

ersatzkasse magazin.

G20634



Solidarität und Verantwortung

Prof. Dr. Steffen Augsberg vom Deutschen Ethikrat im Interview

Elektronische Patientenakte

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran

Morbi-RSA

Neue Diskussionen um neue Gutachten



Corona-Schutzschirme

Im Zuge der Corona-Pandemie sind viele Gesetze und Regelungen in Kraft getreten, die das Gesundheitswesen betreffen. Sie sollen die wirtschaftlichen, finanziellen und sozialen Folgen der Coronakrise abmildern

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-thuringen@vdek.com

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

noch dreht sich vieles, aber nicht mehr alles um Corona. Die Fallzahlen der Covid-19-Patientinnen und -Patienten sind gesunken, der befürchtete Kollaps des Gesundheitswesens ist zum Glück ausgeblieben. Die Bundesregierung hat mit den Bundesländern Lockerungsmaßnahmen vom Shutdown beschlossen. Solange es aber keinen Impfstoff gibt, ist die Bedrohung durch das Coronavirus vorhanden. Jetzt geht es verstärkt darum, das Infektionsgeschehen (regional) unter Kontrolle zu halten und Infektionswege nachzuvollziehen. Dabei helfen kann die Corona-App der Bundesregierung. Über die Funktionsweise informiert eine anschauliche Übersicht in *ersatzkasse magazin*.

Im Kontext der Corona-Pandemie ist auch eine gesellschaftliche Debatte um ethische Fragen entstanden: Wie sieht es mit den Einschränkungen von Persönlichkeits- und Freiheitsrechten aufgrund der Kontaktsperren aus? Waren bzw. sind die umfangreichen Maßnahmen ethisch gerechtfertigt? Prof. Dr. Steffen Augsberg, Mitglied des Deutschen Ethikrats, gibt Antworten. Es sei gelungen, die schlimmsten Belastungsszenarien insbesondere im Gesundheitswesen zu vermeiden. Im Sinne des Freiheits- und Solidaritätsgebots mahnt er jedoch auch Augenmaß bei den Beschränkungen an.

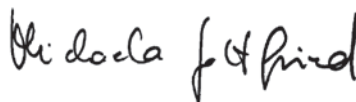
In Krisenzeiten zeigt sich auch, wie wichtig die Sozialversicherungssysteme für den Erhalt der gesellschaftlichen Stabilität sind. Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es mit zu verdanken, dass Deutschland im internationalen Vergleich bisher gut durch die Coronakrise gekommen ist. Doch wie belastbar ist sie auf Dauer finanziell? Die Einnahmen brechen wegen Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit weg. Zudem wurden

zahlreiche Corona-Schutzschirme gespannt, um Krankenhäuser, Heilmittelerbringer, Ärzteschaft und Pflege zu entlasten. Die Mittel dafür kommen aus dem Gesundheitsfonds. Das Geld wird knapp und es droht der Anstieg von Zusatzbeitragssätzen bei den Krankenkassen, wenn der Staat sie nicht mit Steuermitteln unterstützt. Im Herbst wird es erneut Gespräche mit dem Bundesgesundheitsminister über konkrete Hilfen geben.

Durch die Coronakrise hat Deutschland auch einen Schnellkurs in Sachen Digitalisierung durchlaufen. Videokonferenzen, digitale Sprechstunden, Telemedizin – die digitale Kompetenz der Menschen ist gestiegen und damit sicherlich auch die Akzeptanz gegenüber digitalen Anwendungen. Das ist wichtig für das Großprojekt der nächsten drei Jahre, nämlich die schrittweise Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2021. Gesetzlich Versicherte können auf freiwilliger Basis ihre Gesundheitsdokumente – Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Notfalldatensatz, Impfpass und vieles mehr – lebenslang sicher verwalten. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie Apotheken sollen auf die Daten zugreifen können, sofern vom Versicherten berechtigt. Ein riesiges Potenzial, um den Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern zu verbessern und die Versorgung sicherer zu machen.

Liebe Leserinnen und Leser, kommen Sie weiterhin sicher und gesund durch die Coronakrise und genießen Sie Ihre wiedererlangten Freiheiten, wie und wo auch immer. Aber bitte: immer mit Abstand!

Ihre



Michaela Gottfried



Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

3. Ausgabe 2020

POLITIK

Vorsorge: Impfungen nicht aussetzen	6
Auszeichnung für vdek-Pflegelotse	7
Morbi-RSA: Diskussionen um Gutachten	8
Stärkung des Gesundheitswesens	10
Einwurf: Schwierige Zeiten für die GKV	11

AUS DEN KASSEN

Zeit statt Zahnsperre?	12
-------------------------------------	-----------

IM FOKUS DIGITALISIERUNG

Schnellspur zu den „Apps auf Rezept“	16
Elektronische Patientenakte: Umsetzung	18
Gesetzliche Regelungen zur ePA	20

TITEL CORONA-SCHUTZSCHIRME

Grünes Licht für zweites Hilfspaket	22
Effektive und unbürokratische Unterstützung	24
Sicherheitsnetz ohne bleibende Zusatzkosten	26
Mehr Mitsprache für Krankenkassen	27
Sozialschutzpaket II: Erweiterung der Leistungen	28
Ein Tropfen auf den heißen Stein	29
Effiziente Versorgungsstrukturen wichtiger denn je	30
Finanzielle Stabilität muss gewahrt bleiben	32
Gesundheitspolitische Sonderregelungen	34
Perspektiven der Impfstoffentwicklung	36
Interview mit Prof. Dr. Steffen Augsberg	38
Corona-App: Zum Schutz der Gemeinschaft	42
Gesund durch die Corona-Zeit am Arbeitsplatz	43

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	44
PS: Sommerreise	46

21

TITELTHEMA

Corona-Schutzschirme

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz, Sozialschutzpaket II, ausgeweiteter Schutzschirm für Gesundheitsberufe – im Zuge der Corona-Pandemie sind viele weitere Gesetze und Regelungen in Kraft getreten. Mit diesen „Kraftpaketen“ sollen die wirtschaftlichen, finanziellen und sozialen Folgen der Coronakrise abgemildert werden. Ihre Finanzierung ist für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) indes ein großer Kraftakt. Um die finanzielle Stabilität der Krankenkassen während der Pandemie zu gewährleisten, fordern die Krankenkassen unter anderem einen finanziellen Ausgleich für die coronabedingten Nettomehrausgaben und Mindereinnahmen der GKV.



38

INTERVIEW

„Solidarität und Verantwortung sind keine unendlichen Ressourcen“

Seit Pandemiebeginn beherrscht die Frage nach ethischen Leitplanken des Regierungshandelns die politischen und gesellschaftlichen Diskurse. Prof. Dr. Steffen Augsberg, Mitglied im Deutschen Ethikrat, zieht im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Bilanz zum Umgang der Bundesregierung mit der Coronakrise. Lobende Worte findet er für das besonders am Anfang der Krise vorhandene Verständnis der Bevölkerung gegenüber den weit reichenden Einschränkungen. Diese Solidarität sei allerdings keine unendliche Ressource.



16

IM FOKUS

Digitalisierung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran. Ab Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Durch das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wird die ePA weiter konkretisiert. Auch bei den digitalen Gesundheitsanwendungen hat sich einiges getan. Das Prüf- und Zulassungsverfahren des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll die „Apps auf Rezept“ schnell in die Versorgung bringen.





GESETZ

Verbot von Konversionstherapien

Medizinische Interventionen, die darauf ausgerichtet sind, die sexuelle Orientierung oder die selbstempfundene geschlechtliche Identität einer Person gezielt zu verändern oder zu unterdrücken, und das Werben hierfür sollen künftig verboten werden. Das ist Ziel des „Gesetzes zum Schutz vor Konversionsbehandlungen“, das der Bundestag im Mai 2020 beschlossen hat und voraussichtlich Mitte dieses Jahres in Kraft tritt. Verstöße sollen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder einem hohen Bußgeld geahndet werden.

„Homosexualität ist keine Krankheit“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Daher sei schon der Begriff Therapie irreführend. „Wir wollen sogenannte Konversionstherapien soweit wie möglich verbieten. Wo sie durchgeführt werden, entsteht oft schweres körperliches und seelisches Leid. Diese angebliche Therapie macht krank und nicht gesund. Das Verbot ist auch ein wichtiges gesellschaftliches Zeichen an alle, die mit ihrer Homosexualität hadern: Es ist ok, so wie du bist.“ *pm*

Einsicht des Monats

„Beim Feiern verbreitet sich das Virus besonders leicht. Ja, die Zahlen in Deutschland sind aktuell auf niedrigem Niveau. Gleichwohl sind wir noch mitten in der Pandemie. Lasst uns das Erreichte sichern und weiterhin im Alltag aufeinander Acht geben.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) am 3. Juni 2020 auf Twitter mit Blick auf die gut 3.000 Menschen, die am Pfingstsonntag in Berlin auf und um den Landwehrkanal herum eine Demo-Party feierten.

VORSORGE

Impfungen nicht aussetzen

Aufgrund der Corona-Pandemie haben viele Menschen aus Angst vor einer möglichen Ansteckung den Gang in die Arztpraxis vermieden und Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen verschoben oder ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund setzen sich die Kassenartenverbände und der GKV-Spitzenverband gemeinsam dafür ein, dass Patientinnen und Patienten die so wichtigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen trotz der derzeitigen Ausnahmesituation nicht aus den Augen verlieren.

Dies gilt vor allem für die U-Untersuchungen sowie Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, aber auch für Vorsorgeuntersuchungen beispielsweise zur Krebsfrüherkennung und Impfungen im Erwachsenenalter. Andernfalls drohen Impflücken mit der Gefahr, dass Infektionskrankheiten ausbrechen, die durch einen ausreichenden Impfschutz hätten verhindert werden können. Der Verzicht auf die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen birgt wiederum das Risiko unentdeckter Krankheiten, unter Umständen mit nur schwer auffangbaren gesundheitlichen Folgen.

Die Sorge vor einer Infektion mit dem Covid-19-Erreger ist nach wie vor verständlich. Doch nehmen Arztpraxen ihren regelhaften Versorgungsbetrieb langsam wieder auf. Abläufe sind inzwischen so sicher gestaltet, dass Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Check-ups durchgeführt werden können. Der Austausch zwischen Arzt und Patient kann zudem helfen, Ängste abzubauen und gemeinsam individuelle Lösungen zu finden. *pm*

PERSONALIE

Alena Buyx neue Vorsitzende des Deutschen Ethikrats



Foto: wiley/Anke Illing

Der Deutsche Ethikrat hat am 28. Mai 2020 zum ersten Mal in neuer Zusammensetzung getagt und die Medizin- und Forschungsethikerin Alena Buyx zu seiner Vorsitzenden gewählt. Zu

stellvertretenden Vorsitzenden wurden der Jurist Volker Lipp, der Philosoph Julian Nida-Rümelin und die theoretische Neurowissenschaftlerin Susanne Schreiber bestimmt. Elf der aktuell 24 Mitgliederinnen und Mitglieder waren am 30. April 2020 von Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble erstmals in den Ethikrat berufen worden; die anderen 13 Mitgliederinnen und Mitglieder gehörten dem Rat bereits in der vorangegangenen Amtszeit an. *pm*

www.ethikrat.org
> Seite 38

BZGA

Neuer Leitfaden zu Alkoholkonsum

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hat in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer einen neuen Leitfaden zum Thema Alkoholkonsum entwickelt. Er unterstützt niedergelassene und klinisch tätige Ärzte dabei, Gespräche zum Thema Alkohol mit Patienten so zu führen, dass diese sich gut beraten fühlen. Er informiert darüber, was risikoarmer, riskanter bzw. schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum ist, wie ärztliche Diagnosen gestellt werden können und gibt Empfehlungen für eine ärztliche Kurzintervention. Die Inhalte basieren auf den Empfehlungen der wissenschaftlichen S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Juli 2014). *pm*

www.bzga.de

ONLINE-PORTAL

Auszeichnung für vdek-Pflegelotse

Bereits zum vierten Mal in Folge ist der vdek-Pflegelotse, ein Webangebot des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), mit dem Preis „Deutschlands beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden. Der Preis wird jährlich vom Fernsehsender ntv und dem Deutschen Institut für Service-Qualität (DISQ) für besonders gute Internetauftritte vergeben. Wer das Rennen macht, bestimmen die Verbraucher. In einer Onlinebefragung haben ntv und DISQ gut 40.000 Bewertungen von Online-Portalen in 53 Kategorien eingeholt. Der vdek-Pflegelotse erhielt den Award in der Kategorie „Vergleichsportale Pflegedienste & Pflegeheime“.

Der vdek-Pflegelotse bietet Hilfe bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung. Neben Angaben zur Größe, Lage und Kosten informiert er auf Grundlage objektiver Prüfergebnisse auch über die Qualität der Einrichtungen. Aktuell bietet die Webseite Informationen zu rund 14.500 stationären Pflegeeinrichtungen und 14.000 ambulanten Pflegediensten, die ständig aktualisiert werden. Darüber hinaus gibt sie Auskunft über Angebote zur Unterstützung im Alltag, etwa zu Betreuungsangeboten und Hilfe im Haushalt. Der vdek-Pflegelotse ist unabhängig, werbefrei und kostenlos und wurde von einer unabhängigen Prüfstelle als besonders barrierearm bewertet (Testurteil „sehr gut zugänglich“).

Der vdek-Pflegelotse wird mittlerweile auch von den Innungskrankenkassen (IKK), der Knappschaft und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) angeboten und gehört zu den Marktführern unter den Suchportalen für Pflegeeinrichtungen. *pm*

www.pflegelotse.de

ORGANSPENDE

Signale für eine Verbesserung

Informieren und aufklären, entscheiden und damit Leben retten – dieses Motto hat der Tag der Organspende, der am 6. Juni 2020 begangen wurde, seit nunmehr 37 Jahren. Ziel ist es, das Thema Organspende noch stärker in den Mittelpunkt der Gesellschaft zu rücken. Der Aktionstag fand in diesem Jahr zum ersten Mal ausschließlich online statt.

Über 9.000 Patienten warten auf eine lebensrettende Organspende. Die Zahl der Organspender ist im Vergleich zum Vorjahr in den ersten fünf Monaten des Jahres um über acht Prozent auf 410 Spender gestiegen. Die Anzahl der gespendeten Organe ist von 1.254 auf 1.300 Organe gestiegen. Die Nachfrage nach Organspendeausweisen und Infomaterial hat sich seit 2018 fast verdoppelt.

Das am 1. April 2019 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende schuf Voraussetzungen für eine Verbesserung der Organspende in Deutschland. Die zentralen Elemente darin betreffen die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Transplantationsbeauftragten, die aufwandsgerechte Vergütung der Entnahmekrankenhäuser und die verbindliche Einführung von festen Verfahrensabläufen in den Kliniken. *pm*

www.organspendetag.de

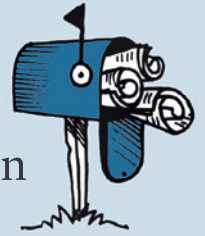
Die aktuelle Zahl

9

Der Konjunkturprognose des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) zufolge wird das deutsche Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2020 wegen Corona voraussichtlich um neun Prozent einbrechen.

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Corona: Gesundheitssystem

„Jetzt, wo die Coronakrise das Land aufgerüttelt und viele Kräfte mobilisiert hat, wäre es an der Zeit, einmal grundsätzlich zu diskutieren, welches Gesundheitssystem wir uns in Deutschland leisten wollen und leisten könnten. Welche Versorgung brauchen wir stationär? Was geht ambulant, und was kann digital angeboten werden? Das ist nicht die Diskussion um ein weiteres Konjunkturprogramm. Es geht darum, die Strukturen zu analysieren und zu fragen, welche Bedürfnisse die Patienten haben.“

[HANDELSBLATT, 4.6.2020](#)

Corona: Testkosten

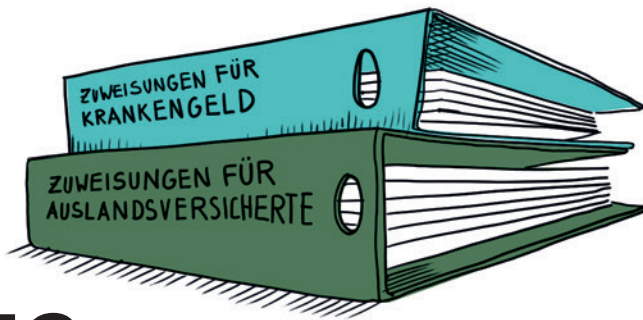
„Wer trägt die Kosten der Corona-Tests? Es sind allein die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Sie zahlen sogar dann wenn der Getestete privat krankenversichert ist. Diese Regel von Gesundheitsminister Spahn ist selbst dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) ein bisschen peinlich. Jedenfalls hat er sich zu Wort gemeldet und betont, dass es falsch sei, die Kosten der Massentests allein der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubürden.“

[STUTTGARTER ZEITUNG, 4.6.2020](#)

Corona: Bettenauslastung

„Während Maximalversorger tatsächlich leiden, stößt sich manches kleine Krankenhaus an den Pauschalen gesund. Es ist gut, wenn ein Beirat diese Gießkannenförderung bald beendet. Die Ebbe in den Kliniken und Notaufnahmen führt noch zu einer anderen kritischen Frage: Könnte es sein, dass die Deutschen früher zu viel zum Arzt gegangen sind?“

[FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 30.5.2020](#)



MORBI-RSA

Neue Diskussionen um neue Gutachten

Die umfassende Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) gerade erst am 13. März 2020 im Bundesrat endgültig verabschiedet worden, da hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Ende März mit der Veröffentlichung zweier Gutachten die nächste Runde Reformdiskussion im Morbi-RSA eingeläutet. Die beiden Themen – Zuweisungen für Auslandsversicherte bzw. Krankengeld – befinden sich seit Bestehen des RSA, insbesondere seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009, in der Diskussion, da deren Ausgleichsmechanismus im RSA weder hinsichtlich Zielgenauigkeit noch Wettbewerbsaspekten überzeugen konnte.

/Text/ André Schulze

Die aktuellen Gutachten wurden vom Gesetzgeber im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im Jahr 2017 beschlossen und stellen Folgegutachten dar. Die Erstgutachten aus dem Jahr 2016 hatten weiteren Forschungsbedarf attestiert und dazu auch spezifische Datenerhebungen angeregt. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) waren auch Sonderregelungen zur Berechnungen der Zuweisungen geschaffen worden, um die bestehenden Schwächen des

Ausgleichssystems zu kompensieren. So werden im Bereich Krankengeld nur noch 50 Prozent der Zuweisungen über das bestehende Modell ermittelt, während 50 Prozent über eine Berücksichtigung der Ist-Kosten zugewiesen werden. Für die Auslandsversicherten wird die Gesamtsumme der Zuweisungen auf die Summe der insgesamt für die Auslandsversicherten von den Krankenkassen gebuchten Leistungsausgaben begrenzt, um eine starke Überdeckung für diese Versichertengruppe zu vermeiden.

Zuweisungen für Auslandsversicherte

Das aktuelle Verfahren im Morbi-RSA für Auslandsversicherte sieht vor, dass die Zuweisungen anhand der Durchschnittskosten der Versicherten im Inland gestaffelt nach Altersgruppen ermittelt werden. Dieses Verfahren wurde gewählt, um zu berücksichtigen, dass für Auslandsversicherte weder durchgängig versichertenbezogene Meldungen der Leistungsausgaben noch Diagnosemeldungen über die üblichen Meldewege vorliegen. Allerdings führte dieses Verfahren zu deutlichen Überdeckungen für die Gesamtheit der Auslandsversicherten, das heißt die Zuweisungen lagen oberhalb der tatsächlichen Ausgaben. Diesem Umstand wurde mit der eingeführten Sonderregelung Rechnung getragen, dennoch bestehen zwischen den Krankenkassen weiterhin starke Deckungsunterschiede, die durch stark divergierende Ausgaben-niveaus und Erstattungsregelungen der jeweiligen Aufenthaltsländer der Versicherten bedingt sind.

Mit dem GKV-FQWG wurde eine erste Gutachtenerstellung zur Entwicklung von Modellen für eine zielgenauere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte beschlossen. Das Gutachten wurde 2016 vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen veröffentlicht und nahm neben einem vollständigen Ist-Kosten-Ausgleich Modelle in den Fokus, die Zuschläge differenziert nach Aufenthaltsländern vorsahen.

Da nicht alle benötigten Datengrundlagen vorlagen, konnten die vorgeschlagenen Modelle erst im Folgegutachten auf Zielgenauigkeit überprüft und verfeinert werden. Dieses Gutachten wurde

von der EsFoMed GmbH, dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und dem WIG2 Institut erstellt und umfasst alle in der Diskussion befindlichen Modellansätze. Die Gutachter präferieren ein Modell, das die Zuweisungen für die Auslandsversicherten anhand landesspezifischer Zuschläge für die jeweiligen Aufenthaltsländer ermittelt und die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Auslandsversicherte deutlich erhöht.

