits Anfang April 2020 in Kraft getreten ist. Zudem findet sich dort – völlig zurecht – auch ein finanzieller Schutzschirm für Pflegeeinrichtungen, um die Pflegeinfrastruktur in dieser schwierigen Zeit finanziell zu sichern.

Ein ganzer Katalog an Maßnahmen gibt den Pflegeeinrichtungen die nötige Flexibilität und Sicherheit, die pflegerische Versorgung so gut wie möglich sicherzustellen: Die regelhaften externen Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen werden bis 30. September 2020 ausgesetzt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass externe Kontakte in den Einrichtungen ohnehin überwiegend verboten sind und die Medizinischen Dienste ihre frei werdenden pflegefachlichen und medizinischen Ressourcen neu justieren und gegebenenfalls sogar an

anderer Stelle im Gesundheitswesen einsetzen können. Ähnlich gelagert ist die Aussetzung der regelmäßigen Beratungsbesuche bei den Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen. Auf die verpflichtenden Besuche in der Häuslichkeit wird ebenfalls bis 30. September 2020 verzichtet, ohne dass es für den Pflegebedürftigen zur Kürzung oder Einstellung der Zahlungen des Pflegegeldes kommt. Auch dies dient dem Schutz der Pflegebedürftigen.

Den Ländern wurde mit Blick auf die heimrechtlichen Anforderungen empfohlen, die für die Einrichtungen verbindliche Pflegefachkraftquote auszusetzen, auch hier drohen während der Epidemie den Einrichtungen bei Covid-19 bedingten Ausfällen von Fachkräften keine rechtlichen Konsequenzen. Zudem sind die Vergütungskürzungen ausgesetzt.

Pflegebegutachtung umgestellt

Vorübergehend umgestellt wurde auch das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste. Dieses wurde bisher überwiegend persönlich und in der Häuslichkeit des Versicherten durchgeführt. Mit Blick auf die Gesundheit der Versicherten, aber auch der Begutachter, wurde das Verfahren modifiziert. Bis zum 30. September 2020 wird die Prüfung der Pflegebedürftigkeit auf der Basis der dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) in Kombination mit strukturierten Interviews erfolgen und es wird auf eine umfassende persönliche Untersuchung verzichtet. Zudem werden derzeit nur Erstbegutachtungen durchgeführt, sogenannte Wiederholungsbegutachtungen werden komplett ausgesetzt. Um auch der besonderen personellen Situation bei den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten gerecht zu werden, ist die gesetzlich vorgegebene Fünf-Wochen-Frist für die Erstellung der Gutachten und die bei Überschreitung von der Pflegekasse zu leistende Strafzahlung ausgesetzt. Die Frist greift nur noch bei Begutachtungen mit besonders dringendem Entscheidungsbedarf.

Mit dem COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden Regelungen geschaffen, um die finanziellen Folgen der Pandemie auch für diesen wichtigen und sensiblen Versorgungsbereich abzufedern. Mit dem Gesetz können ambulante und stationäre

Pflegeeinrichtungen außerordentliche Aufwände und Mindereinnahmen infolge der Covid-19-Pandemie gegenüber einer Pflegekasse geltend machen. Voraussetzung ist, dass alle staatlichen Fördermaßnahmen (Kurzarbeitergeld, Einzelförderungen des Bundes und der Länder usw.) ausgeschöpft sind.

Um das Antragsverfahren genau zu beschreiben, hat der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegekassen noch vor Inkrafttreten des Gesetzes bereits die entsprechende Festlegung erarbeitet. Dort wird detailliert beschrieben, wie das Antragsverfahren abläuft und welche Tatbestände genau umfasst sind. Die Einrichtungen können demnach unbürokratisch und mit einem einzigen Formular ihren Anspruch gegenüber der Pflegekasse geltend machen. Der Anspruch umfasst angefallene Mehrkosten beispielsweise aufgrund von Mehrarbeit oder zusätzlich eingestelltem Personal ebenso wie zusätzlich Kosten für infektionshygienische Schutzmaßnahmen. Aber auch Mindereinnahmen aufgrund von Covid-19 bedingten Leistungsausfällen sind berücksichtigt. Insgesamt sind die Festlegungen eine wichtige Grundlage und Richtschnur, um in allen Bundesländern ein einheitliches Erstattungsverfahren aufsetzen zu können. Auf dieser Grundlage werden nun in den Ländern die Zuständigkeiten zwischen den Pflegekassenarten und Krankenkassenarten geklärt. Auch hier hat die Pflegeverwaltung Hand in Hand gearbeitet und schnell und unkompliziert wichtige regulatorische Grundlagen für den finanziellen Schutzschirm in der Pflege geschaffen.

Die Covid-19-Pandemie stellt die Gesellschaft und das Gesundheits- und Pflegesystem vor große Herausforderungen. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist dabei ein zentrales Anliegen in der Organisation der gesundheitlichen Versorgung. Mit den frühzeitig durch die Pflegeselbstverwaltung erarbeiteten und vom Gesetzgeber aufgegriffenen Maßnahmen wird eine gute Grundlage für eine flexible und nachhaltige Versorgung in der Pflege gesichert. Der finanzielle Schutzschirm in der Pflege hilft den Einrichtungen und damit auch allen Pflegekräften, in einem einigermaßen gesicherten finanziellen Umfeld zu agieren. ■



Oliver Blatt
Abteilungsleiter Gesundheit
beim vdek



Stefan Wilderotter
Abteilung Gesundheit
beim vdek

Foto: vdeby/Georg J. Lopata

Foto: Fotostudio Friedrich



BPA

Information und Transparenz

Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige sind mit Blick auf das neuartige Coronavirus Covid-19 besonders vulnerable Gruppen. Hier ist die Gefahr der Ausbreitung groß. Daher muss auch ein besonderer Blick in die Pflegeeinrichtungen geworfen werden. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) unternimmt alles, um seine Mitgliedseinrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen. Vorrangiges Ziel ist es, die tägliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Land aufrechtzuerhalten.

/ Text / Bernd Meurer

Der bpa setzt auf eines: Information und Transparenz. Schon in der frühen Phase, als es sich bei Corona noch um eine Epidemie handelte, hat der bpa für seine Mitglieder Informationen aufbereitet, in denen er im Wesentlichen daran erinnerte, welche (Hand-)Hygienemaßnahmen vonnöten sind. Allerdings ging es hier eher darum, Einrichtungen und Diensten Materialien für die Pflegehaushalte und die Besucher von pflegebedürftigen Menschen an die Hand zu geben. Schließlich wissen die Mitglieder beziehungsweise ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genau, wie sie sich zu verhalten haben, denn Hygiene und Desinfektion gehören zu ihrer täglichen Routine.

In der nächsten Stufe, als das Virus in Deutschland angekommen war, lag der Schwerpunkt darin, die Einrichtungen sofort flächendeckend mit allen wichtigen Informationen zu versorgen. Die Devise des bpa lautete, dass vermeidbare Kontakte tatsächlich vermieden werden müssen. Folgerichtig hat der bpa sehr früh zur Umsetzung von Besuchsverboten aufgefordert.

Wichtig und notwendig war die Konzentration auf das jetzt vorrangige Thema Corona. Der bpa hat seine Kommunikationswege neu strukturiert, die Verbands-Website www.bpa.de verfügt nun über eine spezielle Seite zum Thema Corona. Dort werden die aktuellen Informationen zu allen 16 Bundesländern zur Verfügung gestellt und um Umsetzungshilfen ergänzt – von Erlassen der Landräte und Gesundheitsämter über relevante neueste Erkenntnisse des Robert Koch-Institutes (RKI) bis zu Rechtsverordnungen und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes. Durch die Entlastung von verschiebbaren Aufgaben können die bpa-Mitarbeiterinnen und bpa-Mitarbeiter Anfragen der Mitglieder schnell und unbürokratisch beantworten. Sie versuchen zu helfen, wo es nur geht – sei es beim Ausfüllen von Formularen, bei der Beschaffung von Hygieneartikeln oder bei der Organisation der Kinderbetreuung.

