4. AUSGABE 2020

DIE ZEITSCHRIFT DES VERBANDES DER ERSATZKASSEN E. V. SEIT 1916

ersatzkasse magazin.

G 20634

100. Jahrgang

In Krisenzeiten besonders stark

Interview mit Ortwin Schulte von der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU

Wandel durch Corona

Einfluss auf Digitalisierung, Politik und Soziales

Schutzimpfungen am Arbeitsplatz

Bundesweiter Vertrag schließt Lücken

Deutsche EU-Ratspräsidentschaft

Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft ist geprägt von Corona. Daneben stehen weitere gesundheitspolitische Themen auf der Agenda, von der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung bis hin zur Stärkung der Rolle der Europäischen Union (EU) in der globalen Gesundheit

vdek
Die Ersatzkassen

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

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

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

Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 74 a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-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
Schleinufer 12
39104 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 65 16-0
Fax: 03 91/5 65 16-30
lv-sachsen-anhalt@vdek.com

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

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

vdek
Die Ersatzkassen

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Sommerzeit – Urlaubszeit – Reisezeit. Entspannung ist da angesagt, wäre da nicht das Coronavirus, welches den Drang nach Freiheit und Ausgelassenheit deutlich dämpft. Steigende Infektionszahlen zeigen, dass die Corona-Pandemie längst nicht überwunden ist, Virologen und Gesundheitspolitiker warnen bereits vor einer neuen Infektionswelle in Deutschland. Die Regierung zieht die Zügel wieder straffer, vielerorts werden die Sanktionen verschärft, etwa Bußgelder erhöht, wer sich weigert, Masken in Bus und Bahnen zu tragen. Und für Urlaubsrückkehrer aus Risikogebieten verordnete die Bundesregierung eine Testpflicht.

Einen zweiten kompletten Lockdown kann sich Deutschland nicht leisten. Dies gilt nicht nur für die wirtschaftlichen, sondern auch für die (psycho-)sozialen Folgen. Denn Studien zeigen, dass die Pandemie das Problem der sozialen Ungleichheit noch verstärkt, wie Prof. Gerd Glaeske von der Uni Bremen beschreibt. Zwar macht das Virus keinen Unterschied zwischen Arm und Reich, aber bei sozial schwachen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die schon vor der Pandemie unter schwierigen Lebens- und Bildungslagen litten, sind die psychosozialen Belastungen nun besonders hoch.

Der Politikwissenschaftler Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte analysiert in *ersatzkasse magazin.*, was das Virus mit der Gesellschaft macht und was dies für das Politikmanagement bedeutet. Corona sei ein Ungleichheits-Virus, das keineswegs alle gleichermaßen träfe, es offenbare die Reparaturbedürftigkeit der Gesellschaft. Aufgabe der Politik sei es, Vertrauen zu stabilisieren. Sicherlich hilfreich ist dabei, dass die Krise für den Bürger auch sehr wahrnehmbare positive Effekte mit sich bringt, etwa bezogen auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens. „Wir erleben die Stunde der digitalen Gesundheit, in der der Nutzen digitaler Anwendungen für Patienten und Ärzte erstmals sichtbar wird“, so Prof. Dr. Jörg F. Debatin vom health innovation hub.

Auch auf europäischer Ebene stellt die Corona-Pandemie die Mitgliedstaaten vor enorme Herausforderungen, vor allem Deutschland. Denn Deutschland hat seit dem 1. Juli 2020 für sechs Monate die EU-Ratspräsidentschaft übernommen. Auch hier geht es darum, Vertrauen aufzubauen, europäische Solidarität zu zeigen und „Gemeinsam. Europa wieder stark (zu) machen“, so das Motto. Gesundheitspolitisch hat sich Deutschland vier Schwerpunkte gesetzt, wobei die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln eine zentrale Bedeutung hat. Lieferengpässe vermeiden, mehr Unabhängigkeit von den Weltmärkten erreichen. Im Interview mit *ersatzkasse magazin.* erläutert Ortwin Schulte, Leiter des Referats Gesundheit in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU, die Strategie der Bundesregierung, Europa wieder ein Stück stärker, gerechter und nachhaltiger zu machen.

In der Krise liegt also auch immer eine Chance, wie die Autorenbeiträge zeigen. Nutzen wir diese und verspielen sie nicht durch unnötigen Leichtsinn im Umgang mit Corona. AHA ist angesagt: Abstand, Hygiene, Alltagsmasken, meint

Ihre

Michaela Gottfried

Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek

Inhalt
4. Ausgabe 2020

POLITIK

Broschüre: vdek-Basisdaten erschienen 6
Aktuelle Gesetzesvorhaben 8
Bundesrechnungshof: Einheitliche Aufsicht 9
Corona: Nationale Teststrategie 10
Außerklinische Intensivpflege 11
Schutzimpfungen am Arbeitsplatz 12
Medikationsfehler vermeiden 14
Neue Kaiserschnitt-Leitlinie stärkt Schwangere 16
Pflegeberatung stößt auf große Zufriedenheit 18
Einwurf: Das Leben mit dem Virus 19

AUS DEN KASSEN

Zeitarbeit: Chance oder Risiko? 20

IM FOKUS WANDEL DURCH CORONA

Stunde der digitalen Gesundheit 24
Politikmanagement beim Corona-Schock 26
Soziale Ungleichheit in Zeiten von Corona 28

TITEL DEUTSCHE EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT

Präsidentschaft in herausfordernden Zeiten 32
Auf die eigentliche Stärke besinnen 34
Reichweite der EU-Gesundheitspolitik 35
Statements: Gesundheitspolitische Erwartungen 38
Lieferengpässe: Ein (noch) ungelöstes Problem 40
Interview mit Ortwin Schulte 42

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek 45
PS: Lerneffekte 46

31

TITELTHEMA

Deutsche EU-Ratspräsidentschaft

Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft reicht weit über eine reine „Corona-Präsidentschaft“ hinaus. In wirtschaftlicher, sozialer und gesundheitspolitischer Hinsicht will Deutschland den Weg in eine dauerhaft stabile und erfolgreiche Zukunft der Europäischen Union (EU) weisen. Das ist eine Mammutaufgabe, die auch die historische Chance in sich birgt, Europa im Angesicht der Krise zu einen. An einem Strang zu ziehen, ist auch bei den gesundheitspolitischen Vorhaben gefragt – angefangen bei der Verbesserung des EU-Krisenmanagements über die Stärkung der Arzneimittelversorgung bis hin zur Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraumes.

INTERVIEW

„In Krisenzeiten ist die EU besonders stark“

Einblicke in seine Arbeit unter Pandemiebedingungen gibt Ortwin Schulte, Leiter des Gesundheitsreferates in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union (EU), im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Lobende Worte findet er für das Krisenmanagement der EU und die grenzüberschreitend geleistete Hilfe. Zudem sieht er in der Coronakrise die Chance, dass die EU-Mitgliedstaaten künftig auch bei anderen Gesundheitsfragen stärker kooperieren. Gesundheit sei in der EU lange nicht das Hauptthema gewesen.

42

24

IM FOKUS

Wandel durch Corona

Quasi über Nacht sind durch Corona neue Normalitäten entstanden. Das „new normal“ zeigt sich vor allem beim Thema Digitalisierung, aber längst nicht nur dort. Der Wandel ist auch bei den politischen Entscheidungen erkennbar. Politikwissenschaftler Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte schreibt über das Politikmanagement in Zeiten des Corona-Schocks. Die Pandemie hat aber auch die soziale Ungleichheit verstärkt. Entschiedenes Gegensteuern ist geboten, Präventionsmaßnahmen müssen hier an Bedeutung gewinnen.

ONLINE-SOZIALWAHLEN 2023

Ersatzkassen beschließen Satzungsänderungen

Die Soziale Selbstverwaltung der Ersatzkassen macht den Weg frei für Online-Sozialwahlen 2023. Die Verwaltungsräte von TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK haben die notwendigen Satzungsänderungen für die Stimmabgabe via Internet beschlossen. Damit rückt die Einführung von Onlinewahlen bei den sechs Ersatzkassen ein gutes Stück näher. Nach dem Willen der Selbstverwaltung sollen die 22 Millionen Wahlberechtigten der Ersatzkassen in drei Jahren neben der Briefwahl erstmals auch online abstimmen können, wer ihre Interessen in den wichtigsten Entscheidungsgremien der Kassen vertritt.

„**Die Soziale Selbstverwaltung der Ersatzkassen ist bereit für die Modernisierung der Sozialwahl,** das machen die Beschlüsse aller sechs Verwaltungsräte einmal mehr deutlich. Die Wahl ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Selbstverwaltung und für mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen“, erklärte Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Der Bundestag hatte im Mai 2020 ein Gesetz beschlossen, wonach die gesetzlichen Krankenkassen 2023 erstmals im Rahmen eines Modellprojektes Online-Sozialwahlen durchführen können (7. SGB-IV-Änderungsgesetz). Die Reform ist zum 1. Juli 2020 in Kraft getreten. Den Satzungsänderungen der Ersatzkassen muss das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zustimmen. Bis zur Durchführung von Online-Sozialwahlen sind im Anschluss weitere Schritte nötig. Unter anderem muss eine Arbeitsgemeinschaft der Kassen gegründet werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) muss bis 30. September 2020 eine Rechtsverordnung und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) eine Richtlinie über die technischen Rahmenbedingungen und Datensicherheitskonzepte vorlegen. *pm*

Die aktuelle Zahl

23

Um so viel Prozent ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Verkehrsunfälle im Mai 2020 gegenüber Mai 2019 gesunken. So lag die Zahl der Verkehrsunfälle bei 181.000. Noch nie seit der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 war die Zahl in einem Mai so niedrig. Dies lasse sich auch auf das durch die Corona-Pandemie bedingte geringe Verkehrsaufkommen zurückführen.