Das Gutachten ist leicht umsetzbar, da die Datenvoraussetzungen bereits weitestgehend gegeben sind. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt daher die Empfehlung der Gutachter und spricht sich für eine zügige Schaffung der nötigen rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung aus.

Zuweisungen für Krankengeld

Auch für die Berechnung von Krankengeldzuweisungen im RSA wurde 2016 ein Erstgutachten vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen vorgelegt, das besonders die bisher nicht berücksichtigten Bestimmungsfaktoren für Krankengeldausgaben untersuchte. Parallel erschienen weitere Gutachten, unter anderem von einer Gruppe um IGES und dem WIG2 Institut, die von einzelnen Krankenkassen beauftragt wurden.

Im Gegensatz zum restlichen Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das Krankengeld keine Sachleistung, sondern eine einkommensabhängige Lohnersatzleistung, deren Höhe sich proportional an den beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds bemisst, die für die Krankenkassen eine nicht-beeinflussbare Größe darstellen. Daher verfolgten die obigen Gutachten den Ansatz der getrennten Berücksichtigung der Krankengeldbezugstage (Mengenkomponente) und der gezahlten Krankengeldhöhe (Preiskomponente). Beide Gutachten wurden allerdings nur unter Verwendung eines Teildatenbestandes der GKV erstellt.

Das Folgegutachten, das von IGES vorgelegt wurde, greift die umfassende Betrachtung der Modellansätze auf und erweitert diese um Modellvarianten auf Grundlage der

zusätzlichen Daten aus einer Sonderdatenerhebung.

Aufgrund der Vollerhebung der Daten war grundsätzlich eine bessere Repräsentativität der Ergebnisse als im Erstgutachten zu erwarten. Allerdings ergeben sich bei der Bewertung des Gutachtens eine Reihe von Fragen zur Datenqualität bzw. Datenaufbereitung. So weichen die Deckungsquoten auf Kassenebene bereits im Ausgangsmodell erheblich von den tatsächlichen Ergebnissen des RSA-Jahresausgleichs 2017 ab, vermutlich begründet in den recht umfassenden Datenbereinigungen der Gutachter. Eigentlich wäre eine fast exakte Abbildung des Jahresausgleichs zu erwarten gewesen. Es ergeben sich daher grundsätzliche Zweifel an der Validität der dargestellten Gütemaße auf Basis des Datenbestands der Sondererhebung.

Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass verwendete beitragspflichtige Einnahmen (bpE) erhebungsbedingt nicht die nötige Datenqualität haben. Dadurch sind die Ergebnisse für alle Modelle, die eine direkte Berücksichtigung der bpE als Variable vorsehen, kaum verwendbar. Eine Zuweisungsmethode zur Berücksichtigung einer gesonderten Preiskomponente ohne Verwendung der verzerrten bpE wäre die Ermittlung kasseneinheitlicher Krankengeldzahlbeträge gewesen. Leider wurde im Gutachten nur eine versichertenindividuelle Variante auf Basis der verzerrten bpE umgesetzt.

Aus Ersatzkassensicht bleibt festzuhalten, dass die Empfehlung der Gutachter nicht befürwortet werden kann. Die fehlende Berücksichtigung einer gesonderten Preiskomponente in den Empfehlungen des Gutachtens ist für die Ersatzkassen nicht sachgerecht und steht in deutlichem Widerspruch zu den Gutachten aus 2016. Das vorgeschlagene Modell kann von den Gütemaßen nur bedingt überzeugen, während die Deckungsbeitragsunterschiede im Vergleich zur Sonderregelung größer werden. Auch erfolgt keine ausreichende Würdigung der zusätzlichen Manipulationsanreize im Bereich der Diagnosen, die der Intention des GKV-FKG zuwider laufen. Daher sollte die bestehende Sonderregelung weiter für die Krankengeldzuweisungen angewendet werden. ■

Die fehlende Berücksichtigung einer gesonderten Preiskomponente ist für die Ersatzkassen nicht sachgerecht.



André Schulze
Abteilung Finanzen/
Versicherung beim vdek

Foto: Fotostudio Neudörflin



CORONA-KONJUNKTURPAKET

Stärkung des Gesundheitswesens

Der Koalitionsausschuss hat sich am 3. Juni 2020 auf ein Corona-Konjunkturpaket verständigt. Damit soll auch das Gesundheitswesen gestärkt und der Schutz vor Pandemien verbessert werden.



Foto: zvezden/Adobe Stock

In dem Einigungspapier erneuern die Koalitionäre ihr Versprechen, dass die Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 Prozent steigen sollen. Konkret ist vorgesehen, dass darüber hinausgehende Finanzbedarfe bis 2021 aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Für dieses Jahr geht man dabei von 5,3 Milliarden Euro aus. Für das Jahr 2021 hat man noch keine konkreten Zahlen. Bis zur Sommerpause sollen die verabredeten Vorhaben in Gesetzesform gegossen und vom Parlament verabschiedet werden.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

- Der Bund strebt mit den Kommunen einen Pakt für den öffentlichen ÖGD an und will dafür insgesamt vier Milliarden Euro zur Verfügung stellen. Damit soll die technische und digitale Auf- und Ausrüstung des ÖGD unterstützt werden.
- Das Geld soll auch für zusätzlich notwendiges Personal des ÖGD verwendet werden. Sofern die Anstellungen bis 2021 erfolgt sind, wird der Bund für insgesamt fünf Jahre die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen. Zur Erhöhung der Attraktivität soll das Gehalt angepasst und mit dem Gehalt, das in anderen Bereichen des Gesundheitswesens bezahlt wird, vergleichbar sein.

Krankenhäuser

Es soll ein Zukunftsprogramm „Krankenhäuser“ mit einem Finanzvolumen von drei Milliarden Euro aufgelegt werden. Damit soll in die digitale Infrastruktur der Kliniken und die IT- und Cybersicherheit investiert werden. Auch die Notfallkapazitäten sollen verbessert werden. Die Umsetzung soll über die Erweiterung des bestehenden Strukturfonds laufen.

Arzneimittel und Medizinprodukte

Mit einem Finanzvolumen von einer Milliarde Euro soll ein Programm zur Förderung der inländischen Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte gestartet werden. Ziel ist es, die Kapazitäten zu erhöhen und mehr Unabhängigkeit zu erreichen.

Impfstoff

Mit 750.000 Euro soll die internationale Impfstoffinitiative CEPI unterstützt werden. Ziel ist es, dass ein wirksamer und sicherer Impfstoff zeitnah zur Verfügung steht.

Schutzausrüstung

Mit einer Milliarde Euro will der Bund die Erstausrüstung zur Bevorratung von medizinischer Schutzausrüstung unterstützen. [↗ eb](#)

> Seite 11

EUROPÄISCHE UNION (EU)

„Corona-Präsidentschaft“ im Fokus

Am 1. Juli 2020 übernimmt Deutschland für sechs Monate den Vorsitz im Rat der Europäischen Union (EU). Vorrangiges Thema der deutschen EU-Ratspräsidentschaft wird der Kampf gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 sein. Bundesaußenminister Heiko Maas sprach in diesem Zusammenhang von einer „Corona-Präsidentschaft“.

Im Bereich Gesundheit gehören die gemeinsame Bewältigung der Corona-Pandemie und die Stärkung der Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen zu den Schwerpunkten der deutschen EU-Ratspräsidentschaft. Die Digitalisierung bietet hier – wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – große Chancen und gehört daher ebenfalls zu den zentralen Themen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zufolge geht es unter anderem um Apps zur Nachverfolgung der Kontakte von Corona-Erkrankten. Gleich zu Beginn der deutschen EU-Ratspräsidentschaft am 16. Juli 2020 lädt der Bundesgesundheitsminister seine EU-Kolleginnen und -Kollegen zu einem Informellen Treffen im digitalen Format ein.

Mit dem 1. Juli beginnt gleichzeitig auch die sogenannte Triopräsidentschaft, die insgesamt 18 Monate umfasst. Portugal übernimmt am 1. Januar 2021 den Vorsitz von Deutschland und übergibt ihn sechs Monate später an Slowenien. Die drei EU-Staaten arbeiten eng zusammen. „Europa soll stärker, gerechter und nachhaltiger aus der Corona-Pandemie hervorgehen“ – so lautet das übergeordnete Ziel des Dreivorsitzes im Rat der EU. Ein Programm wird für die gesamte Zeitspanne der Triopräsidentschaft, also vom 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2021, gelten. Zu den Handlungsschwerpunkten gehören die Covid-19-Pandemie, die Bewältigung der sozio-ökonomischen Folgen sowie eine Verbesserung des europäischen Krisenmanagements. [↗ tg](#)

EINWURF

Coronakrise: Schwierige Zeiten für die gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht finanziell deutlich unter Druck. Die Einnahmen brechen weg und durch die Rettungsschirme schmelzen die Reserven des Gesundheitsfonds dahin. Hilft da das Konjunkturpaket mit der „Sozialgarantie 2021“?

/ Text / **Ulrike Elsner**

Die Bundesregierung tut viel, um neben den medizinischen auch die finanziellen Folgen der Coronakrise für die Menschen abzumildern. In dem kürzlich verabschiedeten Konjunkturpaket ist auch eine „Sozialgarantie 2021“ enthalten: Mithilfe von Steuerzuschüssen sollen die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 Prozent gehalten werden. Für 2020 ist zudem vorgesehen, den Krankenkassen zur Stabilisierung ihrer Beiträge einen zusätzlichen Steuerzuschuss von 3,5 Milliarden Euro zu gewähren. Ein wichtiges Signal, aber ob dies auch in 2021 den Beitragsdruck von den Krankenkassen nimmt, ist fraglich.

Zur Finanzlage der GKV: Aktuell bis zu 10,6 Millionen Kurzarbeiter und ein deutlicher Anstieg bei den Arbeitslosenzahlen auf 2,8 Millionen. Der GKV brechen so Einnahmen weg, denn für Kurzarbeiter und Arbeitslose gibt es weniger Beiträge. Für 2020 sind allein Mindereinnahmen von 4,8 Milliarden Euro zu erwarten. Zwar machen sich die Einnahmerückgänge nicht sofort bei den Krankenkassen bemerkbar, denn ihre Zuweisungen für 2020 aus dem Gesundheitsfonds sind bereits festgelegt – und in dem Fonds sind noch Rücklagen vorhanden. Diese schwinden aber aufgrund der breit aufgestellten Rettungsschirme für Leistungserbringer sowie Kostenübernahmen auch für systemfremde Ausgaben wie die

symptomonabhängigen Corona-Reihentests etwa in Krankenhäusern und Pflegeheimen schnell dahin.

Erst im Herbst 2020 wird klarer sein, wie sich die Leistungsanspruchnahme und damit die Ausgaben infolge der Coronakrise entwickeln, doch schon jetzt ist absehbar, dass die Rücklagen im Gesundheitsfonds von rund 10,2 Milliarden Euro am Anfang des Jahres auf etwa 2,1 Milliarden Euro am Ende von 2020 sinken werden. Dann fehlen dem Gesundheitsfonds laut gesetzlich festgeschriebener Liquiditätsreserve aber bereits rund zwei Milliarden Euro. Ohne finanzielle Unterstützung vom Staat müssen die Krankenkassen diese Fehlbeträge durch deutlich steigende Zusatzbeitragssätze in 2021 ausgleichen.

Die zusätzlichen versprochenen Steuermittel von 3,5 Milliarden Euro für 2020 im Rahmen des Konjunkturpakets sind deshalb ein notwendiges Versprechen. Sie werden aber vermutlich nicht ausreichen, um die Einbrüche bei den Einnahmen und den Kostenanstieg zu kompensieren. Die Krankenkassen sind deshalb in Alarmbereitschaft. Sie brauchen spätestens im Herbst Zusagen über weitere Steuermittel, damit sie ihre Haushalte für 2021 planen können. Massive Beitragssatzsprünge sollten in der angespannten konjunkturellen Lage unbedingt vermieden werden. Ob die Sozialgarantie dann halten kann, was sie verspricht, wird sich in 2021 herausstellen. Denn auch der Finanzbedarf in anderen Sozialversicherungszweigen ist hoch. ■



Foto: vdekl/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns!
Schreiben Sie uns, was Sie von
dem Konjunkturpaket halten.*

redaktion@vdek.com

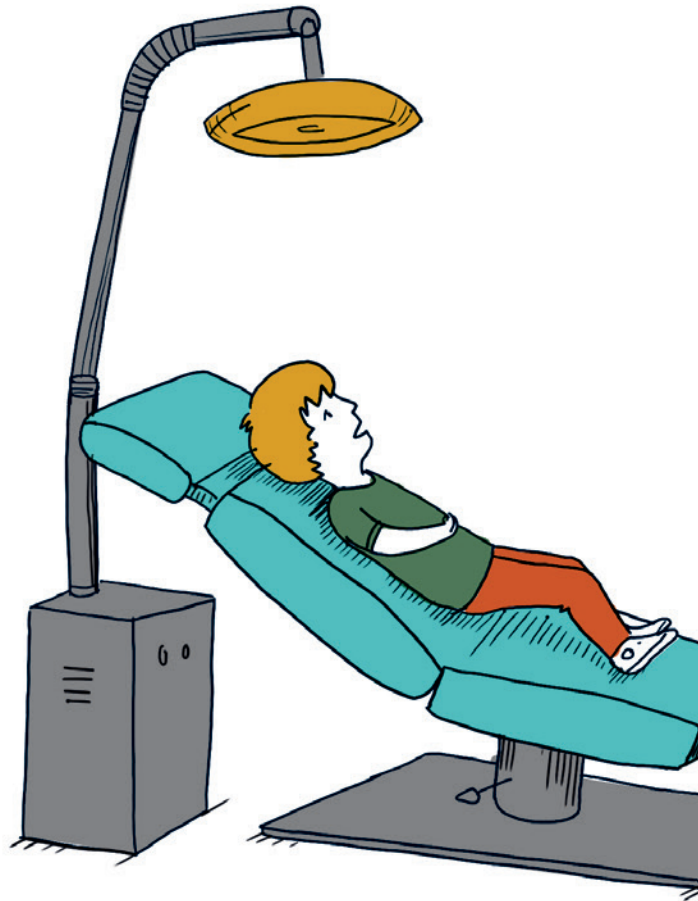


KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Zeit statt Zahnsperre?

Jedes zweite siebenjährige Kind in Deutschland bekommt bis zu seinem 18. Lebensjahr eine Zahnsperre. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie unter der Leitung des Sozialwissenschaftlers Dr. Bernard Braun (Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG)) und des Greifswalder Kieferorthopäden Dr. Alexander Spassov im Auftrag der hkk Krankenkasse. Die Experten bezweifeln, dass alle Zahnfehlstellungen in jedem Fall sofort behandelt werden müssen und fordern eine bessere Aufklärung der Eltern.

/Text/ Anna Dietrich



Gesetzliche Krankenkassen geben für kieferorthopädische Behandlungen jährlich rund 1,2 Milliarden Euro aus (Statistisches Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, 2019). Anspruch auf eine Behandlung besteht, wenn die Fehlstellung eine funktionelle Beeinträchtigung verursacht, zum Beispiel des Kauens, Beißens oder sogar Atmens. In der Praxis werden Zahnfehlstellungen anhand einer sogenannten kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) identifiziert bzw. beschrieben. Experten bewerten die Datenlage zur kieferorthopädischen Versorgung jedoch als intransparent.¹ Und auch eine hkk-Studie aus dem Jahr 2018 bemängelt, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen Referenzmaßstäbe und evidenzbasierte Behandlungsleitlinien fehlen.

Im aktuellen „hkk Gesundheitsreport 2020: Kieferorthopädische Behandlung von

Kindern und Jugendlichen“ haben Braun und Spassov Daten von hkk-versicherten Kindern und Jugendlichen anhand kieferorthopädischer und soziodemografischer Merkmale analysiert. Erstmals in Deutschland werden damit die kompletten kieferorthopädischen Behandlungsverläufe für eine Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von vier Jahren (2018 bis 2022) systematisch erfasst und ausgewertet. Für das Jahr 2023 plant die hkk einen Abschlussbericht.

Es wurden 2.920 hkk-versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus den Krankenkassendaten identifiziert, die im Jahr 2018 erstmals einen kieferorthopädischen Behandlungsplan erhielten. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen stammt aus Niedersachsen (48,4 Prozent) sowie Bremen (11,5 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (10,4 Prozent). In der Kohorte sind mehr Mädchen als Jungen (54,8 gegenüber 45,2 Prozent). Die meisten



Anna Dietrich
Projektleiterin hkk-
Gesundheitsreport, hkk
Krankenkasse



Kinder und Jugendlichen waren bei Beginn der Behandlung zwischen zehn und 14 Jahre alt (69,4 Prozent). Das Durchschnittsalter bei Beginn der kieferorthopädischen Behandlung lag bei etwas mehr als zwölf Jahren.

Die am häufigsten diagnostizierte Zahnfehlstellung für eine kieferorthopädische Behandlung ist mit 29,1 Prozent ein Überbiss der vorderen oberen Schneidezähne, gefolgt von einem einseitigen oder beidseitigen Kreuzbiss (16 Prozent). Der Vorbiss, ein deutlicher Vorstand der unteren vorderen Zähne, liegt mit einem Anteil von 12,8 Prozent auf dem dritten Platz.

Die Datenanalyse zeigt: Jedes zweite siebenjährige Kind in Deutschland bekommt bis zu seinem 18. Lebensjahr eine Zahnspange. Doch ob eine Korrektur in jedem Fall sofort notwendig ist, stellt Spassov infrage: „Wir wissen bereits aus der Langzeitstudie Dimberg et al., dass beispielsweise ein einseitiger Kreuzbiss bei jüngeren Kindern häufiger festgestellt wird als bei älteren. Dieser Rückgang spricht für eine Spontankorrektur.“ Die aktuelle hkk-Studie

bestätigt diese Hypothese. Im Rahmen der Untersuchung stellten die Wissenschaftler fest, dass der Anteil der Kinder mit einseitigem Kreuzbiss von 32 Prozent bei den Siebenjährigen auf 10,4 Prozent bei den Elfjährigen, also um 67,5 Prozent, zurückgeht. Braun fordert deshalb, dass Eltern im Fall dieser Indikation über die Möglichkeit einer Selbstkorrektur ohne kieferorthopädisches Zutun informiert werden müssen. Es stelle sich vor diesem Hintergrund nun nicht mehr die Frage, „Behandlung ja oder nein“, sondern: „Sofort behandeln oder erst einmal abwarten und beobachten, bis die Kinder älter sind.“

Kritisch betrachten die Wissenschaftler auch das Ergebnis, dass Eltern von kieferorthopädisch behandelten Kindern und Jugendlichen häufiger über ein höheres Einkommen verfügen als in einer entsprechenden Vergleichsgruppe. „Finanziell besser gestellte Familien können ihrem Kind oder ihren Kindern eher eine Zahnkorrektur ermöglichen“, so Braun.

Eine kieferorthopädische Behandlung kostet durchschnittlich etwa 2.340 Euro und wird bei medizinisch notwendigen Zahnkorrekturen von der Krankenkasse übernommen. Anders als bei den meisten anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Eltern jedoch während der Behandlung mit einem Eigenanteil von 20 Prozent in Vorleistung treten (wenn zwei Kinder in Behandlung sind, verringert sich der Eigenanteil auf zehn Prozent je Kind). Wird die Behandlung abgebrochen, verfällt der Anspruch auf die Erstattung. Darüber hinaus gibt es kostspielige Mehrleistungen, wie optisch unauffälligere oder bessere Brackets, die angeboten werden. Ein qualitativ gleichwertiges Behandlungsergebnis sei jedoch auch ohne Zusatzleistungen möglich, ist sich Spassov sicher. Und Braun fordert: „An dieser Stelle brauchen wir dringend mehr Transparenz und eine interessenneutrale Orientierungsmöglichkeit für Eltern, welche Leistungen tatsächlich nötig und sinnvoll sind.“ ■

www.hkk.de unter Themen/hhk Gesundheitsreport

¹ z. B. Spassov A., Braun B., Bettin H. (2016): Die vertragszahnärztliche Kieferorthopädie – unzuweckmäßig, intransparent und paternalistisch. In: Zeitschrift Gesundheit & Sozialpolitik, 6/2016, Nomos Verlag.

Wir brauchen eine interessen-neutrale Orientierungsmöglichkeit für Eltern, welche Leistungen tatsächlich nötig und sinnvoll sind.



TK

Stark erhöhte Ausgaben für Arzneimittel

Die Corona-Pandemie hat in der zweiten Märzhälfte 2020 zu stark erhöhten Ausgaben für Arzneimittel geführt. Das zeigt eine aktuelle Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK).