Ebenso wichtig wie der Informationsfluss an die Mitglieder ist das Engagement auf anderen Ebenen. So nimmt der bpa regelmäßig an Telefonkonferenzen mit den Bundesministerien teil und arbeitet eng mit der Politik, dem GKV-Spitzenverband sowie den Kranken- und Pflegekassen zusammen. Diese Aktivitäten münden in aktuelle Gesetzentwürfe, mit deren Umsetzung ein gemeinsames Ziel aller Akteure verfolgt wird: Die Pflegeeinrichtungen und Dienste von nachrangigen Aufgaben, bürokratischen Hindernissen und wirtschaftlichen Sorgen zu befreien und den Fokus auf die pflegerische Versorgung zu legen.

Jedoch würde die Kette all dieser Maßnahmen nichts bewirken, wäre da nicht ihr wesentliches Glied: Die Pflegenden, die ihre privaten Interessen, das Wohlergehen ihrer Familien und ihre nachvollziehbaren persönlichen Sorgen momentan in den Hintergrund stellen, um die pflegebedürftigen Menschen zu versorgen. ■



Bernd Meurer
Präsident Bundesverband
privater Anbieter sozialer
Dienste e. V. (bpa)

STATEMENTS

Gemeinsam durch die Krise

Die durch die Ausbreitung des Coronavirus ausgelöste Krise trifft die Akteure des Gesundheitswesens mit voller Wucht. Neben den vielen Warnungen und Forderungen der unterschiedlichen Interessengruppen und Leistungserbringer zeigt sich auch der Wille, in diesen Zeiten zusammenzustehen und die Probleme gemeinsam zu bewältigen.



„Wir riskieren für EUCH menschliche Nähe, bleibt IHR bitte auf DISTANZ.“

 Team der Neurochirurgie und der operativen Intensivmedizin der Uniklinik RWTH Aachen auf Twitter



Foto: BMG

„Meine Zusage gilt:
Wenn unser neues Gesetz den Krankenhäusern nicht ausreichend Liquidität und Sicherheit gibt, werden wir zügig nachsteuern.“

 Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) auf Twitter



Foto: vdek/Georg-Lapata

„Der Staat zeigt Handlungsfähigkeit in einer außergewöhnlichen Situation. Insbesondere das Krankenhausentlastungsgesetz spannt einen Rettungsschirm über niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen. Die Ersatzkassen unterstützen das sehr.“

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
www.vdek.com



Foto: Lapata/aventis

„Mit ihrer gesamten Logistik stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen bereit, die zugesagten Lieferungen des Bundesgesundheitsministeriums mit Schutzmaterial zu verteilen.“

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de



Foto: Charité/Wiebe Peitz

„Natürlich lassen sich die jetzigen Maßnahmen zur Distanzierung und Kontaktminimierung auf keinen Fall durch das allgemeine Tragen von Masken ersetzen! **Masken sind eine Ergänzung der Maßnahmen** und eine Erinnerung für Alle an den Ernst der Lage!“

Prof. Dr. Christian Drosten,
Leiter des Instituts für Virologie an
der Charité – Universitätsmedizin
Berlin, auf Twitter



Foto: ABDA

„Wir bitten um Verständnis für die **Vorsichtsmaßnahmen in Apotheken**. Sie dienen

nicht nur dem Schutz des Apothekenteams, sie dienen genauso dem Schutz der Menschen, die in die Apotheke kommen, insbesondere der älteren Patienten.“

Friedemann Schmidt, Präsident
der ABDA – Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände e. V.
www.abda.de



Foto: GKV-Spitzenverband

„Wir wollen den vielen Menschen, die sich jetzt in vorderster Reihe um die Patienten

kümmern, den Rücken freihalten. **Wir sorgen dafür, dass die gesundheitliche Infrastruktur auch unter Krisenbedingungen funktioniert**, während Mediziner und Pfleger vor Ort die praktische Versorgung sicherstellen.“

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstand
GKV-Spitzenverband
www.gkv-spitzenverband.de



Foto: DKG

„Die Krankenhäuser vertrauen darauf, dass das Wort der Bundeskanzlerin, des Bundesgesundheitsministers

und aller Ministerpräsidenten gilt, und **alles in der Macht stehende getan wird, um die Krankenhäuser bei ihrer schwierigen Aufgabe zu unterstützen**.“

Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen
Krankenhausgesellschaft (DKG)
www.dkgev.de

Es ist Zeit, Danke zu sagen



Danke, dass ihr so einen tollen Job macht und dafür sorgt, dass für eure Bewohner die momentanen Veränderungen so erträglich wie möglich sind!

„Wir können nur erahnen, mit welchen Herausforderungen momentan bei der Betreuung und #Pflege von #Senioren gekämpft wird. #Danke, dass ihr jeden Tag euer Bestes gebt.“

GEMEINSAM STATT EINSAM auf Twitter



Foto: TK

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK)

„Wir stehen alle gemeinsam vor einer historischen Herausforderung und tragen als Krankenkassen eine besondere gesellschaftliche Verantwortung. Unsere Aufgabe ist es jetzt, dafür zu sorgen, dass Ärzte, Therapeuten, Apotheker und Pflegekräfte bestmöglich arbeiten können. Dafür haben wir etwa die telefonische Krankenschreibung ausgeweitet oder die Arzneimittel-Rabattregelung gelockert. Gleichzeitig unterstützen wir unsere Versicherten bei Fragen und Sorgen und stellen die TK so auf, dass wir so leistungsfähig wie möglich bleiben. Ich bin zuversichtlich, dass uns das gelingt.“



Foto: BARMER

Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER

„In dieser tiefgreifenden Krise bewegt mich sehr die außerordentliche Solidarität – im laufenden Kassenbetrieb, im Austausch mit den Behörden, aber auch im Zusammenwirken aller Partner der Selbstverwaltung. Es zeugt von großer Verantwortung, dass wir unsere eigenen Interessen zurückstellen und alles Überlebenswichtige dafür tun, die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, Menschenleben zu retten und die Krise zu bewältigen.“



Foto: DAK-Gesundheit/Weyhardt

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

„Jetzt ist die Zeit für Solidarität und schnelles Handeln. Die Gesundheit der Bevölkerung – Frauen und Männer, Ältere und Kinder – muss geschützt werden und die Versorgung der Erkrankten sichergestellt sein. Ohne Wenn und Aber. Die gesetzliche Krankenversicherung – und damit auch die DAK-Gesundheit – wird diesen Auftrag erfüllen. Das ist meine feste Überzeugung. Wir leisten gemeinsam unseren Beitrag zur Bewältigung dieser Krise.“



Foto: Alexander Demarüt

Dr. Wolfgang Matz, Vorstandsvorsitzender der KKH Kaufmännische Krankenkasse

„Die Herausforderungen, die wir mit der Corona-Krise zu bewältigen haben, sind von einer ganz neuen Dimension. Aufgabenentwicklungen, Strukturdiskussionen und Wettbewerbsgedanken treten in den Hintergrund – jetzt steht allein der Mensch im Vordergrund. Als gesetzliche Krankenkassen sind wir deshalb in besonderer Weise gefordert. Unser Grundprinzip – die Solidarität – ist in diesen Zeiten aktueller als je zuvor. Deshalb muss sich unser gemeinsamer Fokus allein auf die Versorgung der Versicherten richten.“