VDEK

Weitere stellvertretende Vorsitzende

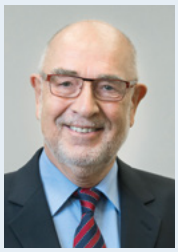


Foto: hkk

Foto: HEK

Von der Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) sind **Roland Schultze von der hkk** (Foto oben) und **Klaus Wonneberger von der HEK** (Foto unten) einstimmig zu zwei weiteren stellvertretenden Vorsitzenden des vdek gewählt worden. Die vdek-Mitgliederversammlung hatte zuvor beschlossen, die Anzahl der stellvertretenden Verbandsvorsitzenden um zwei zu erhöhen. Schultze ist seit 2011 alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der hkk und seit 2008 Mitglied im vdek-Gesamtvorstand. Wonneberger ist seit April 2019 Vorsitzender des HEK-Verwaltungsrates und Mitglied im vdek-Gesamtvorstand. Durch die neu gewählten Versichertenvertreter sind nun alle sechs Ersatzkassen im Verbandsvorsitz repräsentiert. Insgesamt besteht der Verbandsvorsitz aus dem Verbandsvorsitzenden (Uwe Klemens – TK) und nun fünf Stellvertretern (Thomas Auerbach – BARMER, Dieter Schröder – DAK-Gesundheit, Hansjürgen Schnurr – KKH, Roland Schultze – hkk, Klaus Wonneberger – HEK). *pm*

BROSCHÜRE

vdek-Basisdaten 2020 erschienen

Mehr als 73 Millionen Menschen waren Ende 2019 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, soviel wie nie zuvor. Einen Zuwachs gab es auch bei den Leistungsausgaben der GKV. Sie betrugen 2018 insgesamt 226,2 Milliarden Euro, ein Plus von 3,85 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Diese und weitere Informationen liefern die kürzlich erschienenen vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2020. Die 60-seitige Broschüre enthält Daten, Zahlen und Fakten zu den Themenbereichen Bevölkerung, Versicherte, Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung und soziale Pflegeversicherung, anschaulich aufbereitet in Diagrammen, Tabellen und Grafiken. *pm*

www.vdek.com unter Presse/Daten Gesundheitswesen

Einsicht des Monats

„Mitten in einer so schweren und beispiellosen Krise können wir nicht gegen unsere wichtigste internationale Gesundheitsorganisation arbeiten. Man muss jetzt alles tun, um eine gemeinsame Reaktion über die WHO zu stärken.“

EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides mit Blick auf die vor allem von der US-Regierung geäußerte Kritik an der Weltgesundheitsorganisation WHO im Zuge der Corona-Pandemie.

VDEK-ZUKUNFTSPREIS 2020

Projekte zur Verbesserung der Versorgung

Der Einsendeschluss für den vdek-Zukunftspreis 2020 rückt näher: Noch bis zum 15. September 2020 können Bewerber ihre Unterlagen für die Auszeichnung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) einreichen. Der Fantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt: Alle guten praxisnahen Ideen, Denkanstöße, Projekte und Konzepte, die die Versorgung verbessern – insbesondere mit Blick auf eine älter werdende Gesellschaft – sind willkommen. Für die besten Einreichungen winken Preisgelder von insgesamt 20.000 Euro. Über die Preisvergabe entscheidet im Herbst eine prominent besetzte Jury. Der vdek-Zukunftspreis ist eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Er wurde erstmals 2010 ausgelobt. Mit dem Preis möchten die bei den Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter Projekte und Ideen unterstützen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen. *pm*

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

IQTIG

Tätigkeitsbericht

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen vierten Tätigkeitsbericht veröffentlicht. Er informiert über die Auswirkungen der am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen neuen „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf die extern vergleichende Qualitätssicherung. Darüber hinaus nimmt der Bericht die 24 vom IQTIG im Auftrag des G-BA durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) im Regelbetrieb in den Blick. *pm*

www.iqtig.org unter Das IQTIG/Tätigkeitsbericht

HILFSMITTEL

Mehrkostenfreie Versorgung

80 Prozent der gesetzlich Versicherten erhalten eine mehrkostenfreie Hilfsmittelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Lediglich 20 Prozent zahlen durchschnittlich 117,75 Euro dazu. Zu diesem Ergebnis kommt ein Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die von gesetzlich Versicherten gezahlten Mehrkosten bei Hilfsmitteln.

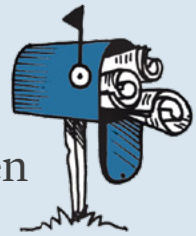
Ausgewertet wurden rund 95 Prozent der Abrechnungsdaten von Versorgungsfällen aus dem Jahr 2019; diese wurden kassenartenübergreifend und leistungserbringerneutral analysiert. Insgesamt handelt es sich um 29 Millionen Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabevolumen um die 8,6 Milliarden Euro. „Uns ist wichtig, dass unsere Versicherten für ihren Krankenkassenbeitrag eine hochwertige Hilfsmittelversorgung erhalten. Um hohe Qualität zu gewährleisten, schreiben wir das Hilfsmittelverzeichnis regelmäßig fort und berücksichtigen dabei auch den schnellen medizinisch-technischen Fortschritt“, so Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

In der öffentlichen Diskussion spielen Mehrkosten, die bei Hilfsmitteln von GKV-Versicherten selbst gezahlt werden, zu Recht immer wieder eine Rolle. Gemäß dem für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Sachleistungsprinzip sollen gesetzlich Versicherte eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten erhalten. Der Gesetzgeber hat lediglich eine Selbstbeteiligung als Zuzahlung von mindestens fünf Euro, höchstens aber zehn Euro für jedes Hilfsmittel vorgesehen. Gezahlte Mehrkosten sind also eine freiwillige Entscheidung der Versicherten. Versicherte haben bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit auch über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Ausstattungen bzw. Leistungen zu wählen, müssen dann aber entsprechende Mehrkosten selbst tragen. *pm*

www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung/Hilfsmittel/Mehrkostenbericht

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Corona: Testpflicht

„Inmitten einer Pandemie müsste der Start ins Schul- und Kitajahr minutiös geplant sein. Zuletzt aber hatte es den Anschein, dass manches erst in letzter Minute in die Tat umgesetzt wurde. Auf die Testpflicht für Reisende aus Risikogebieten etwa einigten sich Bund und Länder, als in Mecklenburg-Vorpommern schon die letzte Ferienwoche angebrochen war. Und tatsächlich getestet wird erst seit Samstag, während an diesem Montag schon in fünf Ländern die Kinder wieder im Klassenzimmer sitzen. Da nützt auch der Hinweis von Gesundheitsminister Spahn wenig, zuvor habe ja eine Quarantänepflicht bestanden.“

Süddeutsche Zeitung, 10.8.2020

Corona: Gesellschaft

„Niemand kann sich wirklich vorstellen, das öffentliche und wirtschaftliche Leben wieder derart ruhigzustellen wie damals. Am wenigsten können das wohl die verantwortlichen Politiker. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) beeilte sich zu sagen, dass die Geschäfte jetzt nicht gleich wieder geschlossen würden. Weder die Betroffenen noch der Staat könnten sich das leisten. Je länger die Pandemie dauert, desto mehr stehen nicht nur Menschenleben, sondern auch Existenzen auf dem Spiel.“

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 7.8.2020

Corona: Demonstrationen

„Es ist eine seit Jahrzehnten geübte Praxis, dass Versammlungen nur mit Auflagen genehmigt werden und Zeiten sowie Routen festgelegt werden. Halten sich die Demonstranten nicht daran, kann die Polizei die Veranstaltung auflösen. Das muss in Zeiten von Corona umso mehr gelten, schließlich geht es hier um mehr als nur um Verkehrsbehinderungen. Es geht um den Schutz von Leben und Gesundheit.“

Ruhr Nachrichten, 4.8.2020

ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

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

- Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll erleichtert werden. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation soll der Zugang nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen.
- Die Anbindung an die Grundlohnsumme für Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen wird ausgesetzt.
- Ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege wird eingeführt.
- Die Wünsche des Versicherten bezüglich des Versorgungsortes sollen berücksichtigt werden, sofern diese angemessen sind und die medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt ist oder durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden kann.
- Die Qualitätsanforderungen an die außerklinische Intensivpflege werden durch einheitliche Vorgaben deutlich erhöht.
- Bei Intensivpflegeversorgung in einer vollstationären Einrichtung übernehmen die Krankenkassen nicht nur medizinische Behandlungskosten, sondern auch Investitionskostenanteile sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- In ihrer Satzung können die Krankenkassen festlegen, dass diese Kosten auch fortlaufend übernommen werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nicht mehr besteht.