Foto: Jürgen Föllme / Adobe Stock

So sind in der Woche vor dem Inkrafttreten des Kontaktverbots (KW12) die Ausgaben bei der TK auf knapp 104 Millionen Euro gestiegen – im Vorjahr lagen die Ausgaben in dieser Woche bei rund 72 Millionen Euro. Das macht eine Steigerung von 44 Prozent. Im Vergleich zur KW11 2020 liegt die Steigerung bei 18 Prozent. Dabei haben die Versicherten nicht nur mehr Medikamente verordnet bekommen, unter den Verordnungen waren auch besonders viele Großpackungen, der Anstieg beträgt zehn Prozentpunkte im Vergleich zur gleichen Woche im März 2019.

„Wir sehen in unseren Daten, dass sich die Patienten vor dem sogenannten Lockdown auch mit verschreibungspflichtigen Medikamenten bevorratet haben, das gilt insbesondere für Versicherte mit chronischen Krankheiten“, sagt Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK. Für den gesamten März ergibt sich ein Plus von etwas mehr als 26 Prozent je Versicherten bei den Arzneimittelausgaben.

Auch beim Blick darauf, welche Medikamente verordnet wurden, sind besondere Effekte zu beobachten. So sind im März die Ausgaben für Arzneimittel mit dem Wirkstoff Candesartan zur Behandlung von Bluthochdruck und chronischer Herzinsuffizienz um 80 Prozent im Vergleich zum März 2019 gestiegen. Bei Insulinen sind es 50 Prozent. *pm*

www.tk.de

BARMER

Deutlich mehr Karies bei Kindern

Ein Drittel der Zwölfjährigen in Deutschland hat bereits Karies im bleibenden Gebiss. Bislang war man davon ausgegangen, dass sie etwa jeden Fünften betrifft. Somit wurde Karies bei Kindern deutlich unterschätzt. Das geht aus dem aktuellen BARMER-Zahnreport hervor.

Demnach wurde im Jahr 2018 bereits bei 33 Prozent der Zwölfjährigen, also rund 240.000 Kindern, Karies behandelt. „Zahnpflege darf nicht erst im bleibenden Gebiss beginnen, sondern sollte schon bei den Milchzähnen zur täglichen Routine gehören. Dass hier offenbar deutliche Defizite bestehen, zeigt unser Zahnreport sehr eindrücklich. Das beste Mittel gegen Karies ist immer noch die Prävention. Dazu gehören neben der täglichen Zahnhygiene wie Zähneputzen auch die regelmäßigen Zahnarztbesuche. Doch daran scheint es zu hapern“, sagte Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Der Anteil der Kinder, die über einen Zeitraum von sechs Jahren überhaupt keinen Kontakt zu einem Zahnarzt gehabt hätten, sei erstaunlich hoch.

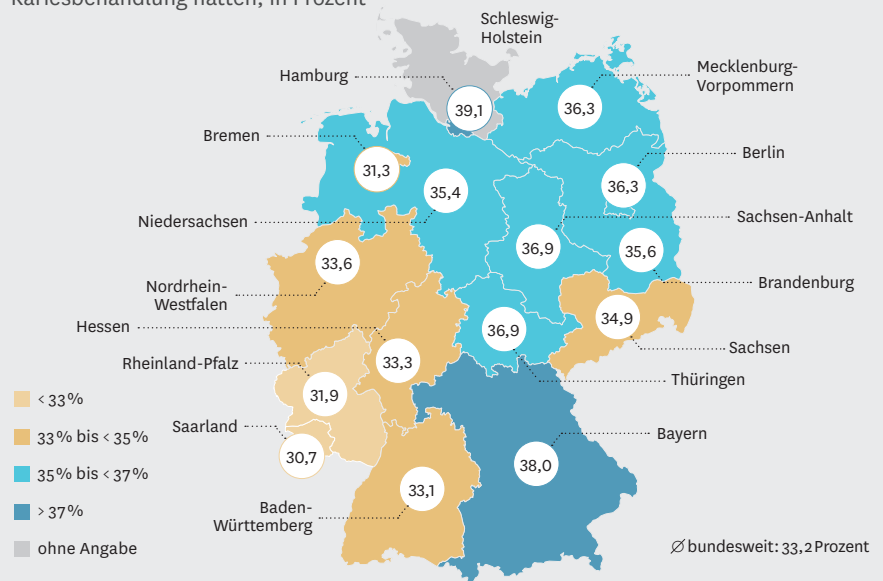
Bei den Kindern unter sechs Jahren seien es sogar mehr als 15 Prozent. Von den 4,6 Millionen Kindern unter sechs Jahren seien also 720.000 nie beim Zahnarzt gewesen.

Wie aus dem Zahnreport weiter hervorgeht, haben Kinder oftmals bereits im Milchgebiss Karies. 54 Prozent der Zehnjährigen in Deutschland, also rund 400.000 Kinder, haben hier schon eine Kariesbehandlung benötigt. Diese Zahlen seien nicht nur aufgrund der Quantität alarmierend. „Wer schon im Milchgebiss Karies hat, wird oft auch Karies und Folgeschäden im bleibenden Gebiss haben. Nicht zuletzt verursacht auch die Milchzahnkaries zum Teil starke Schmerzen und führt dann zu psychischer Belastung von Kindern und Eltern. Es sind in jedem Fall weitere Anstrengungen erforderlich, um die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen im Milch- und bleibenden Gebiss zu verbessern“, sagte Studienautor Prof. Dr. Michael Walter von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an der TU Dresden. *pm*

www.barmar.de

Kinder mit Karieserfahrung

Anteil der Zwölfjährigen, die im bleibenden Gebiss bereits eine Kariesbehandlung hatten; in Prozent



Quelle: BARMER-Zahnreport 2020

DAK-GESUNDHEIT

„fit4future“ trotz Corona



Foto: DAK-Gesundheit

„fit4future“, die Präventionsinitiative von Cleven-Stiftung und DAK-Gesundheit, weitet in der Coronakrise ihr Angebot aus, um Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte, Erzieherinnen und Erzieher sowie Schülerinnen und Schüler zu Hause zu unterstützen. Mit Videos, Podcasts und Blogbeiträgen leistet das Programm einen Beitrag dazu, die Herausforderung dieser Zeit gemeinsam zu meistern. Zudem erhalten Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher sowie pädagogische Fachkräfte durch Webinare wichtige Hilfestellung. Die Präventionsinitiative „fit4future“ begleitet bundesweit Kinder und Jugendliche bereits an 2.600 Schulen und Kitas beim gesunden Aufwachsen.

„Mit ‚fit4future‘ unterstützen wir Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte und Erzieherinnen und Erzieher in dieser schwierigen Zeit auch zu Hause“, sagt Thomas Bodmer, Mitglied des Vorstandes der DAK-Gesundheit.

Entspannungs- und Bewegungsübungen, Ernährungstipps sowie Indoor-Spielideen in regelmäßig aktualisierten Blogs, Podcasts und Lernvideos sollen dabei helfen, mit Stress umzugehen und in Bewegung zu bleiben. Dazu gibt es in den kommenden Wochen zahlreiche Motivations- und Bewegungsvideos mit „fit4future“-Head-Coaches und -Botschaftern, darunter bekannte Sportlerinnen und Sportler wie Ruderer Hannes Ocik (Olympia-Silbermedaillengewinner, mehrfacher Weltmeister und Europameister) und Hochspringerin Marie-Laurence Jungfleisch (mehrfache deutsche Freiluft- und Hallenmeisterin). [pm](#)

www.dak.de

TK

Corona: Höchster Krankenstand seit 20 Jahren

Im März 2020 erreichte der Krankenstand in Deutschland ein Rekordhoch. Mit 6,84 Prozent lag der Anteil der krank gemeldeten Arbeitnehmer auf dem höchsten Wert seit 20 Jahren, wie eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) auf Basis ihrer Versichertendaten zeigt. Zum Vergleich: 2019 betrug das Jahreshoch beim Krankenstand 5,3 Prozent, 2018 waren es 6,3 Prozent.

Maßgeblich für diesen Anstieg sind Erkältungskrankheiten. Auch hier verzeichnet die Statistik die höchsten Werte seit 20 Jahren. In der zweiten Märzhälfte betrug der Krankenstand aufgrund von Erkältungssymptomen 2,70 Prozent. Im Jahr 2019 waren es nur 1,46 Prozent und im Jahr 2018 2,42 Prozent. Der neue Diagnoseschlüssel für Covid-19 spielt bei den Krankschreibungen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich 3.304 AU-Fälle aller insgesamt im März 2020 gemeldeten 884.389 Fälle wurden mit der Diagnose Covid-19 kodiert.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK: „Wir gehen davon aus, dass sich ein großer Anteil des überdurchschnittlichen Krankenstandes durch präventive Krankmeldungen aufgrund der Corona-Pandemie erklären lässt. Die Menschen haben sich an die Empfehlung gehalten, bei Erkältungssymptomen sicherheitshalber zu Hause zu bleiben, um andere nicht zu gefährden. In der Regel kommt es alle zwei Jahre zu einer starken Erkältungswelle, die sich in hohen Fehltagen niederschlägt. Vor Corona haben wir den bislang höchsten Wert an Krankmeldungen während der Grippesaison 2017/2018 verzeichnet.“

Dass Patienten und Ärzte den Empfehlungen zum Social Distancing gefolgt sind, zeigt auch die Entwicklung beim Übermittlungsweg des gelben Scheins. Im März stieg die Zahl der elektronischen Krankmeldungen an die TK um 35 Prozent. 15.885 Krankmeldungen erreichten die TK auf digitalem Weg. [pm](#)

www.tk.de

KKH

6- bis 18-Jährige sitzen länger am PC

74 Prozent der 6- bis 18-Jährigen sitzen seit Beginn der Coronakrise daheim häufiger oder länger vor dem Computer, Laptop oder Tablet als davor. Bei den 15- bis 18-Jährigen liegt das Plus sogar bei 85 Prozent. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Online-Lernplattformen werden von jedem vierten Heranwachsenden stärker genutzt als sonst, unter den 12- bis 14-Jährigen sogar von knapp jedem Dritten (31 Prozent).



Foto: Tatjana Glazskikh/Adobe Stock

Ein wesentlicher Grund für die stark gestiegenen Onlinezeiten ist das Homeschooling, das Schüler ebenso wie ihre Eltern noch länger begleiten wird. Denn wann hiesige Schulen vom Unterricht im Schicht- zum Regelbetrieb zurückkehren, ist offen. Daher gehören sie vorerst weiter zum Familienalltag: zahlreiche Mails der Lehrer an ihre Schüler mit immer neuen Lerninhalten für Mathe, Bio oder auch Deutsch. Nicht alle Kinder und Jugendlichen erledigen die Schulaufgaben ohne zu murren. Und so sehen sich viele Mütter und Väter gezwungen, in die Rolle des Motivationscoach und Ersatzlehrers zu schlüpfen. „Neben dem Beruf und den Herausforderungen des Alltags wussten Eltern ihre Kinder in der Schule meist gut aufgehoben“, sagt KKH-Psychologin Franziska Klemm. „Die Betreuung des Lernalltags zu Hause ist eine ganz neue Situation, die für alle Beteiligten herausfordernd und oft auch nervenaufreibend sein kann.“ Das kann zu Stress führen, der bekanntlich ungesund für Körper und Seele ist. [pm](#)

www.dak.de



DIGITALISIERUNG

Schnellspur zu den „Apps auf Rezept“

Es ist viel in Bewegung gekommen bei der digitalen Gesundheitsversorgung. Mitte April 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den finalen Entwurf der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung veröffentlicht. Damit wird das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) im Hinblick auf die Prüfung und Zulassung von digitalen Gesundheitsanwendungen wie zum Beispiel Apps weiter konkretisiert. Ein vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entwickelter Leitfaden schafft zusätzlich Transparenz.

/ Text / Björn-Ingemar Janssen und Timo Neunaber



Foto: Privat

Björn-Ingemar Janssen
Abteilung Ambulante
Versorgung und Beauftragter
für Digitale Versorgung
beim vdek



Foto: Privat

Timo Neunaber
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Ein weiterer Schritt in Richtung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist geleistet, denn es besteht nun eine Rechtsgrundlage, die im Kern das Verfahren sowie die Anforderungen der Prüfung auf Erstattungsfähigkeit regelt. Seit dem Inkraft-Treten des DVG am 19. Dezember 2019 besteht erstmals für mehr als 73 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Anspruch auf DiGA, die von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden können und durch die Krankenkasse erstattet werden. Apps und Co. finden somit einen Weg in die Regelversorgung der GKV. Es ist davon auszugehen, dass die ersten DiGA ab August/September 2020 in die Versorgung gelangen. Dies wird entscheidend dazu beitragen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen. Gerade die herausfordernden Zeiten der Corona-Pandemie haben gezeigt,

wie wichtig digitale Lösungen in der Versorgung sind. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese einen echten Mehrwert leisten. Ebenso bedarf es einer gründlichen Prüfung von Apps, beispielsweise im Hinblick auf den Datenschutz.

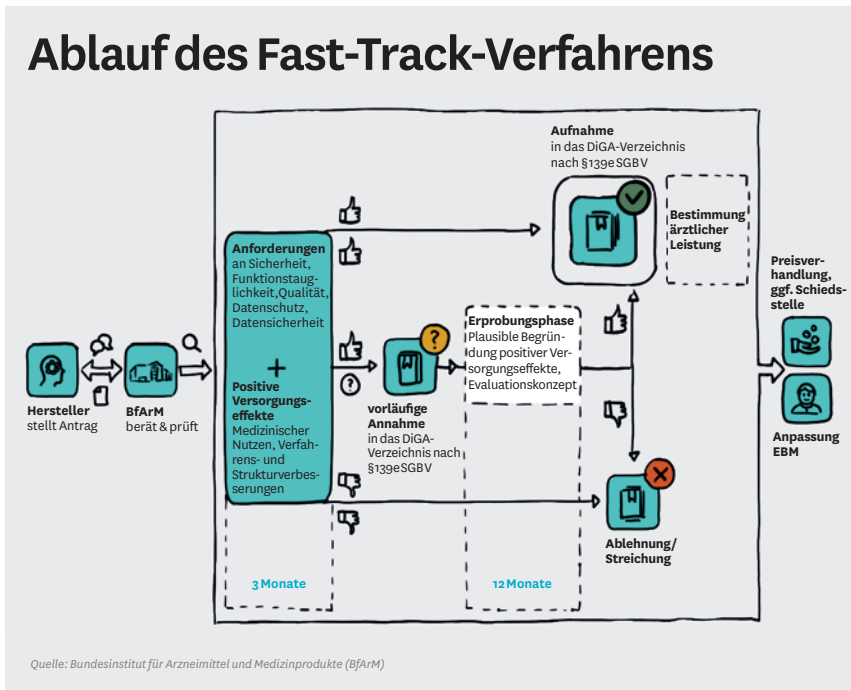
Schnelle Antragsprüfung durch Fast-Track-Verfahren

Bevor eine DiGA in die Versorgung gelangt und damit von den Krankenkassen erstattet werden kann, muss sie geprüft und zugelassen werden. Vorgesehen ist dafür das im DVG als zügig konzipierte Fast-Track-Verfahren. Anbieter von DiGA niedriger Risikoklassen müssen beim BfArM einen Antrag auf Aufnahme in ein Verzeichnis erstattungsfähiger Produkte stellen. Innerhalb von drei Monaten wird der Antrag geprüft und darüber entschieden, ob eine DiGA zugelassen wird. Welche Kriterien bei der Prüfung eine Rolle spielen und für die Zulassung ausschlaggebend sind, regelt die Rechtsverordnung. Zum einen müssen allgemeine Anforderungen, zum Beispiel im Hinblick auf Sicherheit und Funktionstauglichkeit, erfüllt werden. Zum anderen – und damit ausschlaggebend für die Zulassung als erstattungsfähiges Medizinprodukt – ist der Wirksamkeitsnachweis einer DiGA. Maßgeblich ist das Vorhandensein eines sogenannten positiven Versorgungseffektes für den Patienten.

Ein positiver Versorgungseffekt kann ein medizinischer Nutzen sein, beispielsweise die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Aber es geht auch um patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen. Das bedeutet, dass eine DiGA beispielsweise die Koordination der Behandlungsabläufe verbessern oder den Zugang zur Versorgung erleichtern muss.

Die Rechtsverordnung macht Vorgaben, wie die Kriterien, die zu einer Zulassung führen, nachzuweisen sind. Bei den allgemeinen Anforderungen an eine DiGA, beispielsweise im Hinblick auf Sicherheit, sieht die Verordnung Checklisten vor, die von den Herstellern auszufüllen sind. Um den Wirksamkeitsnachweis zu erbringen, sind dem BfArM Studien vorzulegen. Die Anforderungen an das Evidenzniveau sind jedoch in der Rechtsverordnung deutlich geringer als zum Beispiel in

Ablauf des Fast-Track-Verfahrens



der Methoden- oder Arzneimittelbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Nachweis kann bereits durch retrospektive Studien erfolgen. Deren Aussagekraft ist allerdings geringer als prospektive Studien, die man in der Rechtsverordnung hätte festschreiben können. Durch prospektive Studien wären die Hersteller verpflichtet worden, den Wirksamkeitsnachweis von DiGA mithilfe von Studien höherer Qualität zu erbringen. Das Fehlen der prospektiven Studien in der Verordnung ist zu kritisieren, da grundsätzlich verhindert werden muss, dass unwirksame DiGA in die Versorgung gelangen und damit erstattungsfähig sind.

Ergänzend zu der Rechtsverordnung hat das BfArM einen Leitfaden veröffentlicht. Dieser stellt eine zusammenfassende Darstellung der Regelungen der Rechtsverordnung dar. Es wird das Ziel verfolgt, eine verlässliche Handlungsgrundlage für die Antragstellung zu gewährleisten. Damit richtet sich der Leitfaden in erster Linie an Hersteller von DiGA. Auf 120 Seiten werden zentrale Aspekte erklärt, angefangen von der Einführung in das Fast-Track-Verfahren über die Anforderungen an eine DiGA bis hin zum Verfahren der Antragstellung. Versehen

Der Leitfaden schafft Transparenz im Prüfungs- und Zulassungsverfahren des BfArM.

werden die Ausführungen dabei mit Hinweisen, Faustregeln und Beispielen aus der Praxis. Das ist positiv zu beurteilen, da somit Transparenz im Prüf- und Zulassungsverfahren des BfArM geschaffen wird. Der Leitfaden soll laufend aktualisiert werden.

Besonders wichtig ist außerdem die Frage der Vergütung einer DiGA. Hier hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass der Preis im ersten Jahr vom Hersteller bestimmt werden kann. Erst nach Ablauf eines Jahres gelten zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller verhandelte Preise. Mit diesen Regelungen werden für die Anbieter erhebliche finanzielle Anreize geschaffen, ihre DiGA in den GKV-Leistungskatalog aufnehmen zu lassen; gleichzeitig besteht ein großes Risiko, dass sie im ersten Jahr dafür überhöhte Preise verlangen werden. Zur Verhinderung von Mondpreisen können die Hersteller der DiGA-Verbände und der GKV-Spitzenverband Höchstpreisregelungen vereinbaren. Sie sind dann Bestandteil einer Rahmenvereinbarung, die auch weitere Details der Preisverhandlungen regeln soll. An diesen Verhandlungen wird auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) beteiligt sein.

Bereits im Gange sind Gespräche zwischen der GKV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum zukünftigen Umgang mit ärztlichen Begleitleistungen. So können besondere Leistungen im Zusammenhang mit einer DiGA erforderlich sein, etwa spezifische Untersuchungen oder eine besondere Betreuung. Art und Umfang legt das BfArM fest, die Bewertung ist anschließend durch die Partner des Bundesmantelvertrages oder den Bewertungsausschuss zu regeln. Auch hierfür bedarf es bestimmter Rahmenbedingungen, die derzeit gemeinsam abgestimmt werden. Gleichzeitig befinden sich die Gespräche, wie konkret die Verordnung einer DiGA erfolgt und wie der Versicherte sie zukünftig erhalten kann, auf der Zielgerade.

Es zeigt sich: An vielen Stellen wird derzeit daran gearbeitet, den Leistungsanspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen zügig in die Tat umzusetzen. Nun kommt es auf die Hersteller an, dass die hochgesteckten Ziele an eine Verbesserung der Versorgung auch erreicht werden. ■



ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Ambitionierte stufenweise Umsetzung

Ab Januar 2021 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten. Dies schreibt das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vor, das am 11. Mai 2019 in Kraft trat. Mit dem Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG) erfährt die ePA insgesamt eine nähere Ausgestaltung und Konkretisierung bezüglich ihrer Inhalte, ihrer Nutzung, der Verarbeitungsbefugnisse und Zugriffskonzeption.

/ Text / Katja Kossack-Peters

Nach dem PDSG ist die ePA ein wesentliches Instrument der Digitalisierung, um den einrichtungs- und sektorenübergreifenden Informationsaustausch zu verbessern. Ziel ist es, ihre Möglichkeiten und Vorteile für die Versicherten nutzbar zu machen und so einen Mehrwert für die Versorgung zu erreichen, wie etwa leichtere Abläufe im Behandlungsalltag mit einer besseren Ausrichtung von Diagnosen und Therapien durch unter anderem die Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Grundlage ist die Telematikinfrastruktur (TI), die alle im Gesundheitswesen Beteiligten – Leistungserbringer (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten), Krankenkassen und Versicherte – für eine sichere, schnelle und sektorenübergreifende sowie barrierefreie Kommunikation miteinander vernetzt.