Foto: hkk

Michael Lempe, Vorstand der hkk – Handelskrankenkasse

„Derzeit erleben wir eine ungeahnte Herausforderung, die tiefgreifende Folgen für unsere Gesellschaft, unsere Gesundheitsversorgung und unsere Wirtschaft hat. Wir als hkk sind uns dieser Tragweite bewusst und übernehmen unseren Teil der Verantwortung: Wir unterstützen Krankenhäuser, Ärzte und medizinisches Personal, damit sie weiterhin so gute Arbeit leisten können; wir helfen unseren Versicherten mit Rat und durch unbürokratische Leistungsgewährung; wir sorgen dafür, dass unsere Mitarbeiter möglichst gesund bleiben.“



Foto: HEK

Torsten Kafka, Alleinvorstand der HEK – Hanseatische Krankenkasse

„Die Corona-Epidemie stellt Staat, Gesellschaft, Wirtschaftsleben und Gesundheitswesen vor ganz neue Herausforderungen. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, den Beteiligten im Gesundheitswesen schnell und unbürokratisch die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Dieser Aufgabe stellt sich die HEK gern und engagiert, weil die Menschen in Deutschland zu Recht auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen vertrauen sollen.“



Foto: Achim Meide

und ihn dem Gesundheitsausschuss zuzuordnen. In diesem Gremium nutzen wir die Möglichkeit, die verschiedenen Themen und Fragestellungen politikfeldübergreifend zu bearbeiten. Globale Gesundheit ist ein Querschnittsthema mit Bezügen zu nahezu allen anderen Ausschüssen, insbesondere „Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung“ sowie „Bildung und Forschung“. Es ist offensichtlich, dass wir zum Beispiel ein Problem wie die voranschreitenden antimikrobiellen Resistenzen nicht lösen können, wenn wir neben gesundheitspolitischen nicht auch umwelt- oder landwirtschaftspolitische Aspekte einbeziehen. Der Unterausschuss ist ein sehr gutes Forum, um in engem Kontakt mit den Vertretern der Bundesministerien die betreffenden Expertinnen und Experten anzuhören, zusammenzubringen, Problembereiche zu identifizieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Dem Unterausschuss kommt insbesondere auch im Hinblick auf die Aktualisierung der Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle zu. Wir begleiten diesen Prozess sehr eng und konstruktiv. Außerdem sehe ich unsere Rolle auch darin, ein kohärentes Regierungshandeln im Sinne des „Health in all Policies“-Ansatzes einzufordern.

INTERVIEW

„Jetzt ist die Zeit, weltweit Solidarität zu üben“

Heike Baehrens (SPD) ist Vorsitzende des Unterausschusses Globale Gesundheit. **Im Interview mit ersatzkasse magazin** berichtet die Bundestagsabgeordnete, warum die Notwendigkeit einer globalen Zusammenarbeit gerade in Krisenzeiten wie der aktuellen Corona-Pandemie sichtbar wird und was die Bundesregierung dafür tut, dass Ergebnisse bestimmter Forschungsaktivitäten für die Menschen weltweit zugänglich werden.

Der Unterausschuss Globale Gesundheit ist noch jung – er wurde erst im Juni 2018 geschaffen. Was sind die Aufgaben des Ausschusses?

HEIKE BAEHRENS Im Parlament gab es bereits in der vergangenen Legislaturperiode das Bewusstsein, dass das Themenfeld globale Gesundheit besondere Aufmerksamkeit braucht und Deutschlands Rolle in diesem wichtiger werdenden Politikbereich eine wachsende Bedeutung erfährt. Darum habe ich mich dafür eingesetzt, diesen Unterausschuss zu bilden

Wo sehen Sie im Kontext der aktuellen Corona-Krise die Herausforderungen in Bezug auf eine aktualisierte globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung?

Der Schutz vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sowie die weltweite Stärkung von Gesundheitssystemen waren bereits Schwerpunkte in der alten Strategie der Bundesregierung von 2013. Unbedingte Richtschnur für die aktualisierte Fassung muss aus meiner Sicht das Nachhaltigkeitsziel für Gesundheit der Vereinten Nationen, das SDG 3 (Sustainable Development Goal 3), sein. Nur widerstandsfähige und bedarfsorientierte Gesundheitssysteme können in Krisenzeiten die Versorgung aufrechterhalten. Insofern muss es auch nach Bewältigung der aktuellen akuten Gesundheitskrise verstärkt unser Ziel sein, weltweit flächendeckend für Gesundheitssysteme zu sorgen, die für alle Menschen zugänglich sind und eine erschwingliche Versorgung in guter Qualität bieten. Dies ist eine sehr langwierige, mühevoll Aufgabe, die keine schnellen Erfolge zeitigt. Diese Notwendigkeit ist

meines Erachtens von der Bundesregierung erkannt und wird sicherlich Niederschlag in der aktualisierten Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheitspolitik finden.

Die aktuelle Corona-Pandemie zeigt, dass es kein funktionierendes Frühwarnsystem gibt und wenig Transparenz und Kooperation zwischen den Nationen. Wie kann man sich da international besser aufstellen?

Dass es kein funktionierendes Frühwarnsystem gebe, sehe ich so nicht. Spätestens seit dem verstärkten Auftreten des Virus in Wuhan Ende letzten Jahres waren die Expertinnen und Experten alarmiert, und es wurde gehandelt. Seitdem haben die Nachbarländer Chinas und andere Länder in aller Welt ihre Surveillance-Maßnahmen erhöht, um schnell etwaige neue Fälle des Virus in Verbindung mit dem Ausbruch diagnostizieren zu können. Leider ist es aber so, dass im Krisenfall jedes Land zunächst auf seine eigenen Interessen schaut und Staaten nicht in dem Maße zusammenarbeiten, wie dies die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) vorschreiben. Sicherlich wird die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach dieser akuten Phase evaluieren, an welchen Stellen die IGV angepasst werden müssen. Dies gilt übrigens auch für unser nationales Infektionsschutzgesetz, das wir gerade sehr kurzfristig nachgeschärft haben und das nach der Krise mit Sicherheit noch einmal in Ruhe überarbeitet werden muss.

Inwiefern können sich Staaten bei der Entwicklung von Impfstoffen unterstützen oder auch die Wissenschaftler hinsichtlich der Erforschung des Virus? Zurzeit sieht es so aus, als bestünde die Welt vor allem aus „Einzelkämpfern“?

Wünschenswert wäre es, das jetzt gewonnene Erfahrungswissen und Forschungs-Know-how im Sinne von Open Science weltweit auszutauschen, um schneller zu Impfstoffen und Therapeutika zu kommen. Leider ist unser Forschungssystem eher kompetitiv ausgerichtet, sodass Forschungsdaten, Laborberichte oder andere Forschungsprozesse nicht frei zugänglich sind. Ich begrüße es daher sehr, dass die Bundesregierung sich für zukunftsweisende Modelle, wie beispielsweise die Impfstoff-Initiative CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) einsetzt. Es muss klar sein, dass die Ergebnisse dieser

Forschungsaktivitäten, die das Bundesforschungsministerium (BMBF) noch einmal mit 140 Millionen Euro zusätzlich fördert, für alle Menschen weltweit zugänglich sein müssen.

Angesichts der Corona-Epidemie hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ein europäisches Robert Koch-Institut gefordert. Begrüßen Sie das?