Kabinettsentwurf vom 12. Februar 2020

Geplantes Inkrafttreten: Herbst 2020

> Seite 11

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

- Versicherte haben ab 2021 den Anspruch, dass der behandelnde Arzt Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) einträgt. Ärzte erhalten hierfür eine Vergütung.
- Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Der Versicherte entscheidet, welche Daten dort gespeichert und gelöscht werden und wer Zugriff auf die Daten hat.
- Die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen zum Aufbau einer technischen Infrastruktur zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten wurde gestrichen. Stattdessen sind die Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Versicherten Komponenten zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe sie ihre Versichertenrechte mittels einer Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts wahrnehmen können.
- In der Telematikinfrastruktur (TI) dürfen nur ePA verwendet werden, die den Versicherten von den gesetzlichen Krankenkassen, von privaten Krankenversicherungen oder bestimmten sonstigen Einrichtungen angeboten werden.
- Im Laufe des Jahres 2021 wird allen Versicherten eine App zur Verfügung stehen, mit der sich das E-Rezept auf das Smartphone laden lässt.
- Ab 2022 können Versicherte über eine Vollmachterteilung ihre ePA durch eine andere Person verwalten lassen.
- Ab 2022 können auch der Impfausweis, der Mutterpass, das U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der ePA abgelegt werden.
- Ab 2022 können Versicherte Daten aus der ePA bei Kassenwechsel übertragen lassen.

Kabinettsentwurf vom 1. April 2020

Geplantes Inkrafttreten: Herbst 2020

Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze **(MTA-Reform-Gesetz)**

- Die Ausbildung zu den medizinisch-technischen Assistenzberufen soll reformiert werden.
- Die Berufsbezeichnung von Medizinisch-Technische Assistenten für Laboranalytik, Radiologie, Funktionsdiagnostik bzw. Veterinärmedizin in Medizinische Technologen für die jeweiligen Fachrichtungen wird geändert. Die vorbehaltenen Tätigkeiten sollen im bisherigen Umfang beibehalten werden.
- Das Ausbildungsziel in den jeweiligen Fachrichtungen soll modernisiert, weiter spezifiziert und nun kompetenzorientiert ausgestaltet werden.
- Um die Ausbildung attraktiver zu machen, soll künftig das Schulgeld entfallen.
- Daneben werden die Gesetze über die Heilberufe (hier: Ergotherapeuten, Logopäden, Orthopisten, Medizinisch-Technische Assistenten, Diätassistenten, Masseur- und Physiotherapeuten, Podologen sowie Pharmazeutisch-Technische Assistenten) mit Blick auf die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie konkretisiert.
- Für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse nach dem Hebammengesetz wird eine Übergangsfrist bis 2024 geschaffen.
- Ebenfalls wird das Notfallsanitätergesetz angepasst und Rechtssicherheit für die Notfallsanitäter geschaffen.

Referentenentwurf vom 31. Juli 2020

Geplantes Inkrafttreten: Herbst 2020

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege – **Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)**

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Liquiditätshilfen von Zahnärzten (eingeführt mit dem Covid-19-Bevölkerungsschutzgesetz I), sodass sichergestellt ist, dass auch nach Auslaufen der entsprechenden Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (zum 31. März 2021) der Ausgleich möglicher Überzahlungen aus 2020 geleistet werden kann.
- Erweiterung der Spielräume von Krankenkassen bei dem Abschluss von Selektivverträgen mit dem Ziel, regionale Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.
- Aus Beitragsmitteln soll ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt werden. Von 2021 bis 2023 soll den Krankenhäusern pro Jahr 65 Millionen Euro für die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen zur Verfügung stehen.
- Kinder- und jugendmedizinische Stationen/Kliniken sollen in die Sicherstellungszuschläge ländlicher Krankenhäuser aufgenommen werden. Jeweils zum 30. Juni wird eine Liste von Krankenhäusern erstellt, die pauschal 400.000 Euro zusätzlich erhalten, wenn sie für eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum notwendig sind, aber zu geringe Fallzahlen aufweisen.
- Umsetzung der ersten Stufe zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege (SOCIUM-Studie). Ziel ist die Finanzierung von etwa 20.000 Altenpflegehilfskräften.

Referentenentwurf vom 6. August 2020
Inkrafttreten: Stufenweise ab Beschluss

BUNDESRECHNUNGSHOF

Einheitliche Aufsicht für alle Krankenkassen

Mitte Februar dieses Jahres ist das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) beschlossen worden. Damit soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), also der Finanzausgleich der Krankenkassen, weiterentwickelt werden, um die derzeit vorhandenen Fehlsteuerungen bei den Zuweisungen der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zu beseitigen und den Wettbewerb fairer zu gestalten. Zudem sollten Manipulationsanreize etwa bei den Codierungen von RSA-relevanten Diagnosen beseitigt werden. Der Bundesrechnungshof allerdings bezweifelt in einem Prüfbericht, dass die neuen Regelungen ausreichend vor unzulässigen Manipulationen schützen. Dafür verantwortlich macht er das zersplitterte Aufsichtshandeln innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der „Abschließenden Mitteilung über die Prüfung der Beeinflussung von Kodierungen beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen“ zufolge liegt das Problem in dem uneinheitlichen Aufsichtshandeln. Die Aufsichtsführung über die Krankenkassen ist auf Bundes- und Landesebene immer wieder unterschiedlich, die Behörden legen divergierende Maßstäbe an. Der Bundesrechnungshof erachtet ein einheitliches Aufsichtshandeln für zwingend erforderlich, um Wettbewerbsverzerrungen zu verringern. Auch die Monopolkommission und der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hatten bereits zuvor festgestellt, dass diese zersplitterte Kontrolle zu Wettbewerbsverzerrungen führt.

Entsprechend war in einem Entwurf für das GKV-FKG eine bundesweite Öffnung aller regionalen Kassen vorgesehen, die bislang unter Länderaufsicht fallen, sodass diese automatisch unter die Aufsicht des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) gefallen wären. Davon wären vor allem die Ortskrankenkassen betroffen gewesen. Der Bundesrat jedoch kippte das Vorhaben. Entsprechend fehlen weiterhin konsequente Regelungen für eine einheitliche Aufsicht innerhalb der GKV. „Der Bundesrechnungshof bedauert, dass der Ansatz einer bundesweiten Öffnung aller regional begrenzten Krankenkassen nicht weiterverfolgt wurde und hält an seiner ursprünglichen Empfehlung fest“, heißt es in dem Prüfbericht.

Die Ersatzkassen machten sich von Beginn an für eine einheitliche Aufsicht der gesetzlichen Krankenkassen stark. Nun forderte Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, die Bundesregierung im Tagesspiegel Background auf, Konsequenzen zu ziehen. Er schlägt vor, im nächsten Frühjahr eine Evaluierung der im Zuge des GKV-FKG gesammelten Erfahrungen durchzuführen. „Im Vordergrund muss dabei die Frage stehen, ob es gelingt, anders als in der Vergangenheit ein einheitliches Handeln der verschiedenen Aufsichten zu erreichen.“ Er glaubt, dass der Handlungsbedarf beim Thema geteilte Aufsicht eher noch gewachsen sei.

Seinen Prüfbericht legte der Bundesrechnungshof dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) bereits im Januar (2. Teil im April) vor, wurde jedoch erst durch einen Bericht des Handelsblatts im Juli bekannt. *ake*

CORONA

Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

Seit Februar 2020 ist bei Patienten mit Symptomen von Covid-19 ein direkter Erregertest zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechenbar. Dieser Test wird in der Regel von Vertragsärzten oder in speziellen Testzentren durchgeführt. Außerdem können Versicherte sich auf Kosten ihrer Krankenkasse beim Hausarzt testen lassen, wenn die Corona-Warn-App dies aufgrund eines Risikokontaktes empfiehlt. Mittlerweile sind Tests in vielen Fällen auch ohne konkrete Symptome auf das Coronavirus möglich. Diese Fallkonstellationen sind hauptsächlich in einer besonderen Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums geregelt und erfolgen auf Anforderung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beispiele sind Reihentestungen bei Ausbrüchen beispielsweise in Pflegeheimen, Schulen oder Unternehmen der Lebensmittelindustrie oder – ohne konkreten Verdacht – bei Bewohnern und Mitarbeitern von Gesundheitseinrichtungen.

Finanziert werden diese asymptomatischen Labortests aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – und zwar unabhängig davon, ob die getestete Person GKV-versichert ist. Seit August haben auch Reiserückkehrer aus dem Ausland Anspruch auf einen kostenfreien Test, entweder in Testzentren (zum Beispiel in Flughäfen) oder bei ihrem Hausarzt. Kehren Menschen aus einem Risikogebiet nach Deutschland zurück, besteht für sie seit dem 8. August 2020 sogar eine Testpflicht. *bij*

* Wiederholung bis zu einmal pro Person ** Wiederholung bis zu einmal alle 14 Tage pro Person
✓ Testung empfohlen ✓ Testung empfohlen, Umfang der zu testenden Personen im Ermessen lokaler Behörden (Bundesland/ÖGD)
K=Krankenbehandlung **KHG**=Krankenhausfinanzierungsgesetz **RVO**=RVO zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

				EMPFEHLUNG PCR-TESTUNG			
				Akut*	Regelmäßig**	Stichprobenartig*	Kostenregelung
Symptomatische Personen				✓			K
Asymptomatische Personen	**Allgemeinbevölkerung**		**Kontaktpersonen:** Personen mit Kontakt zu bestätigtem Covid-19-Fall	✓			RVO, K
			Bei **Ausbrüchen:** Personen in Einrichtungen oder Unternehmen nach §§23 Abs. 3 und 36 Abs. 1 IfSG	✓			RVO
			Rückkehrer von Auslandsreisen (aus Risikogebieten: Testpflicht)	✓			RVO
	Krankenhäuser/ Ambulante und stationäre Pflege/ Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	**Patienten/ Bewohner/ Betreute**	**Vor (Wieder-)Aufnahme** in sowie **vor ambulanten Operationen** unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage	✓			RVO, K (KHG)
			Alle Patienten/Bewohner/Betreute bei Ausbrüchen	✓			RVO
			Alle Patienten/Bewohner/Betreute ohne Covid-19-Fall unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage			✓	RVO
		Personal	**Gesamtes Personal bei Ausbrüchen**	✓			RVO
			Gesamtes Personal ohne Covid-19-Fall unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage		✓		RVO
		Besucher	**Alle Besucher bei Ausbrüchen**	✓			RVO

Quelle: In Anlehnung an Informationen des BMG; Stand 12. August 2020

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Grundstein für bessere Versorgung gelegt

Nach langen Beratungen im Gesetzgebungsverfahren hat der Bundesrat am 2. Juli 2020 das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) beschlossen. Damit wurde der Grundstein dafür gelegt, die außerklinische Intensivpflege neu zu definieren, finanzielle Fehlanreize zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beseitigen und bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die unterschiedlichen Versorgungsorte festzulegen.