Katja Kossack-Peters
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Bei der ePA handelt es sich um eine versichertengeführte elektronische Akte, deren Nutzung für die Versicherten freiwillig ist. Die Versicherten entscheiden von Anfang an, welche Daten gespeichert werden, wer auf die Akte zugreifen darf und ob Daten wieder gelöscht werden. Die Patientensouveränität steht hier im Mittelpunkt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten auf Antrag und mit deren Einwilligung eine solche von der gematik zugelassene ePA ab dem 1. Januar 2021 anzubieten. Die Versicherten werden bei der Führung ihrer ePA durch klar geregelte Ansprüche gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen unterstützt. Um sicherzustellen, dass den Versicherten die für ihre Versorgung relevanten Daten in der ePA zur Verfügung stehen, besitzen sie gegenüber diesen auch Ansprüche auf Übermittlung und Speicherung von Daten in die ePA. Die Barrierefreiheit für Versicherte mit Behinderungen muss dabei sichergestellt werden.

Das Schaubild „Einführung der ePA“ (s. Seite 19) zeigt, wie die ePA als Kernelement der digitalen medizinischen Anwendungen mit dem PDSG in mehreren Ausbaustufen und barrierefrei weiterentwickelt werden soll. Ihre Funktionen werden dabei stetig ausgebaut.

1. In der ersten Umsetzungsstufe muss die ePA geeignet sein, medizinische Informationen über die Versicherte und den Versicherten sowie von ihr bzw. ihm selbst eingestellte Informationen für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Nutzung bereitzustellen. Das Zugriffskonzept für die ePA wird ab der zweiten Umsetzungsstufe verfeinert (Zugriffskonzeption). Bis dahin gelten für die Krankenkassen besondere Aufklärungs- und Informationspflichten gegenüber ihren Versicherten. Bei Antragstellung haben diese ihre Versicherten umfassend zu informieren. Dabei muss ausdrücklich über die mit der ersten Umsetzungsstufe verbundenen Gesamtzugriffsmöglichkeiten informiert werden.

2. In der zweiten Umsetzungsstufe können in der ePA außerdem das elektronische Zahn-Bonusheft, das elektronische Untersuchungsheft für Kinder, der elektronische Mutterpass, der elektronische Impfausweis sowie Daten

Einführung der ePA

Stufen zur Weiterentwicklung im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG); Stand 11. Juni 2020

1. Umsetzungsstufe 2021	2. Umsetzungsstufe 2022	3. Umsetzungsstufe 2023
<ul style="list-style-type: none">• Medizinische Daten (Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichte etc.)• Notfalldaten (NFD), elektronischer Medikationsplan und elektronischer Arztbrief• Eigene Gesundheitsdaten der Versicherten• Wahlmöglichkeit bei Zugriffserteilung, zum Beispiel nicht auf eigene Gesundheitsdaten oder ausschließlich diese• Dauer der Zugriffsberechtigung für zugriffsberechtigte Leistungserbringer standardmäßig auf eine Woche beschränkt; Versicherte können diese von einem Tag bis 18 Monate selbst festlegen• Grobgranulares Zugriffsmanagement (Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber Versicherten)• Eigenständige Löschmöglichkeit seitens der Versicherten für o. g. Daten• Einsichtnahme über persönliche Benutzeroberfläche in Protokolldaten zu Zugriffen auf ePA	<ul style="list-style-type: none">• Zahn-Bonusheft, Untersuchungsheft für Kinder, Mutterpass, Impfpass, Daten der bisherigen elektronischen Gesundheitsakten nach §68 SGBV, Daten über vom Versicherten in Anspruch genommene Leistungen nach §305 SGBV• Möglichkeit der Speicherung von elektronischen Verordnungen• Einführung fein- und mittelgranulares, barrierefreies Berechtigungsmanagement, d. h. Versicherte können Zugriff über ihre persönliche Benutzeroberfläche auf spezifische Dokumente und Datensätze und auch auf Gruppen von diesen vorab berechtigen bzw. beschränken sowie beim Arzt über dezentrale Infrastruktur (nicht Frontend oder mobiles Endgerät) mit eGK & PIN mindestens auf Kategorien von Dokumenten und Datensätzen, insbesondere medizinische Fachgebietskategorien• Migrationsmöglichkeit der in der ePA gespeicherten Daten bei Anbieterwechsel sowie Zugriffsmöglichkeit durch Vertreter des Versicherten auf ePA (mit Protokollierung des Zugriffs)	<ul style="list-style-type: none">• Möglichkeit der Speicherung von Daten für Kassenanwendungen, Daten zur pflegerischen Versorgung, elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und sonstige Daten von Leistungserbringern• Versicherte können Daten aus der ePA zu wissenschaftlichen Forschungszwecken bereitstellen

Quelle: vdek

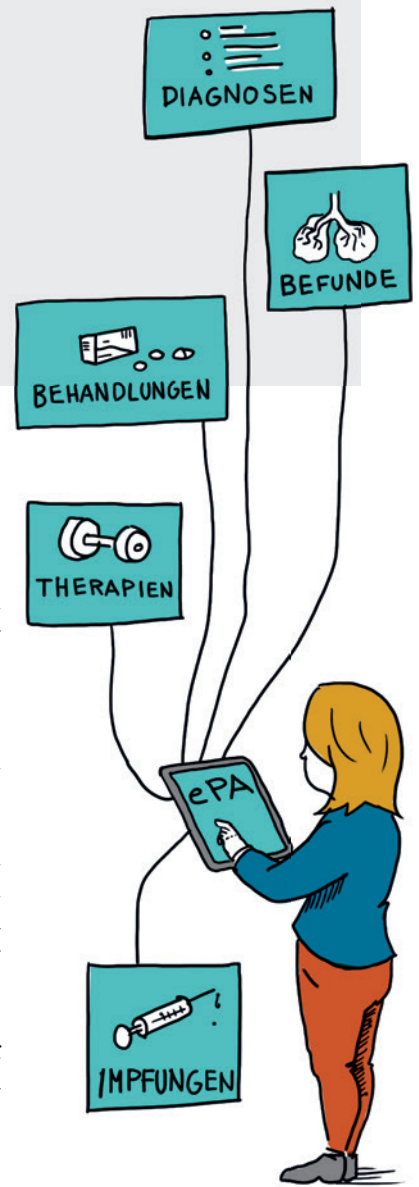
der Versicherten, die derzeit noch in elektronischen Akten (eGA nach § 68) gespeichert sind, bereitgestellt werden. Versicherte erhalten außerdem aufgrund der Übermittlung in ihre ePA Kenntnis von Diagnosen, die den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Leistungen übermittelt werden.

Hinsichtlich der Zugriffskonzeption wird für die ePA spätestens ab dem 1. Januar 2022 ein feingranulares, barrierefreies Berechtigungsmanagement vorgegeben. Das heißt, die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ausschließlich eine ePA anzubieten, die eine dokumentenbasierte Freigabe des Zugriffs durch die Versicherten ermöglicht (dokumentenbezogenes Zugriffsmanagement). Dies können die Versicherten im Rahmen ihrer eigenständigen ePA-Verwaltung über ihr mobiles Endgerät oder über die dafür vorgesehenen technischen Einrichtungen bei den Krankenkassen einstellen. Für Versicherte, die diese Zugangsmöglichkeiten nicht nutzen, wird spätestens ab dem 1. Januar 2022 ein granulares Berechtigungskonzept in der

Leistungserbringerumgebung auf differenzierte Kategorien von Dokumenten, insbesondere medizinische Fachgebietskategorien, ermöglicht werden. Auf diese Weise soll eine Angleichung an das feingranulare Berechtigungsmanagement gewährleistet werden (datenschutzgerechte Nutzung der ePA für alle Versicherten).

3. In der dritten Umsetzungsstufe muss die ePA geeignet sein, Daten für Anwendungen der Krankenkassen, Pflegedaten, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sowie sonstige Daten von Leistungserbringern bereitzustellen. Die Versicherten erhalten außerdem die Möglichkeit, Daten ihrer ePA der medizinischen Forschung freiwillig zur Verfügung zu stellen.

Insgesamt wird die große Herausforderung der stufenweisen Weiterentwicklung der ePA darin bestehen, den Umfang der Anforderungen der einzelnen Stufen in der Umsetzungszeit zu realisieren. ■





EPA

Gesetzliche Regelungen

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) stehen ab dem 1. Januar 2021 allen Versicherten innovative digitale medizinische Anwendungen zur Verfügung. Damit erhalten Versicherte umfassende Transparenz über das Behandlungsgeschehen. Doppeluntersuchungen können vermieden werden, da die medizinischen Informationen des Patienten durch eine bessere Dokumentation geordnet vorliegen. Das verbessert nicht nur die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung, sondern erhöht auch die Patientensicherheit. Insbesondere auch das e-Rezept und der digitale Überweisungsschein zum Facharzt werden einen spürbaren Mehrwert für die Versicherten bringen. Näheres zur Umsetzung der ePA regeln zwei Gesetze.

Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG), das sich aktuell in den parlamentarischen Beratungen befindet, wird die ePA mit Leben gefüllt. Nach diesem Gesetz haben Versicherte einen Anspruch darauf, dass die behandelnden Ärzte diejenigen Behandlungsdaten, die die Versicherten gespeichert haben wollen, in der ePA ablegen. Die Versicherten entscheiden, wer zugreifen darf und ob die Daten wieder gelöscht werden sollen. Sie haben die volle Souveränität über die ePA. Die Nutzung der ePA ist für jeden Versicherten freiwillig.

Der Aufbau der ePA erfolgt stufenweise:

- Ab 2022 können der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden.

- Ab 2022 haben die Versicherten auch den Anspruch, dass ihre Daten aus der ePA bei einem Kassenwechsel übertragen werden.
- Ab 2022 können die Versicherten über ein Smartphone oder Tablet auf die ePA zugreifen. Versicherte, die kein Smartphone besitzen, können ihre ePA beispielsweise in einer Filiale ihrer Krankenkasse einsehen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, entsprechende Geräte ihren Versicherten zur Verfügung zu stellen.
- Ab 2023 können Versicherte die in ihrer ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung stellen.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber der Digitalisierung in der Versorgung einen wichtigen Schub gegeben. Im Gesetz festgelegt ist, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine ePA ab dem 1. Januar 2021 anzubieten haben. Darin können sämtliche Behandlungsdaten gespeichert werden und die Versicherten haben die Möglichkeit, hierauf jederzeit zuzugreifen.

In dem Gesetz ist auch geregelt, dass den Versicherten über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hinaus ein mobiler Zugriffsweg eingeräumt wird, damit sie vom Mobilfunkgerät oder Tablet aus auf ihre Daten zugreifen können. Zudem wird den Krankenkassen ermöglicht, zusätzliche Angebote, wie etwa Patiententagebücher oder Aufzeichnungen aus Fitnesstrackern, in den Patientenakten anzubieten.



Corona- Schutzschirme

Wegen der Corona-Pandemie hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang Mai einen weiteren finanziellen Schutzschirm über dem Gesundheitssystem aufgespannt. Finanzielle Unterstützung erhalten nun auch Heilmittelerbringer, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Reha-Einrichtungen für Eltern-Kind-Kuren. Sie alle haben finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, da die Arztbesuche infolge der Krise stark zurückgegangen sind. Viele Patientinnen und Patienten hatten und haben Angst, sich im Wartezimmer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 anzustecken. Bereits Ende März war ein Schutzschirm für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten beschlossen worden.

Hinzu kommen weitere Gesetze und Regelungen der jüngsten Zeit, wie das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz und das Sozialschutzpaket II. Das Gesundheitssystem hat sich in der Coronakrise als Stabilitätsanker bewährt und seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Die zahlreichen „Kraftpakete“, mit denen die wirtschaftlichen, finanziellen und sozialen Folgen der Coronakrise abgefedert werden sollen, kosten allerdings viel Geld. Und sie erfordern insbesondere von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enorme Kraftanstrengungen. Daher sind aus Sicht der Ersatzkassen Maßnahmen notwendig, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV während der Pandemie und auch darüber hinaus sicherzustellen.



PANDEMIE-BEKÄMPFUNG

Grünes Licht für zweites Hilfspaket

Im Eiltempo hat auch das „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ das parlamentarische Verfahren passiert. Nachdem der Bundestag es am 14. Mai 2020 beschlossen hatte, gab der Bundesrat bereits tags darauf grünes Licht. Ziel des neuen Gesetzes ist, die im ersten Bevölkerungsschutzgesetz und im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz getroffenen Regelungen weiterzuentwickeln.

/Text/ Christian Breidenbach

Im Mittelpunkt des zweiten Bevölkerungsschutzgesetzes stehen der verstärkte Kampf gegen das Coronavirus, besserer Infektionsschutz und weitere Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie, die Abfederung ihrer finanziellen Folgen und der Schutz besonders gefährdeter Personen. Das Gesetzespaket teilt sich in eine Vielzahl von Einzelregelungen, die sich unter folgende Oberbegriffe ordnen lassen und im Anschluss bewertet werden:

- Infektionsschutz
- Testung auf Covid-19
- Krankenhausbereich
- Pflegeversicherung
- Gesundheitsberufeausbildung

Mit dem Gesetz wird das Infektionsschutzgesetz weiterentwickelt und teilweise präzisiert. Unter anderem wird dauerhaft eine gesetzliche Meldepflicht für alle Verdachts-, Krankheits- und Todesfälle im Kontext mit der Lungenkrankheit Covid-19 verankert. Dies betrifft auch neu eingeführte Meldepflichten bei negativen Labortests, sogenannte Negativmeldungen. Die Bundesregierung verspricht sich davon eine verbesserte Erkenntnis über das

Ausbruchsgeschehen in Deutschland. Zudem wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), für den die Länder und Kommunen zuständig sind, durch Maßnahmen des Bundes während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unterstützt. Hierunter fallen zum Beispiel personelle Unterstützung oder technische Ausstattungen durch den Bund.

Insgesamt erscheinen die Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzgesetzes geeignet, die Pandemielage besser zu beherrschen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat diese gesetzlichen Anpassungen nicht kritisiert.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Durch das Gesetz kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Rechtsverordnung regeln, dass sowohl Versicherte als auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben. Voraussetzung ist, dass entsprechende Testungen nicht Bestandteil einer Krankenbehandlung sind. Die Aufwendungen für die Testungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Der GKV-Spitzenverband hat das Recht auf Stellungnahme. In der Verordnung sind die Details zu den Leistungserbringern, zur Vergütung und zur Abrechnung der Tests sowie zum Zahlungsverfahren zu regeln. Der vdek hat die Regelung kritisiert. Aus Sicht der Ersatzkassen handelt es sich bei der flächendeckenden Testung der Bevölkerung auf eine Infektion mit dem Coronavirus um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Katastrophenschutzes – und sollte daher nicht zulasten der GKV-Gemeinschaft gehen, sondern aus Steuern finanziert werden.

Im Gesetz wurde geregelt, dass die Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten entstehen, durch ein Zusatzentgelt von den Krankenkassen finanziert werden. Diese Regelung gilt sowohl für voll- als auch für teilstationäre Krankenhausbehandlungen. Trotz der damit verbundenen Mehrkosten



Christian Breidenbach
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

für die Krankenkassen erscheint diese Regelung vor dem Hintergrund des notwendigen Infektionsschutzes sachgerecht. Darüber hinaus wurde geregelt, dass in Krankenhäusern, die Patientinnen und Patienten mit einer Infektion mit dem Coronavirus oder mit dem Verdacht auf eine entsprechende Infektion behandeln, die Einhaltung bestimmter Mindestmerkmale des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) vorübergehend von der Prüfung der Abrechnung ausgenommen werden. Zudem wurde die Einführung des Prüfquotensystems in den Krankenhäusern, welches mit dem MDK-Reformgesetz festgelegt wurde, um ein Jahr auf das Jahr 2022 verschoben. Diese Maßnahmen bewertet der vdek als angemessen.

Um die Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auf einer aussagekräftigen und belastbaren Informationsgrundlage durchführen zu können, wurde zudem die Einführung einer dafür erforderlichen Datenübermittlung beschlossen. Diese Maßnahme wird von den Ersatzkassen begrüßt.

Kritisch bewerteten die Ersatzkassen die Regelungen zum Pflegeentgeltwert im verabschiedeten Gesetz. Den Krankenhäusern wird der in der Coronakrise angehobene Pflegeentgeltwert von 185 Euro bis zum Jahresende 2020 zugesichert. Kommt es zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten, verbleiben die Mittel aus dem Pflegeentgeltwert dem Krankenhaus und es sind für das Jahr 2020 keine Ausgleichszahlungen zu leisten.

Mit dem Gesetz wird der Rettungsschirm für anerkannte Pflegeeinrichtungen erweitert. Den anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden die ihnen bis zum 30. September 2020 infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet.

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird die Inanspruchnahme des sogenannten Entlastungsbetrages vereinfacht, da bis Ende September 2020 die Begrenzung auf Leistungen der Tagespflege, Kurzzeitpflege,

ambulanten Pflegedienste oder Angebote zur Unterstützung im Alltag aufgehoben wird. Leistungen können in diesem Zeitraum auch durch andere professionelle Angebote oder nachbarschaftliche Hilfen erbracht werden. Der Entlastungsbetrag kann auch für die Leistungserbringung durch Pflegedienste eingesetzt werden.

Des Weiteren wird die Ansparmöglichkeit von nicht in Anspruch genommenen Entlastungsbeträgen erweitert, indem die Übertragbarkeit solcher Ansprüche aus dem Jahr 2019 nicht nur bis 30. Juni, sondern bis zum 30. September 2020 ermöglicht wird. Diese Regelung soll für alle Pflegebedürftigen gelten.

Pflegeeinrichtungen sowie die Arbeitgeber in der Pflege, die im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Pflegeeinrichtungen beschäftigen, werden verpflichtet, ihren Beschäftigten im Jahr 2020 eine gestaffelte Sonderleistung (Corona-Prämie) in Höhe von bis zu 1.000 Euro zu zahlen. Die Beschäftigten erhalten damit einen Anspruch auf eine entsprechende Corona-Prämie. Die Prämie ist bis zu einer Höhe von 1.500 Euro steuer- und sozialversicherungsabgabenfrei, sodass sie unter diesen Rahmenbedingungen von den Ländern und den Arbeitgebern in der Pflege bis zu diesem Betrag aufgestockt werden kann.

Die private Krankenversicherung (PKV) wird nicht an der Finanzierung beteiligt. Der vdek hat dies kritisiert und eine Beteiligung der PKV in Höhe von zehn Prozent gefordert. Ebenso haben die Ersatzkassen eine verbindlich geregelte Gegenfinanzierung durch Steuermittel gefordert, dem ist der Gesetzgeber bisher nicht gefolgt.

Um die Ausbildung in den verschiedenen Gesundheitsberufen auch unter den Bedingungen der Corona-Pandemie zu gewährleisten, wurde dem BMG eine Verordnungsermächtigung für notwendige Flexibilisierungen im Bereich der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen erteilt. So kann sichergestellt werden, dass die laufenden Ausbildungsjahrgänge ihre Ausbildung fortsetzen bzw. abschließen können. ■

Kritisch bewerten die Ersatzkassen die Regelungen zum Pflegeentgeltwert im verabschiedeten Gesetz.



HEILMITTEL

Effektive und unbürokratische Unterstützung



Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) hat die Bundesregierung einen Schutzschirm unter anderem auch für die Heilmittelbringer aufgespannt. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellt in dem Zuge für die Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln und die Unterstützung der Heilmittelerbringer rund eine Milliarde Euro zur Verfügung.

/ Text / René Klinke



Die Ausgleichszahlung soll hohe Einkommensausfälle aufgrund rückläufiger Behandlungszahlen abfangen.



René Klinke
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

In der COVID-19-VSt-SchutzV werden unter anderem die Einzelheiten zur Berechnung der Auszahlungssummen und die Bedingungen für die Antragsteller im Bereich der Heilmittel genau formuliert. Für die etwa 70.000 Heilmittelerbringer in Deutschland – dazu zählen Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Podologen sowie Ernährungstherapeuten – bedeuten die Regelungen eine große finanzielle Unterstützung.

Rechtlicher Rahmen der Rechtsverordnung



Die Vorschrift sieht vor, dass die von der Corona-Pandemie betroffenen Heilmittelerbringer eine Ausgleichszahlung erhalten, um hohe Einkommensausfälle, die aufgrund rückläufiger Behandlungszahlen entstehen, abzufangen. Berücksichtigt werden Heilmittelerbringer, die nach §124 Abs.2 in Verbindung mit Abs.1 SGBV zugelassen sind und zum Zeitpunkt der Antragstellung über eine gültige Zulassung verfügen.