Ich begrüße die Forderung, dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm einen größeren Etat und mehr Handlungsmöglichkeiten zu geben. Wir haben insgesamt die Möglichkeit, in der anstehenden EU-Ratspräsidentschaft das Thema globale Gesundheit stärker auf europäischer Ebene zu verankern. Hier passiert bereits eine Menge auf unterschiedlichen Ebenen. Durch ein abgestimmteres Vorgehen würde man die Sichtbarkeit und Durchschlagskraft aber deutlich erhöhen können.

Die Pandemie bringt globale Lieferketten teilweise zum Erliegen und verstärkt auch das Problem der Lieferengpässe von Arzneimitteln. Wie kann hier gegengesteuert werden?

Die aktuelle Situation führt uns einmal mehr vor Augen, wie abhängig wir von China und Indien sind. In den vergangenen Jahren haben wir verschiedene Maßnahmen auf den Weg gebracht, um das Problem anzugehen, zuletzt mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Hiermit werden wir die Situation punktuell verbessern. Die Diskussion über Lieferengpässe und Versorgungssicherheit im Arzneimittelbereich und damit über die Gestaltung globaler Lieferketten hat allerdings gerade erst begonnen. Ich gehe davon aus, dass wir künftig auch verstärkt über Rückverlagerung von Produktion in einigen Bereichen nachdenken müssen.

Was sind jetzt die wichtigsten Maßnahmen, um die Corona-Epidemie weltweit wieder einzudämmen?

Wir müssen uns in unserem persönlichen Verhalten an die Empfehlungen der Experten halten und gleichzeitig weltweit Solidarität üben. Dies bedeutet zum Beispiel Tests, Schutzausrüstung, Behandlungskapazitäten oder Arbeitskraft dort zur Verfügung zu stellen, wo sie am dringendsten benötigt werden. ■



Foto: Susi Knoll

Heike Baehrens, geboren 1955 im niedersächsischen Bevern, hat zunächst eine Ausbildung zur Bankkauffrau gemacht, dann Religionspädagogik studiert und als Diakonin unter anderem in der Familien- und Erwachsenenbildung gearbeitet. Von 1996 bis 2013 war sie **Geschäftsführerin im Diakonischen Werk Württemberg** und ab 2002 dort auch stellvertretende Vorstandsvorsitzende. Seit 1989 hat sie verschiedene Aufgaben und Ämter in der SPD übernommen und ist seit 2013 **Bundestagsabgeordnete für den Landkreis Göppingen**.

SARS-COV-2

Von der Epidemie zur Pandemie

Gegen Ende des vergangenen Jahres treten in der chinesischen Stadt Wuhan vermehrt schwere Lungenentzündungen auf, deren Erreger unbekannt ist. Im Januar 2020 wird er dann als ein neuartiges Coronavirus identifiziert. Zunächst breitet sich das Virus in China aus und erreicht nach und nach immer mehr Länder weltweit. Am 11. März 2020 stuft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Verbreitung des neuartigen Coronavirus als Pandemie ein. Ein Überblick.

/Text/ Gregor Däubler und Martin Kluxen

Das neue Virus wird als SARS-CoV-2 benannt. Die Bezeichnung verweist auf die enge Verwandtschaft zum Erreger des Schweren Akuten Atemwegssyndroms, SARS-CoV-1, das 2002/2003 die SARS-Epidemie ausgelöst hat. Das Krankheitsbild, das durch eine Infektion mit SARS-CoV-2 ausgelöst wird, wird als Covid-19 bezeichnet. Vor allem ältere Menschen und chronisch Erkrankte sind gefährdet, einen schweren Verlauf von Covid-19 zu erleiden. Deshalb ist es in allen Phasen der Pandemie-Eindämmung entscheidend, diese Bevölkerungsgruppen besonders zu schützen.

Die Übertragung erfolgt vor allem durch Tröpfcheninfektion. Wie bei anderen Grippe- oder Erkältungserregern werden die Viren aus den Atemwegen durch winzige Speichel-Tröpfchen übertragen, die beim Husten und Niesen, aber auch beim Sprechen entstehen. Deshalb ist im täglichen

Leben Abstandhalten und regelmäßiges, gründliches Händewaschen ein wirksamer Infektionsschutz. Fast alle Menschen haben bereits Erfahrungen mit den bisher bekannten Coronaviren gesammelt. Ein beträchtlicher Teil unkomplizierter Erkältungen werden durch sie verursacht. Sie tragen kryptische Namen wie HCoV-OC43 oder HCoV-NL63 und sind häufige Erreger sogenannter Sommergrippen. Ob sich auch SARS-CoV-2 als fünfter saisonal wiederkehrender Coronavirus etablieren oder es in mehreren Wellen zu einer Infektion der gesamten Bevölkerung kommen wird, ist noch nicht absehbar.

Nach anfänglichen Versuchen, die Berichterstattung über das neue Virus zu unterdrücken, haben die chinesischen Behörden Anfang Januar drastisch reagiert. Nahezu die gesamte Stadt Wuhan mit elf Millionen Einwohnern wurde abgeriegelt, außerdem weite Teile auch anderer Provinzen. Insgesamt waren zeitweise über 60 Millionen Menschen von strengen Quarantänemaßnahmen betroffen. Durch diese Maßnahmen scheint die Verbreitung von SARS-CoV-2 in China vorerst gestoppt. Mitte März konnten die chinesischen Behörden verkünden, dass dort erstmals seit Identifizierung keine „inländischen“ Neuinfektionen mit dem Virus mehr zu verzeichnen sind.

Foto: Robert Koch-Institut



Die Gruppe der Coronaviren ist nach ihrer elektronenmikroskopischen Darstellung benannt. Sie erinnert an den Strahlenkranz (Corona) der Sonne während einer Sonnenfinsternis.

Zum gleichen Zeitpunkt breitet sich das Virus in Europa nahezu ungebremst aus. Während die ersten Fälle in Deutschland im Januar noch zu keinem größeren Ausbruch führen, kommt es einen Monat später zu einer rapiden Steigerung der Infektionen. Sie stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Karneval. So ist das Infektionscluster im Landkreis Heinsberg in Nordrhein-Westfalen auch zu Redaktionsschluss noch das größte innerhalb von Deutschland. Bereits seit Beginn der

weltweiten Epidemie bzw. Pandemie veröffentlicht die WHO regelmäßig aktualisierte Erkrankungszahlen. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass derzeit die Lage in anderen europäischen Ländern, allen voran Italien, ungleich dramatischer als in Deutschland ist. Auch in Bezug auf die Fallzahlen, aber insbesondere was die Todesfälle angeht. Die Sterblichkeit in Deutschland liegt bisher bei etwa einem Prozent, in Italien erreicht sie Werte von über zehn Prozent.

Für diesen gravierenden Unterschied gibt es anscheinend mehrere Gründe. So ist davon auszugehen, dass SARS-CoV-2 vor allem in Norditalien seit Wochen unentdeckt kursiert, als die ersten schweren Verläufe und Todesfälle bekannt werden. Damit bestehen die registrierten Erkrankungen zum großen Teil in Italien länger als hierzulande. Zum anderen ist die Bevölkerung im Durchschnitt älter und damit anfälliger. Die größte Rolle dürfte aber die Zahl der durchgeführten Tests spielen. Während in Deutschland bereits frühzeitig Verdachtsfälle mit Symptomen von Covid-19 auf SARS-CoV-2 getestet wurden, ist die Testrate in Italien deutlich niedriger. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist deshalb die Sterblichkeit in Italien deutlich überschätzt, weil milde und symptomlose Verläufe in der Statistik fehlen.