/ Text / **Matthias Niendorf**

Das GKV-IPReG stellt eine gute Basis zur Verbesserung der außerklinischen Intensivpflege dar. Diese wird zukünftig aus der Häuslichen Krankenpflege herausgelöst und in eine eigenständige Rechtsnorm überführt. Zudem werden Verträge aufseiten der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter anderem mit den spezialisierten ambulanten Pflegediensten, den Intensiv-Wohngruppen und den stationären Spezialeinrichtungen geschlossen. Damit unterliegt dieser Bereich zukünftig nicht mehr dem Wettbewerb der Krankenkassen.

Die Leistungserbringer für außerklinische Intensivpflege werden transparent von den Krankenkassen veröffentlicht und können von den Versicherten bei der Suche nach einem geeigneten Versorgungspartner genutzt werden. Die Versicherten haben auch einen Anspruch auf eine spezielle Beratung durch ihre Krankenkasse über die Versorgungsmöglichkeiten und die verschiedenen Versorgungsorte der außerklinischen Intensivpflege.

Die Versicherten profitieren zudem von zwei weiteren Verbesserungen: Ihre berechtigten Wünsche bei der Wahl des Versorgungsortes sind von den Krankenkassen zu berücksichtigen. Zudem reduziert sich ihre finanzielle Belastung bei der Inanspruchnahme von außerklinischer Intensivpflege in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich.

Mit dem Gesetz alleine ist es jedoch noch nicht getan. Um eine Verbesserung der Versorgungsqualität tatsächlich zu erreichen, ist es notwendig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie zur Verordnung von außerklinischer Intensivpflege unter anderem regelt, dass nur besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte diese Leistung verordnen dürfen und eine regelmäßige Inaugenscheinnahme der betroffenen Versicherten gewährleistet sein muss. Zudem muss bei beatmeten Versicherten das Potenzial zur Entwöhnung regelhaft überprüft werden. Für die Erarbeitung dieser Richtlinie hat der G-BA bis zum 31. Dezember 2021 Zeit.

Des Weiteren müssen auf Bundesebene die Struktur- und Qualifikationsanforderungen zur Erbringung der außerklinischen Intensivpflege zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringerorganisationen festgelegt werden. Dabei ist es wichtig, dass unter anderem die an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte ausreichend qualifiziert sind und bei der Versorgung in sogenannten Intensiv-Wohngruppen und spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen die vertraglich vereinbarten Betreuungsschlüssel stets eingehalten werden.

Für die Versicherten reduziert sich die finanzielle Belastung bei der Inanspruchnahme von außerklinischer Intensivpflege in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich.

Foto: Privat

Matthias Niendorf
Abteilung Gesundheit
beim vdek

VERTRAG

Schutzimpfungen am Arbeitsplatz

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) haben mit Wirkung zum 1. Juli 2020 den ersten bundesweiten Vertrag für die Durchführung von Schutzimpfungen am Arbeitsplatz geschlossen. Damit stellen sie ein niederschwelliges Angebot zur Schließung von Impflücken und somit zum besseren Gesundheitsschutz der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zur Verfügung.

/ Text / **Tanja Sögtrop**

Mit diesem Vertrag wird das Angebot für Impfungen am Arbeitsplatz durch Betriebsärzte weiter ausgebaut. Bundesweit können Versicherte der Ersatzkassen ab sofort alle gängigen Schutzimpfungen für Erwachsene bei Betriebsärzten durchführen lassen, die dem Vertrag beitreten. Es handelt sich um den ersten Vertrag der DGAUM mit einem Krankenkassenverband, der bundesweit gilt. Dies führt zu einer deutlichen Ausweitung des Versorgungsangebotes der Ersatzkassen in einem Bereich, der bislang von Selektivverträgen sowie vereinzelten regionalen Verträgen geprägt war.

Schutzimpfungen nach diesem Vertrag können Fachärzte für Arbeitsmedizin und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erbringen, unabhängig davon, ob sie selbständig oder bei einem arbeitsmedizinischen Dienst eines Unternehmens beschäftigt sind. Die Mitgliedschaft bei der DGAUM ist keine Voraussetzung, um an dem Vertrag teilnehmen zu können.

Ziel der Vereinbarung ist es, den Versicherten der Ersatzkassen Impfleistungen zur Verhütung von Krankheiten auch in ihrem betrieblichen Umfeld zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise den Zugang zu Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V sowie § 132e SGB V zu erleichtern. Der Vertrag soll auch dazu beitragen, zum Teil noch bestehende Impflücken, beispielsweise gegen Masern, zu schließen. Der Vertrag greift insoweit auch die zuletzt mit dem zum 1. März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetz verdeutlichte politische Intention des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf, die Durchimpfungsrate der Bevölkerung weiter zu erhöhen. Auf diese Weise soll darauf hingewirkt werden, dass in Deutschland niemand mehr an Masern oder anderen schwerwiegenden Krankheitsbildern erkranken muss, gegen die ein Impfschutz möglich ist.

Es ist davon auszugehen, dass das Impfen am Arbeitsplatz durch die Corona-Pandemie an Bedeutung gewinnt. Den Ersatzkassen und der DGAUM war es zudem wichtig, den Vertrag rechtzeitig vor der nächsten Impf- und Grippesaison im kommenden Herbst in Kraft zu setzen. Auch vor diesem Hintergrund ist es gelungen, die Vertragsverhandlungen stets konstruktiv zu führen und innerhalb eines Vierteljahres zum Abschluss zu bringen.

Bei der Ausgestaltung des Vertrages war es beiden Vertragspartnern ein Anliegen, Regelungen zu vereinbaren, die für alle Beteiligten (Betriebsärzte, Versicherte,

Foto: vdek/Manfred Schild

Tanja Sögtrop
Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Ersatzkassen) einen Anreiz bieten, den Vertrag mit Leben zu füllen. Für die Versicherten bedeutet die Möglichkeit zur Impfung durch Betriebsärzte Zeitersparnis bei gleich guter medizinischer Betreuung. Abgesehen davon, dass die Impfung nicht in einer Arztpraxis, sondern am Arbeitsplatz oder in den Räumlichkeiten der Betriebsärzte durchgeführt wird, bestehen für die Versicherten keine Unterschiede zu einer Impfung bei einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt.

Wie in der vertragsärztlichen Versorgung müssen die Versicherten auch für die Impfung bei einem Betriebsarzt lediglich ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) und ihren Impfausweis vorlegen. Selbstverständlich erfolgt auch die Beratung und Impfung durch die Betriebsärzte wie bei einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission und der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die teilnehmenden Betriebsärzte sind in gleichem Maße verpflichtet, die Versicherten bei der Impfung umfassend aufzuklären, eine (Impf-)Anamnese durchzuführen und auf mögliche Kontraindikationen, Nebenwirkungen und Komplikationen bei der Impfung hinzuweisen. Darüber hinaus haben die teilnehmenden Betriebsärzte die erfolgte Impfung im Impfpass einzutragen beziehungsweise eine Impfbescheinigung auszustellen und auf gegebenenfalls erforderliche Wiederholungs- und Auffrischimpfungen hinzuweisen.

Die Betriebsärzte ihrerseits erhalten für diese Leistungen eine angemessene Vergütung. Da die Leistungen der Betriebsärzte von der DGAUM unter Verwendung einer kostenlosen Abrechnungssoftware (DGAUM-Selekt) mit der jeweiligen Ersatzkasse abgerechnet werden, wird auch der Bürokratieaufwand für die Ärzte deutlich reduziert. Für die Ersatzkassen ist der Verwaltungsaufwand durch das vereinbarte elektronische und datengestützte Abrechnungsverfahren und die bundesweit einheitliche Ausgestaltung des Vertrages ebenfalls überschaubar.

Foto: DGAUM

Dr. Thomas Nesseler
Hauptgeschäftsführer
DGAUM

„Der Vertragsabschluss von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) mit dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) als Dachverband der Ersatzkassen mit einem Marktanteil von 28 Millionen Versicherten kommt genau zur richtigen Zeit. Denn im kommenden Herbst wird vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie die Nachfrage nach Impfungen, vor allem gegen Influenza oder Pneumokokken, steigen. Dies umso mehr, da wir derzeit noch über keinen Impfstoff gegen SARS-CoV-2 verfügen. Durch niederschwellige Angebote am Arbeitsplatz können Unternehmen und Betriebsärzte dazu beitragen, ein Zusammentreffen der Grippewelle mit einer möglichen zweiten Covid-19-Welle abzumildern. Darüber hinaus zeigt der Impfvertrag nach §132e SGB V: Die dem vdek angeschlossenen Krankenkassen wollen die Arbeitswelt in den Betrieben und Unternehmen mit ihren vielen Beschäftigten als das größte Präventionssetting in unserer Gesellschaft aktiv nutzen, sowohl zur Verbesserung der individuellen Gesundheit der bei ihnen versicherten Menschen als auch zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. Das ist ein starkes Signal."