Die Leistungserbringer erhalten einen pauschalen Betrag in Höhe von 40 Prozent der im vierten Quartal 2019 abgerechneten Leistungen der GKV. Dabei wird die Bruttovergütung herangezogen, weil auch die durch die Versicherten geleisteten Zuzahlungen zum Einkommen des Leistungserbringers für die erbrachte Heilmittelleistung zählen. Um ein nachgelagertes, bürokratisch aufwändiges Verrechnungs- und Rückerstattungsverfahren zu vermeiden, erfolgt keine Anrechnung anderer finanzieller Hilfen, wie zum Beispiel das Kurzarbeitergeld oder die Corona-Soforthilfe für Solo-Selbstständige, Kleinunternehmen und Freiberufler des Bundes und der Länder.

Nach der Rechtsverordnung sind für die Berechnung der Ausgleichszahlung nach Abs.2 Satz 2 Nr. 1 und 2 die dem GKV-Spitzenverband nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 5 SGBV vorliegenden Daten für das vierte Quartal 2019 zugrunde zu legen. Diese Daten werden grundsätzlich für die Vertragsärzte zur Erreichung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen genutzt. Dabei ist zu



beachten, dass beispielweise zahnärztliche Verordnungen, Leistungen des Rehabilitationssports und Funktionstrainings, Leistungen im Rahmen ambulanter Kuren, Leistungen der privaten Krankenversicherung (PKV) oder Verordnungen von Krankenhausärzten aus den vorgenannten Gründen nicht berücksichtigt werden können. Ferner werden nach den Rechtsvorschriften Zahlungen für Anspruchsberechtigte – beispielsweise nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden – nicht berücksichtigt. In diesen Fällen rechnen die Heilmittelerbringer ggf. mit den Krankenkassen ab, aber diese Zahlungen sind nicht in den Daten nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 5 SGB V zu berücksichtigen.

Allein aus diesen Gründen ist eine genaue Nachrechnung der Abweichung zu den vorliegenden Umsatzzahlen sehr schwierig. Die Mittel für die Ausgleichszahlungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Auszahlung des Rettungsschirms

Mit der Auszahlung der finanziellen Mittel wurden die Arbeitsgemeinschaften Heilmittelzulassung (ARGE) in den Bundesländern beauftragt. Die insgesamt 15 ARGE werden überwiegend federführend von den Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) organisiert. Eine Beantragung der Einmalzahlung ist seit dem 20. Mai 2020 bis zum 30. Juni 2020 möglich.

Die Antragstellung ist äußerst bürokratiearm gestaltet. Alle Heilmittelerbringer können sich das entsprechende Antragsformular über die Internetseite der ARGE der Heilmittelzulassung herunterladen. Der Antrag kann problemlos direkt am Computer ausgefüllt werden und per Mail an die zuständige Arbeitsgemeinschaft übersandt werden. Weitere Unterlagen sind dafür nicht notwendig. Alle Antragsteller erhalten eine Eingangsbestätigung automatisch übersandt.



In der Gesamtbetrachtung mit den weiteren finanziellen Hilfen des Bundes und der Länder ist dieser Schutzschirm eine große Unterstützung.



Derzeit werden die Anträge innerhalb kürzester Zeit bearbeitet und nach Bereitstellung der finanziellen Mittel durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) taggleich an die Leistungserbringer überwiesen. Innerhalb der ersten 14 Tage nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung wurden direkt 27.111 Anträge der Heilmittelerbringer bearbeitet und insgesamt über 450 Millionen Euro bereits durch den vdek ausbezahlt.

Fazit

Der Rettungsschirm ist ein wichtiger Bestandteil, um die Versorgung mit Heilmitteln langfristig zu sichern. Dazu kommen die besonderen Regelungen in den Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2, wonach Fristenregelungen ausgesetzt wurden, Teilabrechnungen vorgenommen werden können und die Abrechnung von Videobehandlungen ermöglicht wurden. In der Gesamtbetrachtung mit den weiteren finanziellen Hilfen des Bundes und der Länder ist dieser Schutzschirm eine große finanzielle Unterstützung aller Heilmittelerbringer. Die Unterstützung in Höhe von nahezu einer Milliarde Euro stärkt die Leistungserbringer maßgeblich in dieser Corona-Pandemie.

Dabei wurde ein unbürokratischer Weg gefunden, den Leistungserbringern schnell und effektiv zu helfen. Die Ersatzkassen übernehmen über den vdek in großen Teilen die Auszahlung der Gelder. Wichtig ist jetzt allerdings, dass die geförderten Praxen dafür sorgen, dass das Geld auch bei den angestellten Therapeuten ankommt. Dies könnte beispielsweise über die Aufstockung des Kurzarbeitergeldes oder steuerfreie Bonuszahlungen reguliert werden. Der Rettungsschirm Heilmittel ist daher eine Art finanzielle Lebensversicherung für alle Heilmittelpraxen und deren Angestellte in dieser schwierigen Zeit. ■

www.zulassung-heilmittel.de





ZAHNÄRZTE

Sicherheitsnetz ohne bleibende Zusatzkosten

Mit den Regelungen der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) spannt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auch einen Schutzschirm für die Zahnärzte auf. Dabei bestimmt er, wann dieser Schutzschirm wieder eingezogen wird und welche Bedingungen an den Schutz geknüpft sind.

/Text/ Arndt Schlesselmann



Die Vergütung aller zahnärztlichen Leistungen der Krankenkassen im Jahr 2020 wird auf 90 Prozent der Vergütung für 2019 festgeschrieben, unabhängig davon, wie viele Leistungen in 2020 erbracht werden. Grund dafür ist ein erwarteter Rückgang der Anzahl der Behandlungen in 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie. Es handelt sich dabei um eine Abschlagsregelung, das heißt der Wert tatsächlich erbrachter Leistungen in 2020 wird gegengerechnet. Liegt dieser über dem Abschlag, wird bis zur gesetzlichen Obergrenze zahnärztlicher Leistungen (Budget) voll vergütet. Verbleibt ein Restbetrag ohne Gegenleistung, also eine Überzahlung, wird diese mit den Vergütungen für die Jahre 2021 und 2022 verrechnet.

Neu ist, dass die Abschlagsregelung auch die Vergütung der Behandlungen von Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen sowie Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) umfasst. Den Vertragszahnärzten wird damit eine Liquiditätssicherung gewährt. Sachgrundlose Zuschüsse ohne Rückzahlungsverpflichtung sind nicht vorgesehen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) konnten der Anwendung dieser Regelung bis 2. Juni 2020 widersprechen,

wenn zum Beispiel die Liquidität über ausreichend erbrachte Leistungen oder pauschale Vergütungssysteme gewährleistet ist (sogenannter Opt-out). Der Opt-out konnte gegenüber den verschiedenen Krankenkassenarten selektiv ausgesprochen werden. Acht KZV haben gegenüber den Ersatzkassen den Opt-out erklärt.



Auch für Zahnersatzleistungen können Abschlüsse zwischen Krankenkassen und KZV vereinbart werden, wenn es zur Sicherung der Versorgung erforderlich ist. Durch die Honorarverteilung an die Zahnärzte stellen die KZV ggf. über auf die Situation angepasste Regelungen sicher, dass die Zahnarztpraxen wirtschaftlich abgesichert sind. So wird dafür Sorge getragen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung flächendeckend erhalten bleibt. Bis 15. Oktober 2020 überprüft das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Auswirkungen der Regelungen auf die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte.

Finanzielle Auswirkungen

Im Referentenentwurf der COVID-19-VSt-SchutzV geht der Ordnungsgeber von Ausgabensenkungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von bis zu 1,15 Milliarden Euro im Jahr 2020 in der vertragszahnärztlichen Versorgung ohne Zahnersatz aus. Diese Betrachtung umfasst alle KZV-Bereiche. Es sind jedoch die Ausgaben derjenigen KZV-Bereiche und Krankenkassenarten, die der Anwendung der Regelungen widersprechen, abziehen. In diesen Bereichen ergeben sich für die Krankenkassen, die betroffen sind, keine oder geringere Ausgabensenkungen.

Des Weiteren sind Nachholeffekte nach Beendigung der Pandemiesituation zu erwarten. Behandlungsbedürftige Krankheitszustände im Mund-Kieferbereich lösen sich nicht auf, sondern entwickeln sich ggf. weiter, sodass zukünftig sogar höhere Behandlungskosten ausgelöst werden könnten. Andernfalls hätte der Ordnungsgeber in der Versorgung mit Zahnersatz ebenfalls Sicherungsmaßnahmen treffen müssen.

Dieses Sicherheitsnetz verursacht keine bleibenden Zusatzkosten. Das erscheint sachgerecht. Warum die private Krankenversicherung (PKV) außen vor und unbelastet bleibt, erschließt sich nicht. ■



Arndt Schlesselmann
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Foto: Privat



SCHUTZSCHIRM FÜR ARZTPRAXEN

Mehr Mitsprache für Krankenkassen

Viele Patienten gehen derzeit trotz Beschwerden nicht zum Arzt – aus Angst, sich im Wartezimmer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 anzustecken. Ärzte und Psychotherapeuten sind unterschiedlich vom Rückgang der Leistungen betroffen. Die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erfolgte zeitlich befristet auch per Telefon. Psychotherapien sind grundsätzlich auch per Video oder – bei bekannten Patienten – per telefonischer Konsultation möglich. Zudem sind viele Früherkennungsuntersuchungen und ambulante Operationen verschoben worden. Auf den Wegfall eines Teils der vertragsärztlichen Leistungen hat der Gesetzgeber reagiert und einen möglichen Ausgleich geregelt.

/Text/ Sabrina Wolff

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erhielten die Vertragsärzte bereits Ende März die Zusage für einen Schutzschirm. Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass Kassenärztliche Vereinigungen (KV) eine befristete Ausgleichszahlung an vertragsärztliche Leistungserbringer leisten können. Als Voraussetzung hierfür gilt, dass das Gesamthonorar der Arztpraxis um mehr als zehn Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal zurückgegangen ist und diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang infolge der Corona-Pandemie begründet ist. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der KV durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Ausgleichszahlung ist dabei beschränkt auf Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als sogenannte Einzelleistungen

Seriöse Schätzungen, wie hoch das Finanzvolumen allein für die Ausgleichszahlungen im vertragsärztlichen Bereich ausfallen dürfte, gibt es nicht.

vergütet werden (zum Beispiel Früherkennungsleistungen, ambulantes Operieren). Der Schutzschirm gleicht somit Leistungen aus, die nicht stattgefunden haben.

Konkrete Vorgaben fehlen im Gesetz

Die jährlich vereinbarte und von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung gezahlte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steht den KV in voller Höhe weiterhin zur Verteilung an die Vertragsärzte zur Verfügung – auch wenn die Leistungserbringung rückläufig ist. Hier ermöglicht das Gesetz den KV zeitnah geeignete Regelungen vorzusehen, sollte die Fortführung der Arztpraxis gefährdet sein. Die gesetzlichen Regelungen räumen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen kein Mitspracherecht bei der Ausgestaltung ein. Die Krankenkassen sind nur ins Benehmen zu setzen – und dies, obwohl die Frage, wie beispielsweise frei werdende Mittel verrechnet werden, die Minderung des Gesamthonorars und damit die Höhe der von den Krankenkassen zu finanzierenden Ausgleichszahlungen maßgeblich bestimmt. Das Gesetz enthält auch darüber hinaus kaum Vorgaben zur Umsetzung der Regelungen und räumt den KV größtmögliche Freiheiten ein. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat daher auf Bundesebene Themen an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) adressiert, die in einer konkretisierenden Rechtsverordnung aufgegriffen werden sollten.

Ob es eine Rechtsverordnung geben wird, ist weiterhin unklar. Laut Gesetz sind die Ausgleichszahlungen in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Seriöse Schätzungen, wie hoch das Finanzvolumen allein für die Ausgleichszahlungen im vertragsärztlichen Bereich ausfallen dürfte, gibt es nicht. Da dieser Ausgleich keinen direkten Leistungs- und Morbiditätsbezug aufweist, hat sich die Ersatzkassengemeinschaft an das BMG und das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit einem Vorschlag gewandt, um wenigstens eine wettbewerbsneutrale Lösung zu finden. ■



SOZIALSCHUTZPAKET II

Erweiterung der Leistungen

Zur Reduzierung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeitnehmer hat die Bundesregierung weitere Maßnahmen in einem Sozialschutzpaket II beschlossen. In den Bereichen Kurzarbeit, Arbeitslosengeld und Waisenrente wurden die Sozialleistungen ausgeweitet.

/Text/ **Angela Tschirch**

Bereits mit dem ersten Sozialschutzpaket wurden Änderungen bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld und bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung kurzfristiger Beschäftigungen eingeführt. Die weiterhin andauernde Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen erfordern über die bisherigen Regelungen des Sozialschutzpakets I hinausgehende Maßnahmen.

Generell gilt es, die wirtschaftlichen und sozialen Härten der Krise soweit wie möglich abzufedern. Denn die Corona-Pandemie hat die deutsche Wirtschaft seit Mitte März 2020 in großen Teilen zum Erliegen gebracht. Daher wurde nun der Umfang der Sozialleistung noch einmal erweitert.

Kurzarbeit

Es wurden vorübergehende Sonderregelungen bei Kurzarbeit bis zum 31. Dezember 2020 beschlossen. Den Zugang zum Kurzarbeitergeld hat die Bundesregierung bereits

mit verschiedenen Maßnahmen erleichtert. Darüber hinaus ist auch geregelt, dass die Arbeitsagenturen, die für die Gewährung des Kurzarbeitergeldes zuständig sind, auch die Zahlung der Beiträge zur Sozialversicherung übernehmen. Jetzt wird die Höhe des zu zahlenden Kurzarbeitergeldes angepasst. Für die Monate, in denen der Entgeltausfall mindestens 50 Prozent beträgt, erhöht sich das Kurzarbeitergeld ab dem vierten Monat des Bezugs auf 70 Prozent (bzw. 77 Prozent für Haushalte mit Kindern) und ab dem siebten Monat des Bezugs auf 80 Prozent (bzw. 87 Prozent für Haushalte mit Kindern) des pauschalierten Netto-Entgelts.

Darüber hinaus kann bei Kurzarbeit durch eine Nebenbeschäftigung ein Hinzuverdienst bis zur vollen Höhe des bisherigen Monatseinkommens ausgeübt werden, unabhängig von der Branche, in der diese Nebenbeschäftigung angesiedelt ist. Die Beschäftigung ist dann zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung beitragspflichtig. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung fallen nicht an.

Arbeitslosengeld

Für Personen, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem SGB III in der Zeit vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 erlöschen würde, verlängert sich die Anspruchsdauer einmalig um drei Monate.

Waisenrente

Es wird sichergestellt, dass Waisenrenten über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres auch dann (weiter)gezahlt werden, wenn bedingt durch die Corona-Pandemie Ausbildungen und Freiwilligendienste später als üblich beginnen. So besteht der Anspruch auf eine Waisenrente auch dann, wenn wegen der Corona-Pandemie eine Schul- oder Berufsausbildung oder ein freiwilliger Dienst nicht angetreten werden kann oder die Übergangszeit von vier Kalendermonaten zwischen Ausbildungsabschnitten oder zwischen Ausbildungen und der Ableistung der dort genannten Dienste überschritten werden sollte. ■



Foto: vdek/Manfred Schild

Angela Tschirch
Abteilung Finanzen/Versicherung beim vdek

PFLEGEPRÄMIE

Ein Tropfen auf den heißen Stein?

Mit dem zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist auch eine einmalige Pflegeprämie in der Altenpflege beschlossen worden. Sie soll Anerkennung sein für den außerordentlichen Einsatz der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte in der Coronakrise. Ein gutes Zeichen für in der Pflege tätige Menschen oder eben doch nur der viel zitierte Tropfen auf den heißen Stein?

/Text/ Oliver Blatt



Oliver Blatt
Abteilungsleiter Gesundheit
beim vdek

Es besteht ein breiter politischer und gesellschaftlicher Konsens darüber, dass es gerade die Pflegefachkräfte sind, die in der Coronakrise einer außerordentlichen Belastung ausgesetzt sind und dabei großartige Arbeit leisten. Daher ist es konsequent, dass man dieser Berufsgruppe jetzt per Gesetz eine finanzielle Anerkennung zuspricht. Dieser einmalig angelegte Bonus ist dem Gesetz nach gestaffelt ausgerichtet. Beschäftigte in der Altenpflege, die direkte Pflege und Betreuung erbringen, erhalten einmalig 1.000 Euro; diejenigen, die überwiegend tagesstrukturierend und aktivierend tätig sind, bekommen 677 Euro; alle übrigen Beschäftigten 334 Euro. Auch Freiwillige

im Freiwilligendienst (100 Euro) und Auszubildende (600 Euro) werden bedacht. Die Länder oder die Arbeitgeber können die Prämien um bis zu 500 Euro aufstocken. Von dieser Möglichkeit machen die Länder wohl auch überwiegend Gebrauch, die Arbeitgeber sind bisher eher zurückhaltend.

Die Prämie ist ein gutes Zeichen für eine Berufsgruppe, die bereits vor der Coronakrise im politischen Fokus stand. Wenn man sie als Ausdruck einer gestiegenen Wertschätzung wahrnimmt, dann ist sie mehr als nur der Tropfen auf den heißen Stein. Die Prämie kann aber nur ein Baustein in einem Bündel an Maßnahmen sein, um das Berufsbild auf lange Sicht zukunftssicher auszugestalten. Im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege wurden hierzu bereits wichtige Aspekte aufgearbeitet: Faire Löhne, flexible Arbeitsbedingungen, verlässliche Arbeitszeiten, gesundheitsförderliche Maßnahmen und Wertschätzung standen dabei im Fokus und müssen auch weiterhin verfolgt werden, will man das Berufsbild attraktiv gestalten.

Die Finanzierung der Pflegeprämie ist unbefriedigend und zum Nachteil der Beitragszahler geregelt. Die Mittel sollen überwiegend von der sozialen Pflegeversicherung aufgebracht werden, immerhin rund 890 Millionen Euro. Etwa 130 Millionen Euro schlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Buche. Lediglich die freiwillige Aufstockung durch die Länder ist steuerfinanziert. Es wäre nur konsequent gewesen, diese Aufgabe auf der Finanzierungsseite komplett gesamtgesellschaftlich zu verankern und entsprechend aus Steuermitteln zu finanzieren.

Die Prämie ist Ausdruck einer gestiegenen Wertschätzung des Berufsbildes und damit ein gutes Signal. Wichtiger jedoch als diese Einmalzahlung ist die Perspektive auf gute Arbeitsbedingungen und flächendeckend faire Löhne in der Branche. Zu Letzterem haben sich die Tarifpartner bereits auf den Weg gemacht. Nun muss die Politik folgen, um das Finanzierungssystem in der Pflege auf neue Füße zu stellen, damit bessere Löhne nicht allein von den Pflegebedürftigen über steigende Eigenanteile in der Pflege geschultert werden müssen. ■



COVID-19-KRANKENHAUSENTLASTUNGSGESETZ

Effiziente Versorgungsstrukturen wichtiger denn je

Beim Covid-19-Virus handelt es sich um ein neues, noch unerforschtes Virus, das im Ausland innerhalb kurzer Zeit zu extrem hohen Krankheits- und Sterbefällen geführt hat. Nachdem die Fallzahlen von Corona-Patientinnen und -Patienten auch in Deutschland stetig angestiegen waren, stand die Politik unter Druck und hat mit der Schaffung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes im Frühjahr 2020 sofort reagiert.

/ Text / Agnes Kübler

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz soll die stationäre Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der Corona-Pandemie sicherstellen. Es verlangt nicht nur den Steuer- und Beitragszahlern einiges ab; es enthält auch sehr knappe Umsetzungsfristen, die alle Akteure im Gesundheitswesen vor enorme und nie da gewesene Herausforderungen stellen.

Die Krankenhäuser wurden dazu verpflichtet, planbare Operationen und Eingriffe zu verschieben und Intensivbetten aufzustocken, um die Behandlungskapazität zu erhöhen und eine Überfüllung der Krankenhäuser im Zuge der Corona-Pandemie zu vermeiden. Für jedes leer stehende Bett erhalten Krankenhäuser im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 eine Pauschale in Höhe

von 560 Euro pro Tag. Die Ausgleichszahlung erfolgt aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und wird aus Steuermitteln refinanziert. Zudem erhalten Krankenhäuser für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett einen Betrag in Höhe von 50.000 Euro. Diese Kosten werden ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, wobei auch hier eine Refinanzierung aus Steuermitteln sachgerecht wäre, da es sich primär um Investitionskosten handelt.

Nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz können vollstationäre Krankenhausbehandlungen auch in weiteren Einrichtungen durchgeführt werden. So können auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 22 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 30. September 2020 vollstationäre Krankenhausleistungen erbringen. Zudem haben viele Bundesländer Allgemeinverfügungen erlassen, die die Etablierung von Behelfskrankenhäusern (zum Beispiel in Form von Hotels) und die Zulassung von Privatkliniken (im Sinne von § 30 Gewerbeordnung – GewO) zur Versorgung vorsehen. Darüber hinaus haben Länder wie Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen Covid-19-Versorgungskonzepte erstellt, die Maßnahmen und Eskalationsstrategien im Umgang mit der Pandemie enthalten.