Momentan existieren weder eine zielgerichtete Therapie noch ein Impfstoff gegen SARS-CoV-2. Weltweit arbeiten Dutzende Forschungsgruppen an einem möglichen Impfstoff, sodass bereits im Frühsommer erste klinische Studien durchgeführt werden könnten. Eine zielgerichtete Therapie ist derzeit zwar noch nicht in Sicht, doch gibt es vielversprechende Ansätze, für andere Erkrankungen entwickelte Medikamente auch für Covid-19 nutzbar zu machen. ■



Foto: privat

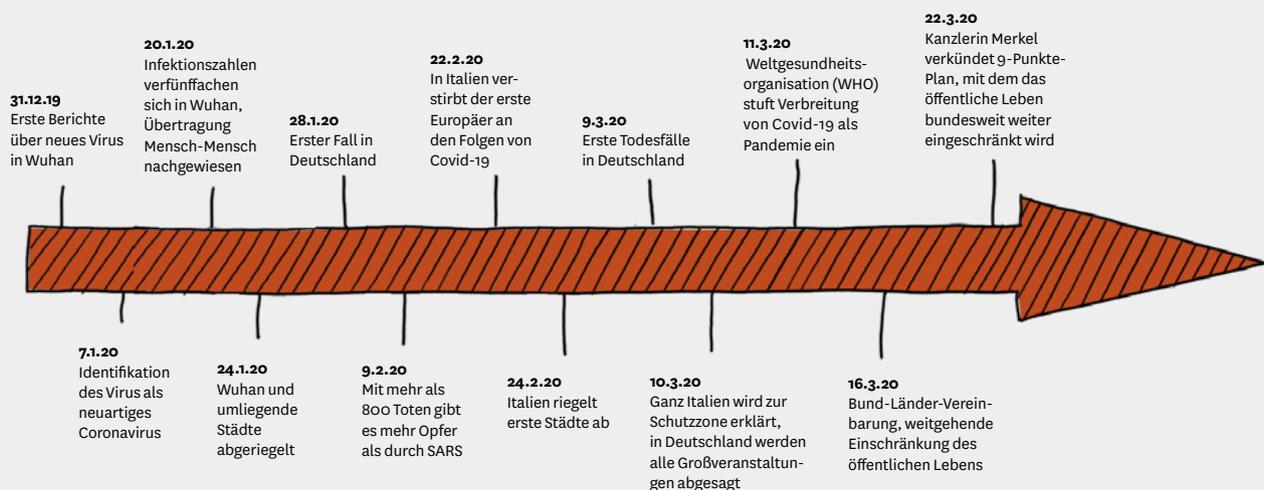
Gregor Däubler
Abteilung Gesundheit
beim vdek



Foto: privat

Dr. Martin Kluxen
Abteilung Gesundheit
beim vdek

Ausbreitung des Coronavirus





MELDUNGEN ZUR CORONA-KRISE

VDEK

Ersatzkassen lockern Abgaberegeln für Medikamente in Apotheken



Foto: Viewfinder/Adobe Stock

Um die Zahl der Personenkontakte in Apotheken zu reduzieren und damit das Risiko einer Infektion mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) zu verringern, lockern die Ersatzkassen die Regelungen zur Abgabe von Arzneimitteln. Ab sofort können Apotheker den Versicherten der Ersatzkassen statt einer rabattierten Arznei auch nicht-rabattierte Arzneimittel ausgeben. Dies gilt dann, wenn das rabattierte Medikament in der Apotheke, die der Patient aufsucht, nicht mehr vorrätig ist. Mit der Regelung soll unter anderem verhindert werden, dass die Betroffenen die Apotheke ein weiteres Mal aufsuchen müssen, um ein dort bestelltes Medikament abzuholen oder das Medikament aus einer anderen Apotheke holen müssen. Die Regelung ist zunächst bis zum 30. April 2020 befristet.

„Die Ausbreitung des Coronavirus zu verlangsamen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Ersatzkassen leisten ihren Beitrag dazu, wo immer es möglich ist. Mit der kurzfristig getroffenen Regelung zur Arzneimittelabgabe schützen wir insbesondere ältere und vorerkrankte Patienten, die Apotheken besonders häufig aufsuchen. Zugleich ist es ein Beitrag zur Verringerung des allgemeinen Infektionsrisikos“, erklärt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Die Apotheken sind in Deutschland ansonsten grundsätzlich gesetzlich verpflichtet, bevorzugt rabattierte Arzneimittel an die Versicherten abzugeben. *pm*

www.vdek.com

PSYCHOTHERAPIE

Begrenzung von Videobehandlungen aufgehoben

Psychisch kranke Menschen brauchen während der Corona-Epidemie weiter eine psychotherapeutische Versorgung. Deshalb muss es kurzfristig ermöglicht werden, psychotherapeutische Sprechstunden und Behandlungen auch online per Videotelefonat oder per Telefon durchzuführen. „Wir begrüßen sehr die schnelle Entscheidung, die Begrenzungen von Online-Videobehandlungen aufzuheben“, sagt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), zu der Entscheidung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes vom 16. März 2020. Danach ist Online-Behandlung per Video nicht mehr auf 20 Prozent der Patient*innen und Leistungen limitiert. Die neue Regelung gilt vorläufig ab dem 1. April 2020. *pm*

www.bptk.de

MDK

Ausgestaltung der Unterstützung

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie bieten die Medizinischen Dienste ihre Unterstützung an. „Die Situation erfordert es, dass alle Kräfte gebündelt werden, um gemeinsam die Pandemie zu bekämpfen“, so Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Bei der Ausgestaltung der Unterstützung ist noch festzulegen, in welchen konkreten Aufgabenfeldern dringender Bedarf besteht und welche Qualifikation das dafür gesuchte Personal haben sollte. Darüber hinaus ist zu klären, wie die rechtlichen Bedingungen für die Unterstützungsleistungen der Medizinischen Dienste zu gestalten sind. *pm*

www.mdk.de

G-BA

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am Telefon

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. März 2020 einen Beschluss zur rückwirkenden Anpassung seiner Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie an die bereits geltende Verfahrenspraxis gefasst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband hatten am 9. März 2020 in Abstimmung mit dem G-BA anlässlich der gegenwärtigen Covid-19-Ausbreitung eine befristete Regelung vereinbart. Danach kann die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte mit nur leichter Symptomatik in Bezug auf Erkrankungen der oberen Atemwege und ohne Vorliegen eines begründeten Infektionsverdachts auf Covid-19 auch aufgrund telefonischer Anamnese erfolgen. *pm*

www.g-ba.de

CORONA-KRISE

Standortstärkung im Blick haben

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) hat sich mit einem Brief an Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier gewandt. Darin fordert der BPI, die Stärkung des Produktionsstandortes gerade vor dem Hintergrund einschneidender Krisenmaßnahmen und Eingriffe in das Wirtschaftsleben im Blick zu behalten. „Die aktuelle Lage bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie zeigt eines sehr deutlich: Wir sind bei der Versorgung der Menschen in unserem Land zu stark von außereuropäischen Standorten abhängig“, sagt der BPI-Vorstandsvorsitzende Dr. Martin Zentgraf. „Deshalb muss nicht zuletzt im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr 2020 nach Wegen gesucht werden, die Pharmaproduktion am Standort Europa zu stärken. Wir dürfen keine Zeit verlieren.“ *pm*

www.bpi.de

VERSANDAPOTHEKE

Arzneimittel- lieferungen priorisieren



Foto: studio v-zweiff/Adobe Stock

Wegen der Corona-Krise sind Apotheken nun besonders gefragt. Einerseits wegen stark gestiegener Bestellungen, andererseits auch wegen eines erhöhten Beratungsbedarfs. „Wer zur Risikogruppe gehört und Sozialkontakte meiden muss, kann sich über Teledoktoren, telefonische Beratung und die Bestellung über Versandapotheken oder Botendienste von lokalen Apotheken schützen“, sagt Christian Buse, Vorstand des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken und Apotheker (BVDVA).