GUTE VERORDNUNGSPRAXIS

Medikationsfehler vermeiden

Rund 250.000 Krankenhauseinweisungen jährlich sind auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen.* Die Handlungsempfehlung „Gute Verordnungspraxis“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e. V. soll dazu beitragen, Patienten und Mitarbeitende im Gesundheitswesen vor vermeidbaren Fehlern bei der Medikation zu schützen.

/ Text / **Ruth Hecker**

Eine 40-jährige Patientin wird neu auf einer Krankenhausstation aufgenommen. Da sie ihre Medikamente, die sie täglich benötigt, nicht bei sich hat, holt die Krankenschwester eine kleine Dose mit fünf Tabletten zu je 100 Milligramm von einer Nachbarstation. Beschriftet ist die Dose mit „Arzneimittel X, 100 mg“. Am nächsten Tag interpretiert eine andere Pflegekraft die Aufschrift so, dass es sich um fünf Tabletten à 20 Milligramm, also insgesamt 100 Milligramm, handelt, und verabreichte alle Tabletten auf einmal. Die Patientin erleidet durch die Überdosierung schwere gesundheitliche Folgen.

Fehler im Medikationsprozess sind keine Seltenheit. Das beschriebene Beispiel ist zwar fiktiv, aber keineswegs unwahrscheinlich und so oder so ähnlich schon unzählige Male in der medizinischen Praxis vorgekommen. Falsche Interpretationen, Verwechslungen, Übertragungsfehler: So wird aus Cotrimoxazol schnell mal Clotrimazol, aus Chinin Chinidin oder durch Zahlendreher eine falsche Dosis verabreicht. Dabei sind Medikationsfehler durchaus nicht immer auf fehlerhafte Verordnungen zurückzuführen. Dennoch stellt die Verordnungspraxis einen wesentlichen Bestandteil der Arzneimitteltherapie dar und erweist sich dabei immer wieder als fehleranfällig.

Dr. Ruth Hecker
Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V.

Die Folgen einer fehlerhaften Verordnungspraxis sind vielfältig: So kann es zu unerwünschten Wechselwirkungen, zur Unwirksamkeit der Medikamente und zur Überdosierung mit Folgen wie Krankenhauseinweisungen oder im schlimmsten Fall sogar dem Tod kommen. Auch für das medizinische Personal können Medikationsfehler belastend sein und dazu führen, dass sich Ärzte oder Pflegekräfte bei aufgetretenen Patientenschäden Vorwürfe machen. Schließlich geschehen Medikationsfehler nie aus Absicht, sondern entweder aus Zeitmangel oder aufgrund fehlender klarer Regelungen. Hier möchte die Handlungsempfehlung „Gute Verordnungspraxis“ eine Lücke schließen, Patienten mehr Sicherheit und Beschäftigen im Gesundheitswesen eine Unterstützung an die Hand geben, um vermeidbare Medikationsfehler gar nicht erst auftreten zu lassen.

Merkmale einer guten Verordnungspraxis

Dass es überhaupt zu Fehlern bei Verordnungen kommen kann, hat unterschiedliche Gründe. So kann die Dokumentation der Arzneimitteltherapie missverständlich sein oder Lücken aufweisen. Auch die Umsetzung durch Apotheker, Pflegepersonal oder den Patienten selbst kann zu Fehlern führen. Eine gute Verordnungspraxis ist daher so gestaltet, dass weiterbehandelnde Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte, aber auch die Patienten der Verordnung ganz genau entnehmen können, welches Medikament wie lange, in welcher Dosierung und auf welche Weise angewendet werden soll.

Zu den zentralen Punkten der Handlungsempfehlung gehören unter anderem Anforderungen an die Lesbarkeit und Verständlichkeit, zum Beispiel durch die Vermeidung von Abkürzungen, sowie Hinweise zur vollständigen Beschreibung des Arzneimittels selbst, der geplanten Anwendung und der gewählten Dosierung einschließlich der erforderlichen Angaben bei einer Bedarfsmedikation.

Eine Verordnung sollte auch alle medikationsrelevanten Patientenangaben enthalten. Dazu gehören Allergien und Unverträglichkeiten, Alter, Gewicht, Organfunktion und bereits bestehende Medikation. In der medizinischen Praxis erleben wir, dass gerade Allergien eine häufige Ursache für Arzneimittelkomplikationen sind. Sie sollten daher immer dokumentiert werden – einschließlich der Symptombeschreibung und des Schweregrads. Auch die Lesbarkeit ist nach wie vor ein Problem, wenn auch ein immer seltener werdendes. Dennoch erstellen einige Ärzte nach wie vor ihre medizinischen Dokumentationen handschriftlich, wodurch es zu Fehlinterpretationen kommen kann. Verordnungen sollten daher immer computergestützt erfolgen.

Die Handlungsempfehlung für „Gute Verordnungspraxis“ des APS richtet sich an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte sowie an Institutionen und Krankenhäuser, die beispielsweise Standards zur Dokumentation der Arzneimitteltherapie für das eigene Haus erarbeiten. Sie bezieht sich nicht auf Sonderfälle wie die Verordnung von Betäubungsmitteln, den Off-Label-Use von Medikamenten oder Verordnungen für spezielle Risikopatienten oder -situationen.

Wie alle Handlungsempfehlungen ist auch die „Gute Verordnungspraxis“ – im Gegensatz zu Richtlinien – nicht verbindlich und hat keinerlei juristische Implikationen. Allerdings haben die Patienten laut Patientenrechtegesetz Anspruch auf eine verständliche Erläuterung insbesondere der Diagnose und der zu ergreifenden Maßnahmen.

Aufklärung vor der Einnahme

Zudem sollten Patienten über schwere Nebenwirkungen durch die ihnen verordneten Medikamente informiert werden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit sieht es als unerlässlich an, dass Patienten vor der Einnahme von neuen Medikamenten genauso aufgeklärt werden wie vor Operationen – denn die Auswirkungen können durchaus ähnlich sein.

Eine weitere Forderung sollte im Grunde längst schon umgesetzter Standard in der medizinischen Praxis sein: Jede schriftliche Dokumentation von Verordnungen sollte so erfolgen, dass die Patienten sowie die weiterbehandelnden Ärzte Zugriff auf diese Informationen haben. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte verbindet sich für das APS die Hoffnung, dass dies nicht mehr lange Zukunftsmusik bleibt.

In der medizinischen Praxis erleben wir, dass gerade Allergien eine häufige Ursache für Arzneimittelkomplikationen sind.

**Quelle: Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/008/1900849.pdf*

GEBURT

Neue Kaiserschnitt-Leitlinie stärkt Schwangere

Der Kaiserschnitt ist weltweit die am häufigsten bei Frauen durchgeführte Operation. Eine neue S3-Leitlinie thematisiert Risiken und gibt Empfehlungen für die Beratung und Begleitung rund um die Geburt. So nutzbringend ein Kaiserschnitt sein kann, er wird aber zu häufig angewendet – und er kann schaden: Mutter und Kind.

/ Text / **Katharina Lüdemann und Ulrike Hauffe**

Seit Jahren wird über die steigende Kaiserschnitt-Rate in Deutschland und weltweit diskutiert. Jetzt wurde erstmals eine S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt erstellt (1). Anstoß hierfür gab ein Fachtag des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF e. V.), Deutschlands größter unabhängiger Frauengesundheitsorganisation (2). Der hörbare Appell und der Druck der Frauen zeigte Wirkung: Unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wirkten Mitglieder von 23 Fachgesellschaften an der Leitlinie mit, darunter ärztliche Expertinnen und Experten für Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Anästhesie sowie Hebammenverbände aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Die Analyse zeigt, dass Unterschiede in den Kaiserschnitt-Raten weniger medizinische als organisatorische Gründe haben.

Während S1- und S2-Leitlinien nur Empfehlungen geben – und für den Kaiserschnitt gab es überhaupt keine gültige mehr –, orientiert sich eine S3-Leitlinie streng an wissenschaftlichen Studien und gibt in höchster Qualität Orientierung zu Beratung, Durchführung und Indikationen.

In Deutschland stieg die Zahl der Kaiserschnitte während der letzten 30 Jahre von 15 auf über 30 Prozent, mit großen regionalen Unterschieden zwischen zehn und bis zu über 60 Prozent (3). Die Mütter- und Kindersterblichkeit sank dadurch nicht. Die Analyse zeigt, dass Unterschiede in den Kaiserschnitt-Raten weniger medizinische als organisatorische Gründe haben. So haben Kliniken mit geringerer Geburtenzahl und weniger Personal oft höhere Kaiserschnitt-Raten, während größere Kliniken mit ausreichend Personal weniger Kaiserschnitte durchführen. Frauen, die während der Geburt konsequent von einer Hebamme betreut werden, haben weniger Komplikationen und seltener einen ungeplanten Kaiserschnitt.