Rolle der Ersatzkassen

Das Nebeneinander verschiedener Maßnahmen führt zu unterschiedlichen Konstellationen und Voraussetzungen in der Krankenhausversorgung, -finanzierung und -abrechnung. Daher haben die Ersatzkassen den Dialog mit den Ländern gesucht und Lösungen angeboten, die die Konzepte der Länder bürokratie- und aufwandsarm umsetzen können. Aus Sicht der Ersatzkassen ist bei der stationären Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten zwingend eine „Versorgungskaskade“ sicherzustellen. Danach muss die Versorgung zunächst immer in zugelassenen Krankenhäusern erfolgen, wobei vorhandene Krankenhauskapazitäten zwingend auch bundeslandübergreifend auszuschöpfen sind. Dies hängt auch damit



Foto: Privat

Agnes Kübler
Abteilung Stationäre
Versorgung beim vdek

zusammen, dass die Kliniken in qualitativer Hinsicht am besten für die Behandlung ausgerüstet sind. Erst dann können die zugelassenen Reha-Kliniken in Anspruch genommen werden. Reha-Einrichtungen sind lediglich zur medizinisch-pflegerischen Versorgung ausgestattet (wie zum Beispiel Personal, Wundbehandlung, Mobilisation, Inhaliergeräte). Operative Behandlungen sollen hier nicht durchgeführt werden. Zur Vergütung dieser Fälle sieht das Gesetz eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und dem GKV-Spitzenverband nach § 22 Absatz 2 KHG bis zum 26. April 2020 vor, wonach Pauschalbeträge und das Nähere zum Verfahren der Abrechnung vereinbart werden sollen. Diese Vereinbarung wurde von der gemeinsamen Selbstverwaltung in einer Hauruck-Aktion umgesetzt.

Erst wenn auch die Reha-Kapazitäten ausgelastet sein sollten, kann eine temporäre Versorgung in sogenannten Behelfskrankenhäusern erfolgen. Diese können in neu erbauten oder bereits vorhandenen Gebäuden (zum Beispiel in Messe- und Turnhallen) eingerichtet werden. Die lediglich mit Pflegebetten und sogar Feldbetten ausgestatteten Behelfskrankenhäuser sind nur für die Behandlung leichter Covid-19-Fälle, Covid-19-Verdachtsfälle und andere leichtere stationäre Fälle gedacht. Erst wenn sich die Pandemie weiter verschärfen sollte und alle vorhandenen Kapazitäten ausgeschöpft sind, ist eine Belegung in privaten Kliniken mit Zulassung nach § 30 Gewerbeordnung denkbar.

Diese Versorgungskaskade resultiert aus den Regelungen des Gesetzgebers zum COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz. Demnach können die Länder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten stationär behandelt werden können – sofern sie dafür die notwendigen Voraussetzungen (zum Beispiel einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V) erfüllen. Der Gesetzgeber stellt hier u. a. auf die hohen Hürden eines Versorgungsauftrages ab, über den Behelfskrankenhäuser gerade nicht verfügen. Zudem hat er von einer gesetzlichen Schaffung sogenannter Behelfskrankenhäuser auch angesichts der stetig steigenden Corona-Fallzahlen bewusst abgesehen. Damit möchte er sicherstellen, dass

Aus Sicht der Ersatzkassen ist eine Versorgungskaskade zwingend sicherzustellen.

eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in der Pandemie erfolgt. Eine solche dürfte in Behelfskrankenhäusern naturgemäß, allein aufgrund der geringeren Infrastruktur und des weniger qualifizierten Personals, nicht gegeben sein.

Die Versorgung in einem Behelfskrankenhaus kann zum Beispiel dem Qualitätsgebot nach § 2 KHG nicht in vollem Umfang gerecht werden. Insofern ist auch die Patientensicherheit nicht in dem Maße wie in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung gewährleistet. Deshalb kann eine Behandlung in einem Behelfskrankenhaus aus Gründen der Patientensicherheit nur nachrangig erfolgen. Dies dürfte auch der Grund sein, warum diese Versorgungskaskade auch in den Konzepten einiger Länder, wie zum Beispiel in Thüringen, vorgesehen ist.

Ausblick

Die Fallzahlen der Covid-19-Patientinnen und -Patienten sind stark gesunken, sodass der reguläre Betrieb der Krankenhäuser wieder langsam hochgefahren werden kann. Das Schlimmste scheint überstanden zu sein; die kurzfristigen Krisenmanagement-Maßnahmen des Gesetzgebers waren erfolgreich. Damit stellt sich die Frage, welche Erkenntnisse wir aus dieser Krise gewinnen und wie wir uns langfristig aufstellen wollen, um die Krankenhausstrukturen zukunftssicher zu gestalten – und das nicht nur, um auf eine weitere Krise vorbereitet zu sein. Die Coronakrise hat gezeigt, dass Krankenhauskapazitäten kurzfristig „freigeschaufelt“ und auch Intensivbetten bei Bedarf in Rekordzeit aufgebaut werden können. Planbare Operationen konnten verschoben werden. Nach der Pandemie müssen die hieraus gewonnenen Erkenntnisse bei den Versorgungsnotwendigkeiten in eine Neustrukturierung der Krankenhausversorgungslandschaft einfließen. Effiziente Versorgungsstrukturen werden nach der Pandemie dringender denn je notwendig sein. Die Beitrags- und Steuermittel werden nach der Pandemie langfristig fehlen, um eine Fehl- und Überversorgung noch finanzieren zu können. ■



GKV

Finanzielle Stabilität muss gewahrt bleiben

Die große Einsatzbereitschaft aller Beteiligten, die Maßnahmen der politisch Verantwortlichen und Institutionen haben es ermöglicht, dass Deutschland im internationalen Vergleich bisher gut durch die Coronakrise gekommen ist. Fundament sind die dazu aufgelegten Hilfsprogramme, finanziert im Wesentlichen durch den Gesundheitsfonds und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Angesichts der enormen finanziellen Kosten ist es von großer Bedeutung, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV für die Dauer der Pandemie verstetigt und für die Zukunft gesichert wird.

/ Text / Jörg Meyers-Middendorf und Manfred Baumann



Foto: vdek/georg.J.Lopata

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

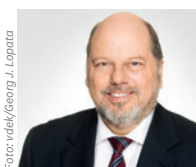


Foto: vdek/georg.J.Lopata

Manfred Baumann
Abteilungsleiter Finanzen/
Versicherung beim vdek

Einen großen Teil der finanziellen Belastungen aus dem Schutzschirm für Leistungserbringer muss die GKV tragen, sei es aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (wie es zum Teil explizit gesetzlich vorgegeben wird), sei es direkt durch die Krankenkassen. Es muss mit einem massiven Beitragsdruck auf die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen gerechnet werden, wenn nicht auch die Politik bereit ist, den Gesundheitsfonds liquide zu halten und den durch coronabedingte Nettomehrausgaben ausgelösten Finanzbedarf in 2020 und 2021 auszugleichen. Denn längst nicht alle Krankenkassen verfügen über hohe Rücklagen, mit denen

die Nettomehrausgaben kompensiert werden könnten, ohne den Zusatzbeitragssatz anzuheben. Andernfalls wird die Beitragssatzspanne im Wahljahr 2021 deutlich wachsen – mit Auswirkung auf die Sozialabgabenlast von Versicherten und Arbeitgebern (die laut Koalitionsvertrag 40 Prozent nicht übersteigen soll) und erheblicher Beeinträchtigung der Stabilität einzelner Krankenkassen und der GKV insgesamt.

Die Lage der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds ist 2020 von vier Faktoren geprägt:

1. Durch die hohe Anzahl an wegen der Coronakrise ermöglichten vereinfachten Beitragsstundungen sind die für die GKV verfügbaren Mittel in diesem Frühjahr besonders knapp.

2. Die konjunkturelle Eintrübung im Jahreswechsel 2019/2020 in den ersten Monaten macht sich bemerkbar, die durch den coronabedingten Einbruch der Wirtschaft verstärkt wird. Zehn Millionen Kurzarbeiter im April und in den weiteren Frühlingsmonaten sowie im weiteren Verlauf ein deutlicher Anstieg der Arbeitslosigkeit führen zu Beitragsminderereinnahmen, die bei der Festlegung der Zuweisungen nicht absehbar waren.

3. Die Finanzwirkungen der Corona-Pandemie auf der Ausgabenseite kommen als Belastung für die Krankenkassen hinzu und sind – trotz verschiedener Rettungsschirme für Leistungserbringer, die aus Bundesmitteln oder aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden – erheblich. Der coronabedingte Nettomehrausgabeneffekt erfasst dabei gesetzlich induzierte Mehrausgaben wie auch aus der Situation heraus resultierende Minderausgaben der Krankenkassen.

4. Kostenintensive Gesetze, wie etwa das Terminservice- und Versorgungsgesetz und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, führen zu einer dynamischen Ausgabenentwicklung, die in den festgelegten Zuweisungen für 2020 so nicht ausreichend berücksichtigt waren.

Daher fordern die Krankenkassen für 2020 einen finanziellen Ausgleich für coronabedingte Nettomehrausgaben und Mindereinnahmen der GKV. Zur Sicherstellung der

medizinischen und pflegerischen Versorgung ist es wichtig, dass die Zahlungs- und Leistungsfähigkeit der GKV erhalten bleibt. Keine Krankenkasse darf durch die Corona-Pandemie in eine finanzielle Schieflage geraten. Um dies zu gewährleisten, müssen die durch die Pandemie ausgelösten Belastungen kompensiert werden.

Die Nettomehrausgaben bei den Krankenkassen sollten aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) pauschal durch eine entsprechende Anhebung des derzeitigen Steuerzuschusses abgedeckt werden. Denn die Finanzierung von Mehrbelastungen und Schutzschirmen eines solchen singulären Schadenereignisses ist als eine Aufgabe der allgemeinen öffentlichen Daseinsvorsorge zu sehen. GKV-fremde Leistungen, zum Beispiel Schutzausrüstung, flächendeckende Tests und später auch Impfungen, sind aus Steuermitteln zu tragen. Diese Mittel müssten bereits im monatlichen Abschlagsverfahren aus dem Gesundheitsfonds anteilig ausgeschüttet werden.

Zudem muss es Bundeszuschüsse für den Gesundheitsfonds geben zur Sicherung der Liquiditätsreserve. Um sicherzustellen, dass die zu leistenden Zuweisungen an die Krankenkassen auch gezahlt werden können, stellt der Bund dem Gesundheitsfonds regulär und auch in dieser besonderen Lage ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fälligen Mittel zur Verfügung. Dieses muss aber auch kurzfristig zur Verfügung stehen, damit der Gesundheitsfonds seine Verpflichtungen wie gewohnt erfüllen kann. Jedoch ist das Darlehen im selben Haushaltsjahr zurückzuzahlen (§ 271 Absatz 3 SGB V).

Tritt der Fall ein, dass die Beitragsausfälle zu groß werden und die Liquiditätsreserve ausgeschöpft ist, kann Ende 2020 das Bundesdarlehen nicht zurückgezahlt werden. Die Rückzahlung und eine wahrscheinlich notwendige Wiederauffüllung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds müssen daher aus Bundeszuschüssen finanziert werden, will man einen sprunghaften Zusatzbeitragsatzanstieg in 2021 vermeiden.

Vorrangiges Ziel der Ersatzkassen ist es weiterhin, die gesundheitliche Versorgung

ihrer Versicherten uneingeschränkt sicherzustellen. Gewährleistet werden muss aber auch, dass pandemiebedingte Beitragssatzsteigerungen verhindert werden. Dies kann nur gelingen, wenn die Liquidität von Krankenkassen und Gesundheitsfonds sichergestellt wird und die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes nicht einseitig von den Beitragszahlern der GKV geschultert, sondern durch Bundeszuschüsse bzw. steuerfinanziert auf alle Schultern verteilt werden.

Daher sind aus Sicht der Ersatzkassen folgende Maßnahmen erforderlich:

1. Pandemiebedingte Nettomehrausgaben der Krankenkassen im laufenden Jahr müssen durch ergänzende Zuweisungen aus einem Bundeszuschuss finanziert werden.

2. Sicherstellung der Liquidität des Gesundheitsfonds:

- Sollten Bundesdarlehen zur Überbrückung des Liquiditätsausfalls notwendig und eine Rückführung bis Ende des Jahres nicht möglich sein, müssen die Darlehen in einen nicht rückzahlbaren Bundeszuschuss umgewandelt werden,
- Die Mindestrücklage des Gesundheitsfonds ist zum 15. Januar 2021 durch einen Bundeszuschuss aufzufüllen.

3. Die Aufwände für die Übertragung originär staatlicher Aufgaben (öffentlicher Gesundheitsschutz, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr bei übertragbaren Krankheiten) sowie für Schutzschirme für Leistungserbringer müssen durch einen ausgabendeckenden Bundeszuschuss ausgeglichen werden.

Aufgrund von Nachholeffekten und wirtschaftlich bedingten Einnahmeausfällen aus der Corona-Pandemie wird es auch im Jahr 2021 einen finanziellen Mehrbedarf für die GKV geben, der – so die Forderung der Ersatzkassen – vorrangig über Steuermittel zu finanzieren ist. Soweit coronabedingte Nettomehrausgaben auch für nächstes Jahr nicht vollständig über Steuermittel finanziert werden, sollte im Sinne einer ausgewogenen Finanzierung die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes in Betracht gezogen werden. ■

Finanzieller Mehrbedarf für die GKV ist vorrangig über Steuermittel zu finanzieren.



CORONA-PANDEMIE

Gesundheitspolitische Sonderregelungen

Die Corona-Pandemie stellt eine ganz erhebliche Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Um die ambulante und stationäre Versorgung, die Pflege sowie das Gesundheitswesen insgesamt im Zuge der Coronakrise sicherzustellen, haben das Bundeskabinett, das Parlament und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) als Verordnungsgeber eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Sonderregelungen auf den Weg gebracht. Ein Überblick.

Bevölkerungsschutzgesetz I

Mit dem ersten Bevölkerungsschutzgesetz stellte der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite in Deutschland fest. Dadurch wird unter anderem das BMG ermächtigt, durch Allgemeinverfügung oder durch Rechtsverordnung Vorkehrungen zum Schutz der Bevölkerung zu treffen und die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Auf Grundlage dieser Ermächtigung können Regelungen unter anderem in folgenden Bereichen erlassen werden:

- Vorschriften für den grenzüberschreitenden Reiseverkehr, etwa wenn im Bahn- und Busverkehr Meldepflichten eingeführt werden
- Melde- und Untersuchungspflichten
- Regelungen, die im Normalfall durch die Selbstverwaltungspartner getroffen werden
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Grundversorgung mit Arzneimitteln, Schutzausrüstung und Labordiagnostik
- Flexibilisierung von Vorschriften in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen

Seit dem 28. März 2020 in Kraft

Bevölkerungsschutzgesetz II

Das Gesetz ist ein Artikelgesetz und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen unter anderem zum Infektionsschutz, zur Pflegeversicherung und zur Krankenhausfinanzierung:

- Es wird eine dauerhafte gesetzliche Meldepflicht für COVID-19 und SARS-CoV-2 eingeführt.

- Enthalten ist eine Ermächtigungsgrundlage für eine Verordnung*, in der symptomunabhängige Testungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommen sollen. Diese umfangreichen Testungen, auch wenn sie durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) veranlasst sind, sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.
- Zugelassene Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, für die Beschäftigten eine einmalige Corona-Prämie zu zahlen.
- Pandemiebedingte Mindereinnahmen von stationären Hospizen sollen von der GKV ausgeglichen werden.

Seit dem 20. Mai 2020 in Kraft

> [Seiten 22 und 28](#)

* Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

- Auf Anweisung der Gesundheitsämter können zukünftig auch symptomlose Personen auf das Coronavirus getestet werden. Die GKV hat hierfür Kosten von 50,50 Euro zu erstatten. Dies gilt auch für Privatversicherte und Personen ohne Krankenversicherung.
- Krankenhäuser sind ebenfalls zu umfangreichen Testungen berechtigt. Die Kosten hierfür werden über ein Zusatzentgelt erstattet.

Rückwirkendes Inkrafttreten zum 14. Mai 2020

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden kurzfristig Maßnahmen ergriffen, um ausreichende Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit einer Coronavirus-Infektion zu schaffen. Außerdem wird ein sogenannter Schutzschirm über bestimmte Gesundheitsberufe und Einrichtungen gespannt:

- Für jedes Bett, das aufgrund der Corona-Pandemie im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, erhalten die Krankenhäuser eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag.
- Krankenhäuser erhalten einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes Intensivbett, das sie zusätzlich schaffen.
- Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, erhalten Krankenhäuser vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patient in Höhe von 50 Euro. Dieser Zuschlag kann bei Bedarf verlängert und erhöht werden.
- Die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) wird zur Entlastung der Krankenhäuser umfassend erleichtert, die Prüfquote von 12,5 Prozent wird 2020 auf fünf Prozent gesenkt.
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen unter bestimmten Voraussetzungen Krankenhausleistungen erbringen und damit Krankenhäuser entlasten.
- Niedergelassene Ärzte sowie Psychotherapeuten werden ab einer bestimmten Umsatzminderung aufgrund einer geringeren Inanspruchnahme durch Patienten mit Ausgleichszahlungen unterstützt.
- Die ambulante und stationäre Pflege wird durch das befristete Aussetzen von Qualitätsprüfungen, Änderungen bei der Durchführung von Begutachtungen und den Verzicht auf Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen durch den MD entlastet.
- Pflegeeinrichtungen können für die Aufrechterhaltung der Versorgung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben

und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung abweichen. Pflegekassen wird zudem ein weiterer Gestaltungsspielraum zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken in der häuslichen Versorgung eingeräumt.

Seit dem 28. März 2020 in Kraft

> [Seiten 27 und 30](#)

COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV)

Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung soll ein zweiter Schutzschirm für weitere Gesundheitsberufe (Zahnärzte und Heilmittelerbringer) und Einrichtungen geschaffen werden. Darin sind unter anderem festgelegt:

- Ausgleichszahlung vertragszahnärztliche Versorgung
- Ausgleichszahlung Heilmittelversorgung
- Kompensation der Einnahmeausfälle für Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen

Seit dem 5. Mai 2020 in Kraft

> [Seiten 24 und 26](#)

Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVSV)

Mit dieser Verordnung wird der Bund ermächtigt, Produkte des medizinischen Bedarfs zu beschaffen und zu verteilen. Produkte des medizinischen Bedarfs im Sinne dieser Verordnung sind Arzneimittel, deren Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffe, Medizinprodukte, Labordiagnostika, Hilfsmittel, Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung und Produkte zur Desinfektion. Sowohl das BMG als auch das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) sowie das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) dürfen solche Produkte selbst oder durch beauftragte Stellen

beschaffen, lagern, herstellen und in den Verkehr bringen.

Seit dem 26. Mai 2020 in Kraft

Verordnung zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte

Durch möglichst flexible Regelungen soll sichergestellt werden, dass die Medizinstudierenden in der aktuellen Krisensituation der Corona-Pandemie das Gesundheitswesen unterstützen und gleichzeitig ihr Studium fortsetzen können.

Seit dem 1. April 2020 in Kraft

DIVI Intensivregister-Verordnung

Mit der Verordnung werden Intensivstationen verpflichtet, jeden Tag bis 9 Uhr ihre aktuellen Bettenkapazitäten an das DIVI-Intensivregister zu melden. Die Meldepflicht schafft einen genauen Überblick über belegte und freie Intensivbetten zur Behandlung von Patienten mit Covid-19 und anderen schweren Krankheiten.

Seit dem 10. April 2020 in Kraft

SARS-CoV-2-Arzneimittel-versorgungsverordnung

- Apotheken erhalten einen einmaligen Zuschuss von 250 Euro je Apotheke für den Botendienst.
- Apotheken können in bestimmten Fällen verordnete Arzneimittel austauschen und von deren Packungsgröße abweichen. Krankenkassen haben keine Möglichkeit, diesen Austausch von Arzneimitteln bei den Abrechnungen mit den Apotheken zu beanstanden.
- Das BMG erhält die Möglichkeit, den Handel mit bestimmten Arzneimitteln, mit

deren Wirk- und Ausgangsstoffen, Medizinprodukten, Labordiagnostika, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung oder Desinfektionsmitteln einzuschränken und den Verkauf dieser Produkte zu untersagen sowie die Abgabe an bestimmte Stellen zu festgesetzten Preisen anzuordnen.

Seit dem 22. April 2020 in Kraft

Verordnung zur Beschaffung von Medizinprodukten und persönliche Schutzausrüstung

Die Verordnung ermöglicht die zentrale Beschaffung von Produkten des medizinischen Bedarfs durch die Bundesregierung zur Versorgung der Bevölkerung während der Corona-Pandemie. Zu den Produkten zählen u. a. Arzneimittel, Medizinprodukte, Labordiagnostika, persönliche Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel.