Durch die Schließungen von Ladengeschäften ist mit einem Ansturm auf Online-Shops zu rechnen. Das wird die Kapazitäten der Logistiker extrem stark beanspruchen. Jetzt ist eine Priorisierung von Arzneimittellieferungen durch die Logistikunternehmen und Paketdienste von der pharmazeutischen Industrie zur Apotheke und von der Apotheke zum Patienten beziehungsweise Kunden notwendig.

In der aktuellen Situation sind Versandapotheken so stark gefragt wie nie zuvor. Das Bestellaufkommen bei Online-Apotheken hat seit Ausbruch der Pandemie um rund 60 Prozent zugenommen. „Alle arbeiten am Limit. Wir werden jetzt Mitarbeiter für die Logistik aus Branchen einstellen, die durch die aktuellen Maßnahmen der Bundesregierung von Schließungen betroffen sind. Das kann zur Überbrückung der aktuellen Situation ein wichtiger Baustein für alle Beteiligten sein“, erklärt Buse die aktuellen Entwicklungen. *pm*

www.bvdva.de

PATIENTENBEAUFTRAGTE

„Coronavirus betrifft auch junge Menschen!“

„Das Coronavirus stellt nicht nur für ältere Menschen eine Gefahr dar, sondern auch für Jüngere. Die Annahme, junge Menschen wären von dem Virus nicht betroffen, trägt auch zu seiner Verbreitung bei“, erklärt die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen aktuelle Daten aus verschiedenen Ländern, dass der Anteil jüngerer Menschen, die aufgrund einer Infektion mit dem Coronavirus einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen, signifikant steige.

„Zwar ist das Risiko, daran zu sterben, für junge Menschen zum Glück weiterhin ausgesprochen gering. Doch ist es auch nicht auszuschließen, etwa im Fall einer möglicherweise nicht diagnostizierten Vorerkrankung. Ein schwerer Verlauf einer Infektion, zum Beispiel in Form einer Lungenentzündung, kann zudem auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten eine lange Behandlung im Krankenhaus bis hin zu einer künstlichen Beatmung auf einer Intensivstation erforderlich machen. Auch über mögliche Folgeschäden bei überstandenen Corona-Erkrankungen wissen wir derzeit noch zu wenig“, so Schmidtke weiter.

Zudem wiesen alle Daten darauf hin, dass weltweit aufgrund der häufig leichten und sogar symptomfreien Verläufe insbesondere jüngere Infizierte in besonders hohem Maße zur Verbreitung des Virus beitragen.

Die Patientenbeauftragte appelliert daher: „Jüngere Menschen müssen – wie alle anderen auch – in jedem Fall vorsichtig sein und jeden unnötigen sozialen Kontakt vermeiden. Denn auch wenn die konkrete persönliche Gefahr des Coronavirus für sie geringer ist, die Wahrscheinlichkeit ist hoch, Ältere mit dem Virus anzustecken und sie damit potenziell in ernsthafte Lebensgefahr zu bringen.“ *pm*

www.patientenbeauftragte.de

DIVI INTENSIVREGISTER

Website zur Abfrage freier Beatmungsplätze

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), das Robert Koch-Institut (RKI) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben das DIVI Intensivregister freigeschaltet – eine Website, über die freie Beatmungsplätze in allen Kliniken Deutschlands registriert und abgefragt werden können. „Die Möglichkeiten einer maschinellen Beatmung von Covid-19-Patienten hat sich in schwer betroffenen Ländern wie China und Italien als das Nadelöhr in der aktuellen Pandemiesituation gezeigt“, so Prof. Christian Karagiannidis, Sprecher der DIVI-Sektion „Lunge – Respiratorisches Versagen“ und Leiter des ECMO-Zentrums der Lungenklinik Köln-Merheim. Man habe ein System entwickelt, um deutschlandweit die Kapazitäten auf den Intensivstationen tagesaktuell darzustellen. Über die Online-Plattform des DIVI Intensivregisters können Intensivmediziner aller Kliniken in Deutschland unkompliziert Kapazitäten abfragen. *pm*

www.divi.de unter Register/DIVI Intensivregister

VIDEOTELEFONIE

Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen

Gerade für Schwangere, Wöchnerinnen und ihre neugeborenen Kinder ist die persönliche Zuwendung und Hilfe von freiberuflichen Hebammen ideal und vertraglich vereinbart. Also ein direkter sozialer Kontakt, der angesichts der Corona-Epidemie gerade minimiert werden soll. Eine Lösung für dieses Problem haben nun die maßgeblichen Hebammenverbände und der GKV-Spitzenverband gefunden: Bis Mitte Juni kann verstärkt auf Beratung oder Kursteilnahme per Videotelefonie zurückgegriffen werden. So bleibt die Versorgung von Schwangeren und Müttern im Wochenbett aufrechterhalten und mögliche Verdienstauffälle für freiberufliche Hebammen können minimiert werden. *pm*

www.gkv-spitzenverband.de



HISTORISCHER RÜCKBLICK

Die Spanische Grippe – ein Virus befällt die Welt

Am Ende des Ersten Weltkriegs wütete in allen Teilen der Erde die Spanische Grippe. Das Rad der Zeit hat sich inzwischen mehr als 100 Jahre weitergedreht und eine neue, durch das Coronavirus Sars-CoV-2 ausgelöste Lungenkrankheit über die Menschheit gebracht. Beide Virusinfektionen sind Pandemien, also Seuchen, die über Ländergrenzen und Kontinente hinweg viele Menschen heimsuchen. Auch wenn die Lungenkrankheit Covid-19 bislang nicht an die verheerenden Ausmaße von geschätzten 25 bis 50 Millionen Toten der Spanischen Grippe heranreicht, hallt diese als eindringliche Warnung nach.

/Text/ **Tanja Gloomtz**

Die Spanische Grippe brach im Frühjahr 1918 aus – allerdings nicht auf der iberischen Halbinsel, sondern im mittleren Westen der USA. Ihren Namenszusatz erhielt sie, weil die ersten Nachrichten über die rätselhafte Krankheit aus dem neutralen Spanien kamen, das nicht der Kriegszensur unterlag. Der für die Influenza-Pandemie verantwortliche Grippevirus H1N1 ging vermutlich von Geflügel oder Schweinen auf den Menschen über. Als erster Patient wird häufig der Koch Albert Gitchell genannt, der sich im Armee-Stützpunkt Fort Riley in Kansas aufhielt und im März mit Fieber krankmeldete. Bald darauf erkrankten in der Militärbasis Hunderte von Männern.

Truppenbewegungen begünstigten Pandemie

Im Zuge von US-Truppentransporten über den Atlantik an die Westfront in Frankreich erreichte die Seuche Europa. Von hier aus

verbreitete sie sich bis zum Jahresanfang 1919 in drei Wellen um den Erdball. Die erste Welle, im Frühjahr 1918, verlief vergleichsweise harmlos. Viele der Betroffenen litten unter Schüttelfrost und Fieber, aber nur wenige starben.