Auch Geld spielt eine Rolle. Da Kliniken in Deutschland wirtschaftlich arbeiten müssen und die Geburtshilfe insgesamt schlecht vergütet wird, gibt es einen Anreiz, durch geplante Kaiserschnitt-Geburten die Belastung zu verringern und den Erlös zu steigern.

Blick auf andere Länder

In Skandinavien liegen die Kaiserschnitt-Raten bei um die 15 Prozent, die Kinder- und Müttersterblichkeit ist noch geringer als in Deutschland. Hier gibt es nur große Kliniken mit über 1000 Geburten und Personal, das regelmäßig geschult wird. Da die Kliniken in kommunaler Hand sind, müssen sie keine Gewinne erwirtschaften. Im Gegensatz dazu steigen in Ländern mit hohem privatem Anteil im Gesundheitswesen die Zahlen. In türkischen und syrischen Privatkliniken finden bis zu 90 Prozent der Geburten per Kaiserschnitt statt.

Beratung oft unzureichend

Mehrere Kapitel der Leitlinie betreffen die Beratung von Schwangeren. Viele Frauen erhalten medizinisch nicht korrekte Informationen

Ein geplanter Kaiserschnitt sollte außer in Ausnahmefällen nicht früher als eine Woche vor dem Geburtstermin stattfinden.

zum Kaiserschnitt. So ist die Vorstellung, ein Kaiserschnitt sei für die Gesundheit des Kindes besser, da ihm der Geburtsstress erspart bleibe, falsch. Ebenso gibt es viele Erkrankungen der Mutter – zum Beispiel Infektionen, aber auch Augen- und Wirbelsäulenerkrankungen –, bei der ein Kaiserschnitt die Gesundheit von Mutter und Kind nicht verbessert. Auch die Folgen des Kaiserschnitts für weitere Schwangerschaften werden häufig unterschätzt. So steigt das Risiko für Komplikationen durch einen falsch sitzenden Mutterkuchen und das Risiko des kindlichen Todes im Mutterleib an. Manche Frauen werden nach einem Kaiserschnitt ungewollt nicht mehr schwanger.

Die häufigste Indikation zum Kaiserschnitt ist in Deutschland mittlerweile „Kaiserschnitt bei der vorigen Geburt“. Während früher die Regel „einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt“ galt, zeigt die Leitlinie, dass das Risiko einer natürlichen Geburt nach Kaiserschnitt geringer ist als vermutet.

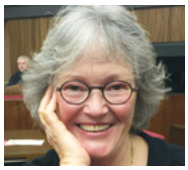
Für viele Situationen fehlen wissenschaftlich fundierte Daten, da an Schwangeren keine Studien durchgeführt werden, die den hohen Qualitätskriterien der evidenzbasierten Medizin genügen. Die Auswertung erlaubt aber Empfehlungen für besondere Situationen, zum Beispiel für die Geburt aus Steißlage. Die Daten zeigen keinen automatischen Vorteil des Kaiserschnitts für die Gesundheit der Kinder. Bei günstigen Voraussetzungen und Begleitung durch eine erfahrene Geburtshelferin ist die natürliche Geburt aus Beckenendlage sicher.

Hier wird ein Problem deutlich: Durch die hohe Zahl an Kaiserschnittgeburten und den Personalmangel haben viele Kliniken zu wenig Erfahrung in der Begleitung schwieriger Geburten. Die Empfehlung der Leitlinie, Schwangere mit Risiken frühzeitig an Kliniken mit entsprechender Erfahrung zu überweisen, müsste konsequent umgesetzt werden.

Auch zur Durchführung der Operation und zur Behandlung danach gibt die Leitlinie viele wichtige Hinweise. Ein geplanter Kaiserschnitt sollte außer in Ausnahmefällen nicht früher als eine Woche vor dem Geburtstermin stattfinden. Kinder, die früher „geholt“ werden, leiden häufiger unter Atemproblemen und müssen auf eine Kinderintensivstation verlegt werden. Auch das Stillen kommt nach einem Kaiserschnitt häufig erschwert in Gang. Und eine gute Betreuung der Frauen im Wochenbett hilft Müttern, das Trauma eines nicht geplanten Kaiserschnitts zu überwinden.

Die beste Leitlinie nützt nichts, wenn sie nicht angewendet wird. Die Implementierung sollte durch verpflichtende Qualitätssicherung begleitet werden. Auch jetzt schon ist die Kaiserschnitt-Rate ein Qualitätsindikator in der Geburtshilfe (4). Allerdings wird das Maß für „gute Qualität“ am Durchschnittswert über alle Kliniken festgemacht und bietet daher kaum einen Anreiz zu einer Qualitätsverbesserung der Indikationsstellung. Die neue S3-Leitlinie Kaiserschnitt könnte – insbesondere in der Zusammenschau mit der noch zum Ende des Jahres ebenfalls erscheinenden S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt – Anlass für eine grundlegende Überarbeitung des inzwischen veralteten Qualitätsverfahrens zur „Geburtshilfe“ sein, um damit der Umsetzung notwendiger Qualitätsverbesserungen weiteren Nachdruck zu verleihen. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (5) weist den Weg.

Dr. med. Katharina Lüdemann
Leitende Oberärztin, Frauenklinik St. Joseph-Stift Bremen, Mitautorin der S3-Leitlinie Kaiserschnitt



Ulrike Hauffe
Dipl. Psychologin, stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende der BARMER, Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

(1) Leitlinie Sectio Caesarea: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-084.html; (2) https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2014/06/20/fachtag-2014-zeit-zu-handeln-die-kaiserschnittrate-senken-die-normale-geburt-foerdern/; (3) Berechnung aus den O/E-Werten der Bundesauswertungen Geburtshilfe (2016, 2017, 2018) – z. B. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2018_BUAW_V02_2019-07-23.pdf; (4) IQTIG Bundesauswertungen Geburtshilfe: https://iqtig.org/qs-verfahren/peri/#recordingmodule37; (5) NGZ: https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt-727604

STUDIE

Pflegeberatung stößt auf große Zufriedenheit

Immer mehr Pflegebedürftige nehmen eine Pflegeberatung in Anspruch. Bezahlt wird die Beratung von den Pflegekassen. Im Jahr 2019 wurden so insgesamt rund 130 Millionen Euro für Pflegeberatung ausgegeben. Angesichts dieser Ausgaben ist es wichtig, dass die Beratungsleistungen auch wirksam sind. Eine neue Studie hat den Nutzen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen jetzt eindrucksvoll bestätigt.

/ Text / **Stefan Wilderotter**

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband mit der Evaluation der Pflegeberatung und der erstmaligen Vorlage eines Berichts beauftragt. Der wissenschaftliche Auftrag wurde durch den GKV-Spitzenverband an das IGES Institut (Berlin) vergeben. Die Studie umfasste neben der Diskussion in sogenannten „Fokusgruppen“ auch eine bundesweite Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie eine schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung. Bei diesen Befragten handelt es sich in erster Linie um von Pflegebedürftigkeit bedrohte Versicherte, Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich erneut eine sehr hohe Qualität der Pflegeberatung ableiten. Nicht nur die Zufriedenheit mit der Pflegeberatung (90 Prozent) wird von den Nutzerinnen und Nutzern als sehr hoch bewertet, sondern auch ihre Wirksamkeit. Zudem sei die Pflegesituation durch die Pflegeberatung besser organisiert.

Über das Angebot der Pflegeberatung erfahren die Anspruchsberechtigten von ihrer jeweiligen Pflegekasse. Die Weitergabe des Pflegeberatungsangebots durch die Pflegekassen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Damit kommen die beteiligten Pflegekassen der gesetzlichen Vorgabe nach, die Anspruchsberechtigten zeitnah nach Antragstellung zu informieren. Verbesserungspotenzial wird jedoch im Informationsumfang gesehen. 30 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer hätten sich mehr Informationen von ihrer Pflegekasse gewünscht.

Mehr Informationen zur Pflegeberatung wünschen sich Nutzerinnen und Nutzer insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, von Krankenhäusern, von Pflegeeinrichtungen, von MDK-Gutachterinnen und -Gutachtern sowie von kommunalen Beratungs- und Informationsstellen. Um das hohe Qualitätsniveau weiterhin gewährleisten zu können, spielen Maßnahmen der Qualitätssicherung und Leitfäden zur Strukturierung der Beratungsgespräche eine wesentliche Rolle. Die Studie empfiehlt die Verstärkung dieser Maßnahmen, da ein Fünftel der Pflegeberaterinnen und -berater gar keine Qualitätssicherungsinstrumente nutzen und nur etwa die Hälfte der Pflegeberaterinnen und -berater eine strukturierende Gesprächsführung – anhand eines Leitfadens – im Beratungssetting anwenden.

www.gkv-spitzenverband.de unter Pflegeversicherung/ Beratung und Betreuung/Pflegeberatung

Foto: Fotostudio Friedrich

Stefan Wilderotter
Abteilung Gesundheit beim vdek

EINWURF

Die Corona-Pandemie – das Leben mit dem Virus

Die Corona-Pandemie wird uns noch eine längere Zeit begleiten. Ob und wann es einen Impfstoff geben wird, ist noch offen. Nachdem es durch einen Shutdown gelungen ist, das Infektionsgeschehen einzudämmen, erleben wir jetzt in der Sommerzeit ein neues Aufflammen. Wie gehen wir weiter damit um?