Seit dem 10. April 2020 in Kraft

Verordnung zur Änderung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung – AusglZÄV)

- Die bisher einheitliche Ausgleichspauschale für die Freihaltung von Betten wird differenziert, um den unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser Rechnung zu tragen.
- Die Gewährung der Pauschale für persönliche Schutzausrüstung wird bis zum 30. September 2020 verlängert. Zur Behandlung von Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion wird die Pauschale erhöht.

Referentenentwurf vom 4. Juni 2020



CORONAVIRUS SARS-COV-2

Perspektiven der Impfstoffentwicklung

In der stellenweise stark polarisierten Debatte um die gesellschaftlichen Folgen der durch SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie gerät manchmal aus dem Blick, wie groß die Fortschritte in der Impfstoffentwicklung sind. Dank einer einzigartigen weltweiten Anstrengung werden mittlerweile über 100 aussichtsreiche Präparate untersucht, wovon sich zehn bereits in der klinischen Erprobung am Menschen befinden. Bis zur Produktion eines wirksamen Impfstoffs in ausreichender Menge und einer Impfung einer Mehrheit der Bevölkerung werden die direkten und mittelbaren Folgen der Pandemie unseren Alltag weiter prägen.

/Text/ Gregor Däubler und Martin Kluxen



Foto: Privat

Gregor Däubler
Abteilung Gesundheit
beim vdek



Foto: Privat

Dr. med. Martin Kluxen
Abteilung Gesundheit
beim vdek

Gegen Ende des vergangenen Jahres sind in China erstmalig Infektionen mit einem neuartigen Virus beschrieben worden. Es ist Teil der Familie der Coronaviren, deren andere Vertreter als Erreger meist harmloser Erkältungen bekannt sind. Aufgrund der Ähnlichkeit zum Erreger des Schweren Akuten Atemwegssyndroms SARS wurde das neue Coronavirus als SARS-CoV-2 bezeichnet. Das durch eine Infektion hervorgerufene Krankheitsbild Covid-19 ist in schweren Fällen durch ein Versagen der Lunge und anderer lebenswichtiger Organe gekennzeichnet. Vor allem ältere Menschen und chronisch Erkrankte sind gefährdet, einen solchen schweren Verlauf zu erleiden.

Nachdem im Februar 2020 die ersten Fälle von Covid-19 in Deutschland bekannt geworden sind, breitete sich das Virus auch

hierzulande rapide aus. Eine der größten Herausforderungen ist dabei die Suche nach einem Impfstoff, der den Ausbruch der Erkrankung ganz verhindern oder wenigstens abmildern kann.

Impfungen bieten im Allgemeinen den größten Schutz vor ansteckenden Erkrankungen. Die Entwicklung neuer Impfstoffe nimmt allerdings meist Jahre in Anspruch, denn die Impfstoffkandidaten müssen in mehreren klinischen Phasen auf Sicherheit, Verträglichkeit und mögliche längerfristige Auswirkungen der Impfstoffe geprüft werden. Glücklicherweise kann bei der Suche nach einem Impfstoff gegen SARS-CoV-2 auf Vorarbeiten aus der SARS-Forschung zurückgegriffen werden.

Die Ausmaße der Covid-Pandemie und der daraus resultierende politische, soziale und wirtschaftliche Druck machen es erforderlich, manche Schritte der Entwicklung zu verkürzen oder ganz zu überspringen. Ein Entwicklungsprozess, der bisher viele Jahre gedauert hat, soll auf wenige Monate verkürzt werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Abwägung der Risiken, zum Beispiel Aussagen über die langfristigen Auswirkungen der Impfstoffe, trotz des enormen Zeitdrucks sorgfältig nach den Standards der evidenzbasierten Medizin erfolgt.

Aber auch dank einer weltweit intensivierte und vernetzten Forschung sind die zeitintensiven Hürden der Entwicklung im

Phasen der Impfstoffentwicklung

Durchschnittliche Dauer der Phasen unter „normalen“ Bedingungen

(Grundlagen-) Forschung

viele mögliche Kandidaten

2–5 Jahre

(Präklinische) Entwicklung

ca. 100 Impfstoffe

2–5 Jahre



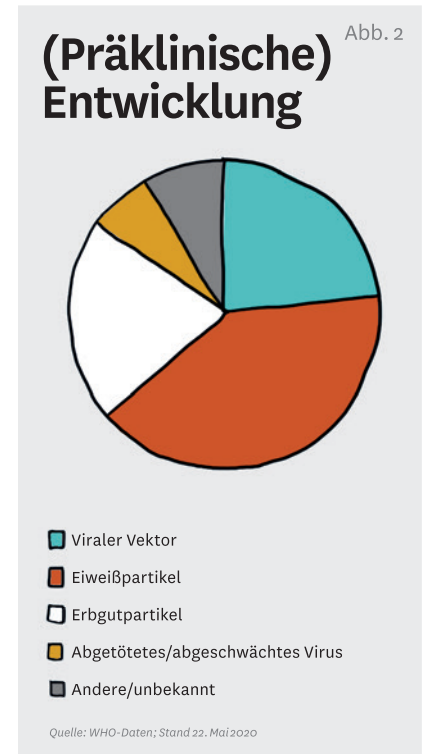
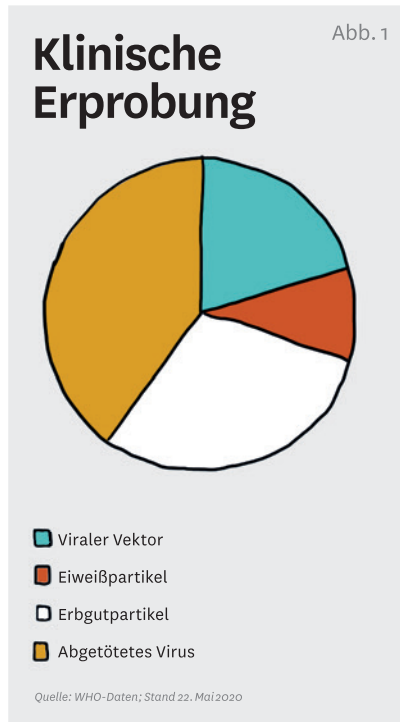
Quelle: vdek

Labor vielerorts bereits genommen: Kein halbes Jahr nach der erstmaligen Beschreibung des neuen Virus listet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über 100 in Entwicklung befindliche Impfstoffe auf. Davon befinden sich bereits zehn in der klinischen Erprobung am Menschen – die meisten in Phase I, aber manche auch bereits an der Schwelle zur Phase 2.

Unterschiedliche Technologien – ein Ziel

Diese Forschungsvorhaben unterscheiden sich in der Art des entwickelten Impfstoffs. Manche arbeiten mit bekannten Technologien und verwenden abgetötete oder abgeschwächte Coronaviren, andere verwenden Teile der Eiweißhülle des Virus. Es kommen auch neue Gen-basierte Technologien zur Anwendung. Dabei wird Erbinformation des Virus in die Körperzellen geschleust. Allen diesen Strategien ist gemeinsam, dass das körpereigene Immunsystem aktiviert werden soll. Im Idealfall führt dies zu einem dauerhaften Abwehrschutz.

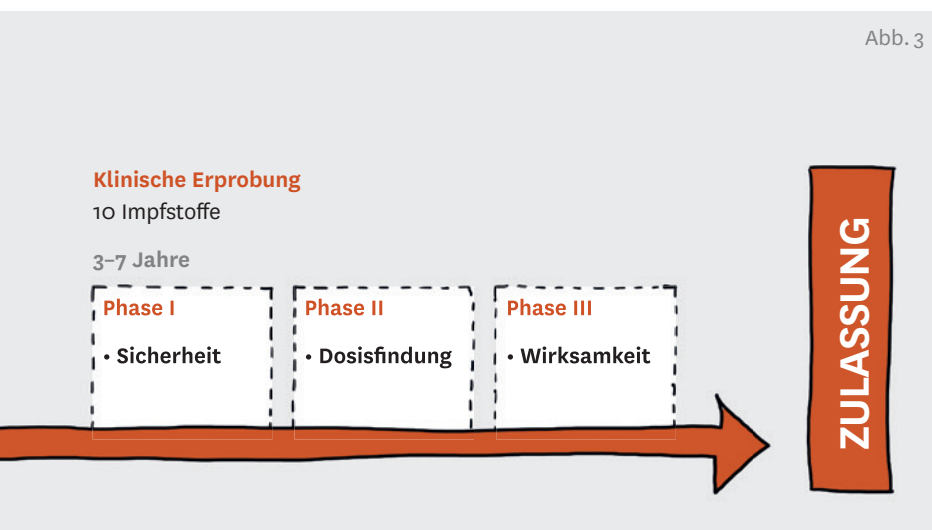
Noch ist unklar, welche Strategie sich als erfolgreich herausstellen wird. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es jedenfalls ebenso wie aus Perspektive der Versorgung sinnvoll, verschiedene Impfstoffkandidaten zu erproben. Durch eine diversifizierte Entwicklung und Produktion kann einer möglichen Monopolisierung des Impfstoffs vorgebeugt und die Risiken für Produktionsengpässe verringert



Im Idealfall sollte ein dauerhafter Abwehrschutz erreicht werden.

werden. Auch stünden dadurch verschiedene Präparate für Personen mit fehlender Immunität zur Verfügung, sodass bei einer ausbleibenden Immunantwort alternative Impfstoffe zur Anwendung kommen könnten.

Die meisten Experten rechnen trotz vieler Hürden spätestens im nächsten Jahr mit einem oder mehreren Impfstoffen. Die weltweiten Produktionskapazitäten müssen dafür aller Voraussicht nach in einem bisher nicht dagewesenen Maße hochgefahren werden. Mehrere große Pharmafirmen haben angekündigt, auch durch Kooperationen ihre Kapazitäten entsprechend anpassen und dadurch jeweils etwa eine Milliarde Impfdosen pro Jahr liefern zu können. Jedoch gehen einschlägige Projektionen und Experten von zumindest anfänglich nicht ausreichenden Kapazitäten aus. Dadurch wird deutlich, dass die Herausforderungen, die die Covid-19-Pandemie an die globale Gesellschaft stellt, mit der Entwicklung und Produktion eines wirksamen Impfstoffs nicht schlagartig verschwinden werden. ■





Fotos (3): Deutscher Ethikrat/Reiner Zensen

Herr Prof. Dr. Augsberg, seit Wochen hält die Corona-Pandemie Deutschland und den Rest der Welt in Schach. Inwieweit ist der Deutsche Ethikrat darauf vorbereitet gewesen? Hat es etwas Vergleichbares seit Bestehen des Deutschen Ethikrats schon einmal gegeben?

STEFFEN AUGSBERG Eine solche umfassende, alle Gesellschaftsschichten und nahezu jeden Einzelnen – national wie international – betreffende Krise haben wir natürlich noch nicht erlebt. Für den Ethikrat ist damit eine spezielle Herausforderung verbunden: Typischerweise arbeiten wir eher antizipierend und schreiben längere Texte zu Problemen, die mittel- bis langfristig zu lösen sind. Jetzt haben wir selbst das Bedürfnis gesehen, schneller und punktueller zu (re)agieren, und wir sind hierum wiederholt durch die Politik gebeten worden. Anlassbezogene Ad-hoc-Empfehlungen gab es zwar schon früher, aber in der Krise werden sie wichtiger.

Der Deutsche Ethikrat hat sich schon früh seit Ausbruch der Corona-Pandemie für Solidarität und Verantwortung ausgesprochen. Werte, die in so einer Situation besonders zum Tragen kommen?

Ja, aber auch Werte, die jetzt besonders prekär sind. Wir haben frühzeitig erklärt, dass die

INTERVIEW

„Solidarität und Verantwortung sind keine unendlichen Ressourcen“

Der Deutsche Ethikrat ist ein interdisziplinär zusammengesetztes, unabhängiges Beratungsgremium, das sich 2008 als Nachfolgegremium des Nationalen Ethikrats gebildet hat. Er setzt sich mit ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie den Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft auseinander.

Der Jurist Prof. Dr. Steffen Augsberg ist Mitglied des Deutschen Ethikrats. **Im Interview mit ersatzkasse magazin.** wirft er einen Blick auf die Herausforderungen für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen im Zuge der Corona-Pandemie, auf die von der Politik getroffenen Maßnahmen sowie die ethischen Aspekte, die jeden Einzelnen betreffen.

bewundernswerte und keineswegs selbstverständliche Solidarität, die gerade zu Beginn der Krise zu beobachten war, keine unendliche Ressource ist. Deshalb ist Augenmaß bei Beschränkungen nicht nur ein Freiheits-, sondern auch ein Solidaritätsgebot. Ähnliches gilt für die Verantwortung. Sie betrifft unterschiedliche Akteure und ihr Zusammenwirken, darf aber nicht einfach unterstellt werden, sondern muss reflektiert und gegebenenfalls eingefordert werden.

Wie fällt Ihre bisherige Bilanz zum Umgang der Politik mit der Corona-Pandemie aus? Was ist gut gelaufen und woran üben Sie Kritik?

Wir wissen nach wie vor zu wenig über Ursachen und Folgen von Covid-19. Aus dieser Unsicherheit resultieren Beurteilungsprobleme. Aber selbst wenn im Nachhinein erkannt wird, dass Beschränkungsmaßnahmen unverhältnismäßig waren, bedeutet das nicht, dass sie nicht zu Beginn – im Sinne eines Vorsichtsarguments – berechtigt waren. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, den Status quo immer wieder infrage zu stellen. Deshalb sind auch partielle, wenn man so will experimentelle, Öffnungen sinnvoll. Hier wurden sicher die Möglichkeiten, die der Föderalismus bietet, nicht hinreichend genutzt. Stattdessen wurde zu stark auf eine – kompetenziell nicht vorgesehene – zentrale Steuerung durch die Bundesregierung gesetzt. Vorteilhaft wäre es auch gewesen, anstelle einer bisweilen unklaren und zudem variierenden Zahlenfixiertheit früher materielle und verfahrensbezogene Kriterien zu entwickeln, um Wege aus dem Lockdown aufzuzeigen. Dabei hätte die Politik noch stärker den Dialog mit den Bürgern suchen können. Nicht nur, um Akzeptanz zu erhöhen, sondern auch, um das in der Gesellschaft vorhandene Innovationspotenzial zu erschließen.

Minimierung der Kontakte, Abstandsregelungen, Schließungen von Kitas und Schulen, Sportstätten, Geschäften und vieles mehr – wie ordnen Sie die bislang getroffenen politischen Maßnahmen und Entscheidungen aus ethischer Sicht ein? Und wann stößt die Gesellschaft an ihre Belastungsgrenze?

Mir erscheinen hier zwei teilweise widersprüchliche Aspekte besonders hervorhebenswert: Erstens gab und gibt es in der Politik das erkennbare Bemühen, einheitliche und

Die Politik hätte noch stärker den Dialog mit den Bürgern suchen können.

Deutscher Ethikrat

Die konstituierende Sitzung des beratenden Gremiums der Bundesregierung und des Bundestags fand am 11. April 2008 im Berliner Reichstag statt. Durch das Ethikratgesetz erhielt der Deutsche Ethikrat den gesetzlichen Auftrag, ethische, gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Fragen zu verfolgen und die Folgen für Individuum und Gesellschaft abzuschätzen. Mit seinen Stellungnahmen und Empfehlungen gibt der Deutsche Ethikrat Orientierung für die Gesellschaft und die Politik zu den großen Fragen des Lebens. Die Mitglieder des Ethikrates werden vom Präsidenten des Deutschen Bundestages ernannt.

dauerhafte Lösungen zu präsentieren. Daher rührt wohl auch der anfängliche Widerwillen gegenüber regionalen Differenzierungen. Im Grunde ist das aber eine von vornherein schwierige, um nicht zu sagen illusorische Vorstellung. Es wäre besser gewesen, den Bürgern zu erklären, dass das unvollständige, aber sich verändernde und verbessernde Wissen Anpassungen verlangt und dass das kein Scheitern bedeutet, sondern zum notwendig tastenden Vorgehen gehört. Zweitens fehlt aber eine Regelungskohärenz. Wann und warum bestimmte Beschränkungsmaßnahmen eingeführt bzw. wieder gelockert wurden, ist oft schwer verständlich. Bisweilen kann man sich kaum des Eindrucks erwehren, lautstarke, gut organisierte Gruppen würden gegenüber stilleren, aber nicht minder belasteten bevorzugt. Das gefährdet unter anderem auch die Regelungsakzeptanz und die Mitwirkungsbereitschaft der Bevölkerung.

Die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Bevölkerung nicht mit Maßnahmen zu überfordern, haben Sie als ethischen Basiskonflikt beschrieben. Hat in der Coronakrise eine gerechte Abwägung zwischen den konkurrierenden moralischen Gütern stattgefunden?

Alles in allem können wir zufrieden sein. Es ist gelungen, einerseits die schlimmsten Be- und Überlastungsszenarien, insbesondere im Gesundheitssystem, zu vermeiden, und andererseits nicht so weitgehende Freiheitsbegrenzungen vorzunehmen, wie das in einigen Nachbarländern für erforderlich erachtet wurde. Missglückt war sicherlich die Handhabung der Masken: Hier hätte früher auf deren (wenngleich begrenzten) Schutzeffekt gesetzt werden sollen. Das hätte geholfen, weiterreichende Einschränkungen zu vermeiden. Ob man ansonsten noch großzügiger hätte sein können, etwa mit Blick auf Kitas, Kindergärten und Schulen, wird noch zu debattieren sein, und dabei spielen dann natürlich auch die Erfahrungen aus anderen Staaten eine Rolle. Im Nachhinein ist man aber, wie gesagt, immer schlauer.

Was entgegnen Sie den Verschwörungstheoretikern oder den Menschen, die an Hygiene-Demos teilnehmen, um ihren Protest an den Einschränkungen zu zeigen? Ist die Corona-Pandemie eine Belastungsprobe für die Demokratie?





Unsere Gesellschaft braucht Widerstandsgeist.



Das Schwarz-weiß-Denken ist schwierig. Und zwar nicht nur aufseiten der Demonstranten, sondern auch ihnen gegenüber. Natürlich gibt es hochproblematische Verhaltensweisen. Aber pauschale Verurteilungen und Beschimpfungen („Covidioten“) sind ebenfalls bedenklich. Zu protestieren ist legitim, in gewisser Hinsicht angesichts der massiven Freiheitsbeschränkungen sogar naheliegend und normal. Es wäre doch ein eigenartiges Untertanentum, das alles schlicht hinzunehmen. Unsere Gesellschaft braucht Widerstandsgeist, selbst heftigen Widerspruch. Eine rechtsstaatlich verfasste Demokratie misstraut auch der Mehrheit. Die Meinungs- und Versammlungsfreiheit, Grundrechte insgesamt, schützen zu Recht primär nicht die, die mit dem, sondern die, die gegen den Strom schwimmen. Wenn man sich das vor Augen hält, muss man um unsere Demokratie keine Angst haben. Wir haben eher zu wenig als zu viel Pluralismus, und die überschießenden Effekte halten wir aus.

Wie nehmen Sie den Umgang mit der Corona-Pandemie im globalen Kontext wahr? Wo lauern die Gefahren, wo sehen Sie Vorbilder?

Hier gibt es erst recht massive Unklarheiten, insbesondere mit Hinblick auf die Schwellenländer und den sogenannten Globalen Süden. Es steht zu befürchten, dass dort die schlimmsten Folgen noch ausstehen. Neue Spannungen, etwa im Verhältnis USA/China, sind ja auch bereits zu beobachten. Sorgen bereitet mir ferner, wie sich die beginnende weltweite Rezession, die schon bei uns schwer genug zu ertragen sein wird, auf die ärmeren Länder auswirkt. Positiv ist aber der zu beobachtende besondere Zusammenhalt, weil wir intensiver kommunizieren, stärker aufeinander achten und bereit sind, voneinander zu lernen.

Personen, die Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufweisen oder Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person hatten, werden unter eine 14-tägige Quarantäne gestellt. Wie lässt sich das mit Blick auf die Einschränkung der Persönlichkeitsrechte rechtfertigen, wo liegt hier die rote Linie?

Beschränkungen gegenüber Personen, die aufgrund der genannten oder anderer Faktoren nachweislich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellen, sind relativ unproblematisch zu

legitimieren. Schwieriger ist es, wenn es trotz des beim Einzelnen statistisch verschwindend geringen Risikos zu einem umfassenden, alle erfassenden Lockdown kommt, der in unzähligen Fällen individuell desaströse Folgen hat. Das kann man nur pragmatisch rechtfertigen, weil es nicht möglich ist, die Gefährdungsszenarien konkreter zu untersuchen, und deshalb ein effektiver Infektionsschutz eine Art „Generalverdacht“ erlaubt und verlangt. Offenkundig ist das aber ein problematisches Vorgehen, da in den allermeisten Fällen eben gerade keine tatsächliche Gefahr vorliegt. Das erklärt letztlich auch die aktuellen Debatten um den „Immunitätsausweis“: Wer nachweislich weder sich noch andere gefährdet, entzieht sich dieser Begrenzungslogik. Hier muss also, wenn bestehende Beschränkungen dennoch aufrechterhalten werden sollen, eine alternative, mindestens ebenso gewichtige Begründung erfolgen.