Das änderte sich mit der zweiten Welle, die sich durch eine Genmutation des Grippevirus zu einer verheerenden Pandemie ausweitete, die mit großer Wucht und nahezu zeitgleich in Frankreich, Spanien, Afrika, Indien und den USA grassierte. Im Deutschen Reich trat die höchste Zahl an Neuerkrankungen zwischen Oktober und November 1918 auf. Im Vergleich zur zweiten verlief die dritte Pandemie-Welle um den Jahreswechsel 1918/19 etwas abgeschwächt. Grippeforscher führten dies auf die erworbene Immunität von Überlebenden der vorangegangenen Wellen und eine abnehmende Ansteckungsfähigkeit des Virus zurück.

Häufige Todesursache: Begleitende bakterielle Lungenentzündung

Bei den schweren Verlaufsformen der Spanischen Grippe lagen nur wenige Tage zwischen der Erkrankung und dem Eintritt des Todes. Symptome wie Fieber, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen schwächten den Körper. Die meisten Menschen starben aber nicht an der eigentlichen Grippe, sondern an einer begleitenden bakteriellen Lungenentzündung – auch weil es damals keine Antibiotika gab und dem Grippeausbruch andere Erkrankungen wie Tuberkulose vorausgingen. Die Haut und Schleimhäute der Verstorbenen waren charakteristischerweise tiefblau oder schwarz verfärbt.

Ungewöhnliche Grippetote: Jung, kräftig, gutes Immunsystem

Auffällig ist, dass die Spanische Grippe viele Todesopfer unter jüngeren Menschen im Alter von 20 bis 40 Jahren forderte. Dies unterscheidet sie fundamental von der saisonalen Grippe, die in erster Linie Säuglinge und alte Menschen gefährdet. Eine Erklärung für die hohe Todesrate unter jüngeren Menschen bei der Spanischen Grippe richtet sich auf das Immunsystem der Erkrankten, das zunächst



Foto: privat

Dr. Tanja Gloomtz
Abteilung Kommunikation
beim vdek



An der Spanischen Grippe erkrankte Patienten 1918 in einem Notfallkrankenhaus in Fort Riley in Kansas (USA)

unterdrückt wurde, dann überreagierte (Zytokinsturm) – und in der Folge eine Schädigung und Zerstörung des Lungengewebes bewirkte.

Die Spanische Grippe – eine unterschätzte Gefahr?

Die Regierungen in Berlin, Paris oder Washington wurden zwar von der Wucht der zweiten Welle (Herbstwelle) überrascht, aber aus Sicht des Neuzeithistorikers Eckard Michels sahen sie die Pandemie nicht als das dringendste Problem an. Die Welt war 1918/1919 vom Ersten Weltkrieg gezeichnet, die Menschen vom Hunger ausgezehrt und erschöpft. Und auch die Kriegszensur wollte eine Berichterstattung über die totbringende Seuche möglichst unterbinden, um Soldaten und Zivilisten nicht weiter zu demoralisieren. Die Zuständigkeit für das Thema Spanische Grippe wurde in allen Ländern den lokalen Behörden überlassen.

Im Deutschen Kaiserreich spielte die Spanische Grippe in der öffentlichen Wahrnehmung eine viel geringere Rolle als beispielsweise in den USA, wo zahlreiche Gesundheits- und Quarantänemaßnahmen ergriffen wurden. Historiker Michels kommt zu dem Schluss, dass den deutschen Behörden

der Wille fehlte, die Pandemie zu bekämpfen. Es mangelte außerdem an geeigneten Ressourcen wie Notlazaretten, Ambulanzwagen und zusätzlichem Pflegepersonal. Durch die unzureichende Vorbereitung auf die Grippekrise, gepaart mit einem militärischen und politischen Führungsverlust, nahm die Spanische Grippe im öffentlichen Bewusstsein keinen Platz ein. Sie stelle nur „einen Mosaikstein des Leidens im Weltkrieg dar“, so Michels. Etwa 350.000 Menschen starben in Deutschland an der Spanischen Grippe.

2005 gelang einem US-Forscherteam um Jeffery Taubenberger sogar, das tödliche H1N1-Grippevirus wiederzubeleben und Mäuse damit zu infizieren. Das Pandemievirus entstand aus einem Vogelgrippevirus, das sich durch Mutationen an den menschlichen Organismus anpasste. So wurde es hochgradig virulent und konnte sich in den Lungenzellen seines Wirts besonders schnell vermehren. Einige Virologen sind überzeugt, dass die derzeit grassierende Lungenkrankheit Covid-19 keine ähnlichen Ausmaße wie die Spanische Grippe erreichen könnte. Anders als 1918/1919 hat sich Deutschland gut auf die Pandemie vorbereitet. Dennoch sind Dauer und Ausgang der Coronapandemie ungewiss. ■

Auffällig ist, dass die Spanische Grippe viele Todesopfer unter jüngeren Menschen im Alter von 20 bis 40 Jahren forderte.



BIBLIOTHEK

KOMMENTAR

Grundlagen des Sozialrechts

Das SGB I enthält die Grundlagen des gesamten Sozialrechts. Das Werk kommentiert für die sozialrechtliche Praxis die gemeinsamen Vorschriften aller Sozialleistungsbereiche, welche die Grundsätze für das gesamte Sozialleistungsrecht festlegen. Neben der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung berücksichtigt es jetzt auch unter anderem das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und das Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung.



Prof. Dr. Peter Mrozynski
SGB I - Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil, Kommentar
 6. Auflage 2019, XVI, 1019 S., € 85
 Verlag C. H. Beck, München

STANDARDWERK

Pharmakotherapie

Das Lehrbuch ist klar strukturiert, einprägsam, anschaulich und umfassend. Es gibt eine komplett neue Gliederung mit dem Fokus auf indikationsbezogene Pharmakotherapie sowie einheitlich aufgebaute kompakte Kapitel, zudem verständliche Erklärungen auch schwieriger Sachverhalte, darüber hinaus viele Abbildungen und Tabellen. Kurze Einführungen in die Grundlagen der Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie runden die einzelnen Kapitel ab.



Begründet von Ernst Mutschler, bearbeitet von Gerd Geisslinger, Sabine Menzel, Thomas Gudermann, Burkhard Hinz, Peter Ruth
Mutschler Arzneimittelwirkungen - Pharmakologie, Klinische Pharmakologie, Toxikologie
 11. Auflage 2020, XXV, 1.295 S., € 78
 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

LEHRBUCH

Grundlagen der Ökonomie

Dieses Buch erklärt Pflegenden, Pädagogen und Studierenden im Gesundheitswesen die Zusammenhänge zwischen Pflege und Ökonomie. Dabei werden Gegenstand und Ziele verständlich erläutert und so etwaigen Berührungspunkten entgegen gewirkt. Der Autor zeigt, wie Wissen aus der Ökonomie und Erkenntnisse der Pflegewissenschaft miteinander verknüpft sind. Dabei dreht es sich immer darum, die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen und Verschwendung zu vermeiden.



Prof. Dr. Michael Wessels
Pflegeökonomie
 Reihe: Studium Pflege, Therapie, Gesundheit
 2019, IX, 228 S., E-Book, € 26,99
 Springer-Verlag, Berlin

Kommentar zur Pflegeversicherung

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

Dr. Sonja Reimer (Hg.)

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung

1. Lfg., 02/2020, € 55,20; 2. Lfg., 06/2019, € 56,80;
 3. Lfg., 09/2019, € 61,20
 Gesamtwerk 4.654 S. in drei Ordnern, € 111
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Sozialrechtliche Vorschriften

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

Dr. Gerhard Knorr, Prof. Dr. Otto Ernst Krasney

Entgeltfortzahlung - Krankengeld - Mutterschaftsgeld

2. Lfg., 08/2019, € 49,60; 3. Lfg., 12/2019, € 36,40
 Gesamtwerk 1.608 S. in einem Ordner, € 94
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

Schutz der Sozialdaten

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

Prof. Dr. Peter Becker (Hg.)