/ Text / **Ulrike Elsner**

Bislang ist Deutschland gut durch die Krise gekommen, allerdings war dies mit einem hohen Aufwand und Kosten verbunden. Massive Einschränkungen im öffentlichen Leben, milliardenschwere Konjunkturprogramme, um die Wirtschaft wieder auf Trab zu bringen, diverse Rettungspakete für das Gesundheitswesen. Nach dem Shutdown wurde die Rückkehr zur „neuen" Normalität eingeleitet, doch jetzt in der Sommer- und Reisezeit kommt es erneut zu besorgniserregenden „diffusen Ausbrüchen" in Kneipen, Restaurants, kirchlichen Einrichtungen, Betrieben. Weil die Reisebeschränkungen weitgehend wieder aufgehoben sind, tragen auch Urlauber das Virus erneut ins Land.

Die Politik reagierte prompt und verordnete eine kostenlose Testpflicht für Reiserückkehrer aus Risikogebieten. Eine sicherlich sinnvolle Maßnahme, um das Geschehen besser zu kontrollieren. Doch die Umsetzung ist noch mit vielen Fragezeichen verbunden. Wie stellt man sicher, möglichst viele Einreisende zu erreichen? Muss die Testverpflichtung nicht auch auf Urlauber aus Nicht-Risikogebieten ausgeweitet werden? Auch die Testung an sich ist medizinisch nur eine Momentaufnahme, sie ist keine Garantie dafür, dass eine Infektion ausgeschlossen ist. Und natürlich stellt sich auch die Frage der Kostenübernahme. Die Kosten sollen laut Verordnung erneut aus dem Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Doch ist die präventive Testung im Sinne des Pandemieschutzes eigentlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte vom Staat finanziert werden. Hier braucht die GKV klarere Zusagen vom Staat, denn allein die Beitragszahler können diese Lasten nicht tragen.

An diesem Beispiel zeigt sich: Die Kontrolle des Infektionsgeschehens bleibt eine Mammutaufgabe für Politik und Gesellschaft. An der aber auch die Sozialsysteme mehr und mehr an ihre Grenzen stoßen. Die Finanzreserven der GKV sind weitgehend ausgeschöpft, der Staat hat sich deutlich verschuldet. Einen zweiten kompletten Shutdown kann selbst Deutschland sich nicht leisten. Wir müssen also lernen, mit dem Virus zu leben. Jede(r) Einzelne ist gefragt, für sich und die Mitmenschen Verantwortung zu übernehmen. Dabei hilft es, sich nach der AHA-Formel der Bundesregierung zu richten: Abstand, Hygiene, Alltagsmasken. Wir alle haben viel investiert, um Normalität zu erreichen. Auf diesem Erfolg sollte sich niemand ausruhen.

Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende des vdek

Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was Sie von der Testpflicht für Reiserückkehrer halten.

redaktion@vdek.com

ZEITARBEIT

Chance oder Risiko?

Die Zeitarbeitsbranche hat sich in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Mit verschiedenen Maßnahmen sorgte der Gesetzgeber dafür, die Gleichstellung von Zeitarbeitnehmern gegenüber Nichtzeitarbeitnehmern zu verbessern. Bereits vor elf Jahren hat die Techniker Krankenkasse (TK) sich in ihrem Gesundheitsreport mit der Gesundheit von Zeitarbeitnehmern beschäftigt. Damals zeigte sich, dass Zeitarbeitnehmer gesundheitlich wesentlich mehr belastet waren als regulär Beschäftigte. Jetzt sollte geprüft werden: „Ist das noch immer so?" Und dann kam Corona.

/ Text / **Albrecht Wehner**

In dem Gesundheitsreport wertet die TK jährlich die Fehlzeiten und Arzneimittelverordnungen ihrer versicherungspflichtig Beschäftigten und der Arbeitslosengeld I-Empfänger aus. Zusätzlich schaut sie sich jedes Jahr eine (Beschäftigten-)Gruppe genauer an. 2019 waren das beispielsweise die Pflegekräfte. Als sie vor über einem Jahr das Schwerpunktthema für den Gesundheitsreport 2020 festlegte, konnte niemand ahnen, dass bereits ein Jahr später die Welt durch Corona eine andere sein würde. Gerade die Gruppe, die sie für dieses Jahr genauer unter die Lupe nehmen wollte, hat durch die Corona-Pandemie eine ungewollte Aktualität erhalten: die Zeitarbeiter. Durch Corona und die damit verbundenen Kontaktbeschränkungen befinden wir uns in Deutschland in der schwersten Rezession seit dem Zweiten Weltkrieg. Durch den wirtschaftlichen Einbruch sind viele Unternehmen gezwungen, ihre Mitarbeiter in Kurzarbeit zu schicken oder gar ganz zu entlassen. Zeitarbeiter sind diejenigen, die dann meistens als erstes gehen müssen.

Dabei hatte sich die Zeitarbeitsbranche in den letzten Jahren sehr gut entwickelt und ist zu einem festen Bestandteil des Arbeitsmarkts geworden. Laut Bundesagentur für Arbeit waren im Jahresdurchschnitt von Juli 2018 bis Juni 2019 rund 881.000 Zeitarbeiter sozialversicherungspflichtig in Deutschland beschäftigt. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren viele gesetzliche Änderungen vorgenommen, um die Gleichstellung von Zeitarbeitern mit Nichtzeitarbeitnehmern zu verbessern – beispielsweise wurde das Anrecht auf gleiches Lohnniveau nach neun Monaten wie für regulär Beschäftigte im Einsatzbetrieb eingeführt, das sogenannte „Equal Pay".

Vor diesem Hintergrund wollte die TK wissen: Haben die verbesserten Rahmenbedingungen Einfluss auf die Gesundheit von Zeitarbeitern? Wie gesund oder krank sind sie im Vergleich zu regulär Beschäftigten? Und vor allem: Was sind die Gründe für gesundheitliche Belastungen?

Der Report ist in zwei Teile gegliedert. Zunächst wurden die Routinedaten zu den Fehlzeiten und Arzneimittelverordnungen der rund 72.000 bei der TK versicherten Zeitarbeitnehmer ausgewertet. Für den zweiten Teil wurde der Report um eine wissenschaftliche Befragung erweitert. Dazu befragte das Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG) im Auftrag der TK mehr als 1.400 bei der TK versicherte Zeitarbeitnehmer zu ihrer Arbeitssituation. Konkret ging es um die Bereiche Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen sowie Arbeitsumgebung. Die Antworten wurden mit einer entsprechenden Gruppe von Nichtzeitarbeitnehmern aus 2019 und – als Längsschnitt – mit Antworten aus einer Befragung von TK-versicherten Zeitarbeitern aus 2008 verglichen.

Zeitarbeiter sind mehr belastet

Die Ergebnisse sind deutlich: Den Zeitarbeitern geht es heute zwar generell besser als noch vor ein paar Jahren. Aber im Vergleich

zu Nichtzeitarbeitnehmern sind sie gesundheitlich immer noch auffällig mehr belastet – vor allem aufgrund ihrer körperlichen Tätigkeiten.

So waren Zeitarbeitnehmer 2019 im Schnitt 20,6 Tage krankgeschrieben. Das sind mit knapp sechs Tagen rund 40 Prozent mehr als in der Vergleichsgruppe der Nichtzeitarbeitnehmer (14,7 Tage). Grund für die hohe Anzahl von Fehltagen sind vor allem die körperlich belastenden Jobs in Lager, Logistik und Transport, in denen Zeitarbeiter überdurchschnittlich häufig beschäftigt sind. Rund 40 Prozent der Zeitarbeitnehmer in Deutschland arbeiten in diesen oder anderen Produktionsberufen. Doch selbst wenn man die berufsspezifischen Faktoren rausrechnet, haben Zeitarbeitnehmer immer noch rund 16 Prozent höhere Fehlzeiten als Nichtzeitarbeitnehmer.

Die physische Belastung zeigt sich vor allem in der hohen Zahl von Fehltagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Wegen Rückenschmerzen & Co. fehlten Zeitarbeiter 2019 insgesamt durchschnittlich 4,38 Tage – und somit rund 70 Prozent mehr als anderweitig Beschäftigte (2,57 Tage). Die Zahl der Fehltage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen (1,30) sind sogar fast doppelt so hoch wie die von Nichtzeitarbeitnehmern (0,67). Rechnet man auch hier die berufsspezifischen Faktoren raus, liegt die Zahl der Fehltage immer noch um 31 Prozent höher.

Neben den körperlichen Beschwerden sind Zeitarbeiter aber auch psychisch überdurchschnittlich belastet. Laut Gesundheitsreport waren Zeitarbeitnehmer aufgrund psychischer Diagnosen mit 3,52 Fehltagen fast einen Tag mehr krankgeschrieben als der Durchschnitt der übrigen Beschäftigten (2,57). Auch das Verordnungsvolumen von Antidepressiva ist überdurchschnittlich hoch: Sie erhielten letztes Jahr mit 21,3 Tagesdosen rund 23 Prozent mehr Psychopharmaka pro Kopf als anderweitig Beschäftigte (17,3 Tagesdosen).

Neben den körperlichen Beschwerden sind Zeitarbeiter aber auch psychisch überdurchschnittlich belastet.