Apps zur digitalen Nachverfolgung von Infektionsketten sind auf dem Vormarsch. Wie bewerten Sie die Datenschutzfrage – und ist eine Aushebelung des Prinzips der Freiwilligkeit möglich?

Es ist zumindest erstaunlich, dass wir einerseits bei zahlreichen anderen, keinesfalls weniger wichtigen Grundrechten zu vorbildlos weitgehenden und umfassenden Beschränkungen bereit sind, andererseits aber viele meinen, der Datenschutz müsse auch in der Krise uneingeschränkt gewährleistet sein. Ob wir das Freiwilligkeitsprinzip antasten dürfen oder sollten, ist damit noch nicht gesagt. Aber es gibt ein legitimes Interesse daran, Infektionswege möglichst rasch und genau nachvollziehen zu können.

Kommen wir zur Triage – also der ärztlichen Entscheidung, bei welchen Patienten sich angesichts knapper medizinischer Ressourcen eine Behandlung lohnt. Können Sie den schwierigen Konflikt für Ärzte bei der Beurteilung von Covid-19-Patienten beschreiben? Während in Deutschland dieses Schreckensszenario ausgeblieben ist, stieß das italienische Gesundheitswesen an genau diese Grenzen.

Der Begriff Triage umschreibt ein Verteilungsverfahren, wenn überlebenswichtige Ressourcen nicht für alle, die sie benötigen, vorhanden sind. Das sind tragische Entscheidungen. Wir haben in Deutschland erstens

Glück gehabt, dass uns die Krise erst mit Verzögerung erreicht hat und wir deshalb mehr Vorbereitungszeit hatten. Zweitens war das Gesundheitssystem besser aufgestellt als in einigen Nachbarländern. Drittens ist es durch Beschränkungsmaßnahmen gelungen, die Zahl der zu Versorgenden auf einem handhabbaren Niveau zu halten. Anderenfalls hätten wir schwer auszuhaltende Situationen erlebt – auch, weil eine Spannung besteht zwischen der auf der Gleichheit aller Menschen basierenden Rechtsordnung und hiervon unter Umständen abweichender moralischer Intuition und Reflexion.

Viele Teilkonflikte sind im Verlauf der Krise sichtbar geworden, zum Beispiel die Frage danach, wer Unterstützung aus den Rettungsschirmen erhält. Was ist zum Wohle aller gerecht, sinnvoll, zumutbar und ethisch vertretbar?

Das ist so abstrakt kaum zu bestimmen. Die Unterstützungsmaßnahmen zielen ja vor allem darauf, schlimmere Folgen zu verhindern. Man kann allerdings bei einigen Branchen die Frage stellen, ob die Krise nicht einen allgemeinen Niedergang nur verstärkt oder vorwegnimmt. Ich denke hier an Reisebüros, aber auch, für Deutschland besonders schwierig, die zuletzt bereits gebeutelte Autoindustrie. Ähnliche Bedenken stellen sich im Übrigen mit Blick auf die Unterstützung strukturell problematischer Volkswirtschaften.

Wie bewerten Sie den Umgang mit Medizinern und insbesondere Pflegekräften, die schon lange bessere Arbeitsbedingungen und mehr Wertschätzung fordern? Glauben Sie, diese Belastungsprobe schafft mehr Anerkennung in der Zukunft?

Mediziner können sich über eine unzulängliche gesellschaftliche Wertschätzung nicht beklagen und ihre Arbeitsbedingungen wurden in den vergangenen Jahren signifikant verbessert. Für die Pflegekräfte gilt das so nicht. Größere Veränderungen sind aber leider angesichts der weiterhin bestehenden Sachzwänge kaum zu erwarten. Wir erfahren ja nicht erst jetzt, wie wichtig diese Berufe sind, und dennoch ist bislang wenig passiert.

Ende März 2020 stellte der Deutsche Ethikrat Empfehlungen für eine Rückkehr in den normalen Alltag vor. Inwieweit hat die



Der Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Steffen Augsberg ist seit 2016 Mitglied des Deutschen Ethikrats. Zu seinen Schwerpunkten zählt dort die übergreifende Betrachtung von verfassungsrechtlichen, demokratiethoretischen und ethischen Fragestellungen. Er war unter anderem Sprecher der Arbeitsgruppe „Big Data“, der Arbeitsgruppe „Tierwohlhaltung“ und der Arbeitsgruppe „Solidarität und Verantwortung in der Coronakrise“. Seit April 2013 hat er die Professur für Öffentliches Recht an der Justus-Liebig-Universität Gießen inne. Der am 13. September 1976 geborene Jurist studierte von 1995 bis 2000 Rechtswissenschaft an den Universitäten Trier und München. Es folgten die Promotion zum Dr. iur. an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (2002) und die Habilitation an der Universität zu Köln (2011). Von 2011 bis 2013 war er Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, insbesondere Recht des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes.

Bundesregierung die Empfehlungen des Ethikrates berücksichtigt?

Die Ad-hoc-Empfehlung sollte eine breitere gesellschaftliche Debatte über „Öffnungsperspektiven“ anstoßen. Wichtig war uns auch, zu betonen, dass politische Entscheidungsträger auf Experten hören sollten, ihnen aber nicht hörig sein dürfen. Sie müssen zahlreiche Stimmen und Positionen berücksichtigen. Dessen eingedenk meine ich schon, dass wir mit unseren Sachargumenten Gehör gefunden haben.

Ist eine Rückkehr zum gesellschaftlichen Leben, wie wir es vor Corona kannten, noch denkbar?

Zunächst wird der Sommer den Eindruck zurückgewonnener Normalität verstärken. Im Freien kann man sich einfach viel unbesorgter verhalten. Das Leben nach der Krise wird dennoch anders sein. Vieles, was selbstverständlich war, wird nicht einfach so wieder zur unhinterfragten Routine werden. Manches wird dauerhaft mit einem schlechten Gefühl belastet sein. Die Re-Normalisierung wird in unterschiedlichen Lebensbereichen sehr unterschiedlich erfolgen.

Denken Sie, dass die Coronakrise auch eine Chance für die Gesellschaft ist? Im Hinblick etwa auf die Themenfelder Klimaschutz, Digitalisierung, Mobilität?

Auch das ist differenziert zu betrachten. Einiges wird einfacher, anderes deutlich schwieriger werden. Das zeigen die genannten Themenfelder: Der Klimaschutz steht vor dem Problem, dass durch die Wirtschaftskrise die Handlungsspielräume deutlich kleiner werden. Die unter Klimaschutzaspekten eingeforderte reduzierte Mobilität wurde krisenbedingt erreicht; andererseits stieg die Bedeutung des Individualverkehrs im Vergleich zu öffentlichen Verkehrsmitteln. Dank der Digitalisierung funktioniert vieles auch ohne persönliche Anwesenheit. Ob dieser Effekt von Dauer ist oder relativ schnell wieder abnimmt, ist offen. Allgemein sollten wir die Erfahrungen der Krise nutzen, um über grundlegende normative Fragen unserer Gesellschaft, etwa den Sinn absoluter Grenzen, die sachliche, personelle und territoriale Reichweite von Solidarität, ihr Verhältnis zu Gerechtigkeitsforderungen, die individuelle und kollektive Risikobereitschaft (oder -aversion), weiter nachzudenken. ■



CORONA-APP

Zum Schutz der Gemeinschaft

Viele Hoffnungen werden in die Corona-Warn-App der Bundesregierung gesetzt. Sie soll helfen, die Kontakte einer mit Corona infizierten Person zu identifizieren, die Ansteckungen möglichst schnell und genau nachzuverfolgen und die Infektionskette zu unterbrechen. Die App soll freiwillig sein, den geltenden Datenschutzbestimmungen entsprechen und ein hohes Maß an IT-Sicherheit gewährleisten.

Um einer weiteren Ausbreitung von Covid-19 vorzubeugen, soll die App den „digitalen Handschlag“ zweier Smartphones dokumentieren. Mit der Technik Bluetooth Low Energy misst sie den Abstand zwischen Personen und ermöglicht, dass sich das Smartphone die Kontakte anonym merkt. Dafür tauschen die Geräte untereinander temporäre verschlüsselte Identitäten aus. Werden Nutzer der App positiv auf das Coronavirus getestet, können sie auf freiwilliger Basis ihre Kontakte durch die App informieren lassen. Dabei werden die verschlüsselten Identitäten des Infizierten allen Mobiltelefonen der App-Nutzer zur Verfügung gestellt. Die Geräte können daraufhin überprüfen, ob sie mit den übermittelten Identitäten in Kontakt waren. Im Falle einer Übereinstimmung wird der Nutzer über den kritischen Kontakt gewarnt.

Aus Sicht der Bundesregierung dient die App dem Schutz und der Gesundheit der Gemeinschaft. Besonders schnelle Information über eine potenzielle Ansteckung sei das aktuell beste Mittel, um das Coronavirus einzudämmen. Kanzleramtsminister Helge Braun und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hoffen, dass die Tracing-App in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz findet. Denn: „Die Nutzung der App durch möglichst große Teil der Bevölkerung ist die Grundlage ihres Erfolgs.“ Sie werben auch für die integrierte Möglichkeit, Daten zur epidemiologischen Forschung und Qualitätssicherung freiwillig in pseudonymisierter Form an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln, um perspektivisch möglichst zielgenaue Quarantäne auszulösen.

Gesetzt wird auf eine dezentrale Softwarearchitektur, entwickelt von den Unternehmen SAP und Deutsche Telekom. Die Fraunhofer-Gesellschaft und das Helmholtz-Zentrum für Informationssicherheit (CISPA)

stehen beratend zur Seite. Um die notwendigen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten, wurden das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) von Beginn an eingebunden. Google und Apple stellen Bluetooth-Schnittstellen zur Verfügung, um eine flächendeckende Nutzung mit neueren Smartphones der gängigen Betriebssysteme iOS und Android zu ermöglichen und im Sinne der Interoperabilität beispielsweise anderen europäischen Tracing-Apps die Anbindung an das System zu ermöglichen. *pm*

Corona-App der Bundesregierung

Stand: 11. Juni 2020



Quelle: Eigene Darstellung nach Mitteilung 137/2020 vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung



BIBLIOTHEK

RATGEBER

Rechte und Leistungsansprüche

Die Broschüre informiert über alle Rechte und Leistungsansprüche Schwerbehinderter in allen wesentlichen Lebensbereichen: Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften (Feststellungsverfahren, Begutachtung, Nachuntersuchung), Merkzeichen und Schwerbehindertenausweis, berufliche und steuerliche Nachteilsausgleiche, Erleichterungen im Zusammenhang mit dem Autofahren, Nachteilsausgleich im öffentlichen Nahverkehr sowie Wohnvorteile (barrierefreies Wohnen, Wohnraumförderung). Zahlreiche Tipps, Muster und Übersichten verdeutlichen die Erläuterungen.



Werner Keggenhoff und Dr. Willi Tappert; Sozialverband VdK Bayern (Hg.)
Meine Rechte bei Schwerbehinderung – Antrag auf Feststellung der Behinderung – Vergünstigungen
 2. Auflage 2019, 48 S., € 5,90
 Verlag C. H. Beck, München

PRAXISLEITFADEN

Vergütungsverhandlungen nach SGB XI/XII

Der Autor erläutert unter umfassender Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung und mittels zahlreicher Beispiele und Mustertexte das Pflegesatzverfahren nach dem SGB XI und dem SGB XII. Darüber hinaus stellt er die Vergütungsverhandlung für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege nach dem SGBV dar. Praxistipps ergänzen die prägnante und kompakte Darstellungsweise und liefern die entscheidenden Argumente für das Führen von Vergütungsverhandlungen.



Ralf Kaminski
Die Pflegesatzverhandlung – Praxisleitfaden für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
 2. Auflage 2020, 219 S., € 29,80
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

SYNOPSIS

Eingliederungshilfe im SGB IX

Seit 1. Januar 2020 gilt die 3. Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) – die neue Eingliederungshilfe im SGB IX. Die absatzgenaue Gegenüberstellung von bisherigen Vorschriften im SGB XII und neuen Regelungen in Teil 2 des SGB IX gibt einen Sofort-Überblick über altes und neues Recht. Die Hervorhebung der Änderungen zeigt: Inwieweit werden bestehende Regelungen übernommen? Wie ist die Beziehung zwischen altem und neuem Recht? Was gilt ab 2020? Die Gesetzesbegründung zum jeweiligen Paragraphen erläutert Neuerungen, führt Definitionen aus und gibt Hinweise zur Umsetzung des neuen Rechts.



Thomas Knoche
Bundesteilhabegesetz Reformstufe 3: Neue Eingliederungshilfe – Vergleichende Gegenüberstellung/Synopsis
 2019, Bearbeitungsstand: 15. Juli 2019, 288 S., € 34,95
 Walhalla Fachverlag, Regensburg

Ergänzende Gesetze von A-Z

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

GAZ – SV
 90. Lfg., 12/2019. Gesamtwerk in einem Ordner, € 149
 Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Umzug und Trennungsgeld

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

Rolf Biel
Umzugskostenrecht des Bundes
 103. Lfg., 10/2019, 252 S., € 79,90. Gesamtwerk 2.886 S. in zwei Ordnern, € 99 bei Fortsetzungsbezug, € 259 bei Einzelbezug, Digitalausgabe für 1–2 Nutzer im Jahresabonnement € 209 (inkl. Updates)
 Verlag Reckinger, Siegburg

Grundsicherung für Arbeitsuchende

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

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)
SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende
 6. Lfg., 09/2019, € 62,80; 7. Lfg., 10/2019, € 62,60; 8. Lfg., 12/2019, € 66,80. Gesamtwerk 5.584 S. in vier Ordnern, € 136
 Erich Schmidt Verlag, Berlin

GESUNDHEITSVERSORGUNG

Digitaler Wandel

Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen werden durch die Digitalisierung in den nächsten zehn Jahren mehr Veränderung erfahren als in den 100 Jahren zuvor. Was heute sektorenübergreifende Versorgung ist, wird in den kommenden Jahren zu Schlüsselbereichen der Vernetzung unseres Gesundheitswesens. Daher müssen jetzt die Weichen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung gestellt werden. Experten aus Versicherungswirtschaft, Versorgungsforschung und Gesundheitsversorgung präsentieren die wesentlichen Handlungsfelder und Optionen im digitalen Wandel des Gesundheitssystems.



Dr. med. Jens Baas (Hg.)
Die Zukunft der Gesundheit – vernetzt, digital, menschlich
2019, X, 305 S., € 59,95
MWW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

PRAXISLEITFADEN

Umsetzung des Expertenstandards

Das Buch bietet alle wichtigen Aspekte für die erfolgreiche Umsetzung des neuen Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Der Autor beginnt mit der Frage, was Beziehung im Kontext des Standards überhaupt bedeutet und stellt dabei die Haltung der Einrichtung gegenüber den Betroffenen dar. Wie kann man Haltung und Wohlbefinden erfragen und bemessen? Der Praxisleitfaden hilft bei der Umsetzung des Expertenstandards in allen Settings. Beispiele gelungener Beziehungsgestaltung und ihre Integration in den Alltag erleichtern die tägliche Arbeit.



Bernhard Langner
Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz – Praxisleitfaden zum Expertenstandard
2020, XI, 166 S., E-Book, € 26,99
Springer-Verlag, Berlin

RATGEBER

Krebsrisiko verringern

Die Diagnose Krebs schockiert – obwohl heute mehr als die Hälfte der Patienten auf dauerhafte Heilung hoffen können, empfinden sie zunächst Hoffnungslosigkeit. Ein Patentrezept für ein Leben ohne Krebs gibt es nicht, aber mit Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen lässt sich das Risiko signifikant senken. Und je früher ein Tumor erkannt wird, desto eher kann er behandelt werden. Was die Forschung heute über Krebserkrankungen weiß, hat Dr. Andrea Flemmer verständlich zusammengefasst. Ihr Appell an die Leser: sich selbst beobachten und regelmäßige Vorsorgemöglichkeiten in Anspruch nehmen!



Dr. Andrea Flemmer
Der Anti-Krebs-Ratgeber: Krebsrisiko senken, Warnsignale erkennen, Alle Heilungschancen nutzen
2019, 184 S., € 19,99
humboldt / Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Rechte behinderter Menschen

Das Sozialgesetzbuch IX hat die Situation behinderter Menschen wesentlich erleichtert. Die vom Gesetzgeber seitdem mehrfach ergänzten und geänderten Vorschriften werden von kompetenten Autoren aus dem Bereich Rechtsprechung und Verwaltung fundiert und praxisorientiert kommentiert. Das Werk erleichtert das Verständnis der Vorschriften und bietet verlässliche Hilfe für ihre Anwendung.

Dr. Dagmar Oppermann (Hg.)
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
43. Lfg., 10/2019, € 63,60. Gesamtwerk 4.602 S. in drei Ordnern, € 108
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Arztthaftpflicht in der Praxis

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

Eva Ohlsberg (Hg.)
Arztthaftpflicht-Rechtsprechung (AHRs), Teil III
2. Lfg., 11/2019, € 39,20; 3. Lfg., 12/2019, € 57. Gesamtwerk 8.888 S. in sechs Ordnern, € 186
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Kommentar zur Arbeitsförderung

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

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)
SGB III – Arbeitsförderung
6. Lfg., 11/2019, € 63,80; 7. Lfg., 12/2019, € 61,60. Gesamtwerk 4.900 S. in drei Ordnern, € 254
Erich Schmidt Verlag, Berlin



Sommerreise

Mit wogenden Weizenfeldern, an deren Säumen roter Klatschmohn in die Sonne blinzelt, hat der Sommer Einzug gehalten. Die schönste Zeit des Jahres vertreibt manch trüben, melancholischen, verzweifelten oder auch panischen Gedanken der zurückliegenden Monate, als es noch keine Vorstellung davon gab, wie dieser Sommer sein würde. Auch jetzt bleibt vieles vage. Die Angst vor einer zweiten Welle, der Umgang mit psychischen und finanziellen Belastungen, das Fragezeichen hinter lang gehegten Urlaubsplänen, die Suche nach Normalität.

Und doch ist nun ein zaghafter Aufbruch spürbar. Auch im übertragenen Sinne haben wir eine Sommerreise angetreten, weg von Shutdown und Stillstand hin zu einem etwas fröhlicheren, freieren Lebensgefühl. In gewisser Weise ist unsere Sommerreise die lebensbejahende Umkehrung von Franz Schuberts „Winterreise“, die durch düster-kalte (Seelen-) Landschaften führt. Der Sommer ist eine Kraftquelle, die neue Energien freisetzt.

Doch viel Kraft steckt auch in den Menschen selbst – das darf nicht vergessen werden! Erste Studienergebnisse liegen zur psychischen Stabilität vor, also der Resilienz der Bevölkerung in der aktuellen Pandemielage. Aus der gemeinsamen COSMO-Studie der Universität Erfurt, des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung und weiterer Institutionen geht hervor, dass die Fähigkeit, Krisen zu überstehen, bei dem größeren Teil der deutschen Bevölkerung gut ausgeprägt sei. Befragt wurden insgesamt 3.000 Personen. Über die psychischen Faktoren, die in der Krise für Stabilität sorgen, ist wenig bekannt. Allerdings scheint die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen nicht angeboren zu sein, sondern es ist ein dynamisches Verhalten, dass er erlernen, aber auch wieder verlernen kann.

Nun gibt es eine Vielzahl an allgemeinen Ansätzen, Resilienz zu trainieren. Stressmanagement gehört dazu, genauso wie Entspannungstraining. Aber jeder und jede kann einmal selbst die bisherige Krise Revue passieren lassen und nachverfolgen, was geholfen hat, wenn beispielsweise die Einsamkeit aufkam. Was wären wir gewesen ohne die vielen Telefonate oder den Skype-Plausch, ohne die Übungsleiterin, die ihren Sportkurs ins Internet verlegte und eine vertraute Atmosphäre schaffte? Es gibt sicher viele persönliche Beispiele, die zeigen, dass viel Durchhaltevermögen in uns allen steckt.

In diesem Sinne: Kommen Sie gut durch den Sommer und bleiben Sie gesund!

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Dr. Tanja Glootz

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin

Tel. 030/2 69 31-12 05

Fax 030/2 69 31-29 00

redaktion@vdek.com

www.vdek.com/magazin

[@vdek_Presse](#)

Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH

Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg

www.ressourcenmangel.de

Repro und Druck

X-PRESS Grafik & Druck GmbH

Nunsdorfer Ring 13 | 12277 Berlin

www.x-press.de

Erscheinungsdatum

Juni 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)