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

1. Lfg., 02/2020, € 62; 4. Lfg., 08/2019, € 68
 Gesamtwerk 4.076 S. in drei Ordnern, € 154
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

KOMMENTIERUNG

Elterngeld und flexiblere Elternzeit

Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) regelt die Voraussetzungen für die finanzielle Unterstützung von Erziehungsleistungen. Da im Prinzip alle in Deutschland lebenden Personen mit Kindern Elterngeld in Form von Basiselterngeld oder Elterngeld Plus beanspruchen können, richtet sich dieser Gesetzesabschnitt an genau diese Zielgruppe. Daneben enthält das BEEG speziell für Arbeitnehmer geltende Vorschriften über die Elternzeit. Gemeint ist hier die unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, die Arbeitnehmer zum Zwecke der Kindererziehung einfordern können.



Bettina Graue und Ariane Mandalka
Bundeseelterngeld- und Elternzeitgesetz – Basiskommentar zum BEEG
6. Auflage 2018, 280 S., €29,90
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

JAHRBUCH

Überblick über das Sozialrecht

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



Prof. Dr. Peter Udsching und Prof. Dr. Christian Rolfs (Hg.)
Jahrbuch des Sozialrechts – Dokumentation für das Jahr 2018
Gesetzgebung – Verwaltung – Rechtsprechung – Literatur
Reihe: Jahrbuch des Sozialrechts
Band 40, 2020, 543 S., €148
Erich Schmidt Verlag, Berlin

PRAXISHANDBUCH

Eingliederungshilfe im SGB IX

Seit 1. Januar 2020 gilt die 3. Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) – die neue Eingliederungshilfe im SGB IX. Erläutert wird, was dies in der Praxis für die einzelnen Leistungsbereiche bedeutet. Die Arbeitshilfe bietet Orientierung zu den neuen bundesgesetzlichen Regelungen, unter anderem zum leistungsberechtigten Personenkreis, den Partizipationsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung, zu den Aufgaben und Leistungen der Eingliederungshilfe und dem Teilhabe- und Gesamtplanverfahren. Im herausnehmbaren Begleitheft ist der ab 1. Januar 2020 geltende Wortlaut des SGB IX Teil 1 und Teil 2 aufgeführt.



Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern, Bezirksverband Oberbayern (Hg.)
BTHG-Umsetzung – Eingliederungshilfe im SGB IX – Ein Praxishandbuch
2019, Bearbeitungsstand: Juli 2019, 200 S., €29,95
Walhalla Fachverlag, Regensburg

Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

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

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer
ÄGUV
200. Lfg., 09/2019, €195
Gesamtwerk in zwei Ordnern, €189
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Medizinprodukte-Recht

Dieser Kommentar bietet umfassende Informationen zum Medizinprodukterecht und den dazugehörigen EU-Vorschriften, unter anderem Text und ausführliche Kommentierung des Medizinproduktegesetzes unter Einschluss dazu ergangener Rechtsprechung und Literatur, Texte der zum Medizinproduktegesetz ergangenen Verordnungen und Verwaltungsvorschriften sowie nationale und europäische Leitlinien und Beschlüsse.

Gert Schorn (Begr.), Volker Lückner und Hans Georg Baumann (Hg.)
Medizinprodukte-Recht – Kommentar und Materialien
31. Lfg., 07/2019, €87; 32. Lfg., 11/2019, €89
Gesamtwerk 3.634 S. in vier Ordnern, €178
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Umzug und Trennungsgeld

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

Rolf Biel
Umzugskostenrecht des Bundes
102. Lfg., 01/2018, 304 S., €79,90
Gesamtwerk 2.864 S. in zwei Ordnern, €99 bei Fortsetzungsbezug, €259 bei Einzelbezug
Verlag Reckinger, Siegburg



#solidarischHandeln

Es ist ein aufmunterndes Zeichen, das inmitten der Corona-Krise vom kürzlich veröffentlichten „Weltglücksreport“ der Vereinten Nationen ausgeht. Denn aus Sicht der Autoren könnte das Glücksempfinden gerade in dieser schwierigen Situation wahre Höhenflüge erreichen. Vergangene Krisen hätten dies bereits gezeigt. Die Erklärung: Menschen freuen sich über die große Hilfsbereitschaft und Solidarität von Nachbarn oder Institutionen. Das ist Balsam für die Seele und hilft, schwere See und Sturm besser zu überstehen. Gemeinsam stark!

So lautet übrigens auch einer von mehreren Twitter-Hashtags, unter denen viele gute Beispiele aufgelistet sind, wie sich in diesen Tagen landauf und landab Menschen gegenseitig unterstützen. So wie der Betreuer eines Pflegeheims, der in Zeiten von Social Distancing Whatsapp-Videoanrufe zwischen Bewohnern und Angehörigen organisiert. Digitale Ideen bewirken hier viel Gutes. Auch die Nachbarschaftshilfe wird großgeschrieben. Eine Jugendfeuerwehr schafft einen Corona-Einkaufsservice für ältere Menschen und andere Risikogruppen. Kostümabteilungen von Theatern nähen Atemschutzmasken.

Erwähnt sei auch die Initiative „#WirvsVirus“ – ein Hackathon der Bundesregierung. Es geht dabei um digitale Ideen, die der Gesellschaft dabei helfen, solidarisch zu sein und gestärkt aus der aktuellen schwierigen Situation durch Covid-19 hervorzugehen. 43.000 Teilnehmer aus dem In- und Ausland waren dabei. Eine große Herausforderung ist das Management von Krankenhausressourcen. Hierzu wurden auf dem Hackathon innovative Lösungsansätze präsentiert, wie zum Beispiel Baupläne für den 3D-Druck von Teilen von Beatmungsgeräten. Vielleicht wird es also bald möglich sein, ein Beatmungsgerät im 3D-Drucker herzustellen. Plattformen zur Verbesserung der regionalen Auslastung der Intensivbetten sind ebenfalls unter den Vorschlägen. Und auch daran wird jetzt intensiv weitergearbeitet. Das alles sind gute Nachrichten in der Krise, davon brauchen wir mehr.

Blieben Sie gesund und passen Sie gut auf sich und Ihre Mitmenschen auf!

Ihre Redaktion



IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Nicole Janke, Dr. Tanja Gloomz

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin

Tel. 030/26931-1205

Fax 030/26931-2900

redaktion@vdek.com

www.vdek.com/magazin

[@vdek_Presse](#)

Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH

Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg

www.ressourcenmangel.de

Repro und Druck

Eversfrank Berlin GmbH

Ballinstraße 15 | 12359 Berlin

www.eversfrank.com

Erscheinungsdatum

April 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.: 0 40 - 69 09 - 17 83
Fax: 0 40 - 69 09 - 13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
@TK_Presse



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 0 40 - 23 96 - 0
Fax: 0 40 - 23 96 - 26 75
service@dak.de
www.dak.de
@DAKGesundheit



hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 0 421 - 36 55 - 0
Fax: 0 421 - 36 55 - 37 00
info@hkk.de
www.hkk.de



BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 08 00 - 333 1010
Fax: 08 00 - 333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
@BARMER_Presse



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 05 11 - 28 02 - 0
Fax: 05 11 - 28 02 - 99 99
service@kkh.de
www.kkh.de
@KKH_Politik



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 08 00 - 0 213 213
Fax: 0 40 - 6 56 96 - 12 37
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)