Die Befragung liefert konkrete Gründe: Zu den körperlichen Hauptbelastungsfaktoren zählen neben einer schlechten Arbeitshaltung vor allem lange Anfahrtswege, Lärm, Schichtarbeit und zu lange Bildschirmarbeitszeiten. Psychische Belastungsfaktoren sind zum Beispiel zu wenig Einfluss auf Entscheidungen in Bezug auf die eigene Arbeitsplatzsituation, zu wenig Austausch mit den Vorgesetzten sowie mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Erkenntnisse helfen herauszufinden, wo die konkreten Bedarfe in den Unternehmen sind, um dort mit gezielten Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bzw. einem professionellen Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) für bessere Arbeitsbedingungen zu sorgen. In den körperlich anspruchsvollen Jobs in der Produktion bietet sich zum Beispiel die sogenannte aufsuchende Betriebliche Gesundheitsförderung an. Dabei werden die Beschäftigten direkt an ihrem Arbeitsplatz in Ergonomie geschult bzw. es werden ihnen korrekte Hebe- und Haltungstechniken vermittelt. Fast noch wichtiger sind Maßnahmen zur Integration von Zeitarbeitnehmern in den Beschäftigungsbetrieben. Dazu gehören zum Beispiel eine aktive Feedbackkultur seitens der Vorgesetzen, Einbeziehung in Personalentwicklungsstrategien sowie Förderung von internen Weiterbildungsmaßnahmen. All das dient nicht nur der Qualifikation der Betroffenen, sondern sorgt gleichzeitig für Wertschätzung und dient somit langfristig der körperlichen und psychischen Gesundheit.

Albrecht Wehner
Team Gesundheitsmanagement bei der TK

DAK

Krankenstand trotz Corona stabil

Die Coronakrise hinterlässt Spuren im Krankenstand: Im ersten Halbjahr 2020 ist fast jeder fünfte Fehltag (18,3 Prozent) im Job auf eine Atemwegserkrankung zurückzuführen. Die Anzahl der Fehltage steigt in dieser Krankheitsgruppe um zwölf Prozent auf 140 Tage je 100 Beschäftigte. Auf Covid-19 entfallen drei Fehltage. Einen Anstieg von sieben Prozent gibt es bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Depressionen. Insgesamt bleibt der Krankenstand im ersten Halbjahr 2020 jedoch stabil bei 4,2 Prozent – so das Ergebnis einer aktuellen Analyse der DAK-Gesundheit.

Grund ist vor allem ein leichter Rückgang der Fehlzeiten durch Verletzungen. Zudem sind weniger Beschäftigte wegen Krankheit arbeitsunfähig als im Vorjahreshalbjahr. Die Mehrheit (68 Prozent) hat in den ersten sechs Monaten 2020 keine einzige Krankmeldung.

Trotz Coronakrise hat jeder DAK-versicherte Beschäftigte durchschnittlich genauso viele Fehltage wie im Vorjahreshalbjahr: 7,6 Tage. Im Monatsvergleich war der Krankenstand 2020 vor allem im Lockdown-Monat März mit 5,5 Prozent erhöht. Im April ging er bereits zurück, und in den Monaten Mai und Juni erreichte er mit 3,4 beziehungsweise 2,4 Prozent Tiefstände.

„Entgegen der Erwartungen ist ein nachhaltiger Anstieg der Arbeitsunfähigkeit ausgeblieben, obwohl es wegen der Pandemie noch bis Ende Mai die telefonische Krankschreibung gab“, erklärt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Das zeigt, dass einfache Lösungen für das Krankschreibungs-Geschehen sehr sinnvoll sind.“

Die DAK-Gesundheit begrüßt deshalb die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kürzlich beschlossene Krankschreibung per Videosprechstunde. „Wir müssen nicht nur bei Covid-19, sondern bei vielen Erkrankungen generell die Ansteckungsgefahr für das Praxispersonal und für andere Patienten mit bedenken.“ *pm*

www.dak.de

KKH

Eltern in Sorge vor Smartphone-Sucht

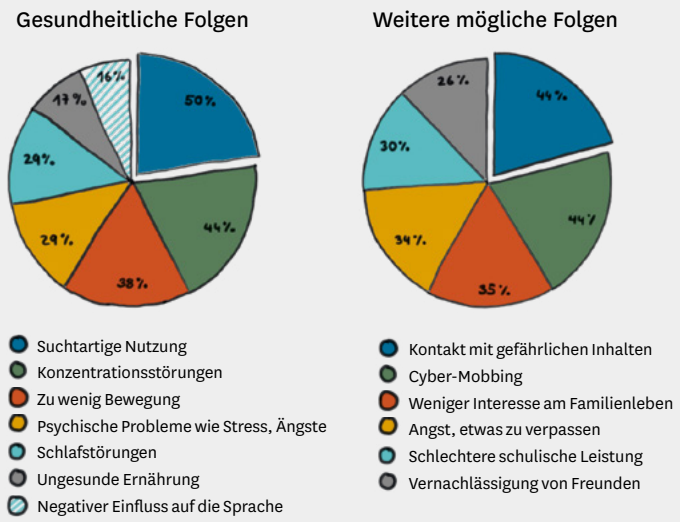
Angesichts geschlossener Schulen, Kurzarbeit und Homeoffice durch die Corona-Pandemie entpuppte sich das Smartphone – ebenso wie PC und Tablet – als echter Krisen-Joker für Mütter und Väter, wenn es um die Beschäftigung ihrer Kinder ging. Doch nach und nach normalisiert sich die Lage. Damit kehren auch die Sorgen vieler Eltern zurück, der ständige Umgang mit dem digitalen Allrounder könne ihren Kindern schaden. So befürchten laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse 44 Prozent der Eltern, ihr Kind könne via Handy mit nicht altersgerechten, gefährlichen Inhalten in Kontakt kommen. Ebenso viele machen sich Gedanken darüber, dass ihr Nachwuchs beleidigt oder bedroht, sprich Opfer von Cyber-Mobbing werden könnte.

Große Sorgen bereiten Müttern und Vätern auch mögliche gesundheitliche Folgen durch übermäßigen Handygebrauch. So fürchtet die Hälfte der Befragten, ihr Kind könnte süchtig werden. 44 Prozent halten negative Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit für wahrscheinlich. An dritter Stelle mit 38 Prozent stehen Gesundheitsrisiken durch zu wenig Bewegung.

Die Sorgen der Eltern scheinen nicht unbegründet zu sein. Daten der KKH zeigen, dass immer mehr Kinder und Jugendliche unter Krankheiten leiden, die früher eher untypisch waren. Die Entwicklung von fünf Krankheitsbildern von 2008 auf 2018 zeigt das exemplarisch: Extremes Übergewicht (Adipositas) nahm um knapp 27 Prozent zu. Motorische Entwicklungsstörungen stiegen um rund 52 Prozent, bei den 15- bis 18-Jährigen drastisch um rund 137 Prozent. Bei Sprach- und Sprechstörungen verzeichnet die KKH einen Anstieg um knapp 57 Prozent – bei den 15- bis 18-Jährigen sogar um rund 157 Prozent. Schlafstörungen nahmen um rund 32 Prozent zu, am deutlichsten bei Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren um mehr als 86 Prozent. ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung), die unter anderem mit Konzentrationsmangel einhergehen kann, stieg um rund zwölf Prozent. *pm*

www.kkh.de

Sorgen von Eltern aufgrund der Smartphone-Nutzung ihres Kindes



Quelle: KKH Kaufmännische Krankenkasse *Basis: 1.004 befragte Eltern von 10- bis 18-Jährigen mit eigenem Smartphone; Mehrfachnennungen möglich.*

BARMER

ePA: Transparenz schaffen

Die elektronische Patientenakte (ePA) geht zum 1. Januar 2021 an den Start. Zu den Pflichten der Ärzteschaft gehört dann nicht nur, diese zu befüllen, sondern auch ihre Patienten bei deren Nutzung zu unterstützen. Allerdings fühlen sich nur 27 Prozent der Ärzte gut oder sehr gut für eine Beratung zur ePA gewappnet, die den Patienten Doppeluntersuchungen ersparen und für eine effizientere Kommunikation sorgen soll. 40 Prozent der Befragten sind unentschieden.

Das geht aus einer repräsentativen Umfrage der Barmer unter 1.000 Ärztinnen und Ärzten von März bis Mai dieses Jahres hervor. Zudem wünschen sich 94 Prozent mehr Informationen. „Mit der Einführung der ePA als neuem Arbeitsinstrument startet nicht nur für die Versicherten, sondern auch für ihre Ärztinnen und Ärzte eine Lernphase. Wir wollen die Ärzteschaft mit einer FAQ-Liste unterstützen, die die wichtigsten Fragen zu dem Thema klärt", so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer, Jürgen Rothmaier.

Wie aus der Umfrage weiter hervorgeht, wünschen sich 57 Prozent der Befragten auch mehr Informationen zur elektronischen Patientenakte als Instrument zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten. Darüber hinaus sind die Datensicherheit und die Anbindung der ePA an die Telematikinfrastruktur für mehr als die Hälfte der Befragten besonders von Interesse. „Bewähren wird sich die ePA, wenn Ärzte sie in ihren Alltag integrieren. Alle positiven Effekte, die wir uns erhoffen, wie eine bessere Transparenz zum Gesundheitsstatus der Patienten oder die Vermeidung von Fehlmedikation, hängen davon ab, dass Ärzte die Akte nutzen und empfehlen", sagt Rothmaier. Aus diesem Grund sei es wichtig, so viel Transparenz wie möglich darüber zu schaffen, was auf alle Beteiligten zukommt. *pm*

www.barmer.de

TK

Hautkrebs-Screening wenig genutzt

Nur knapp jeder fünfte gesetzlich Versicherte geht während eines Jahres zum Hautkrebsscreening. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK). Bundesweit nahmen im Jahr 2018 etwa 19,7 Prozent ein Screening bei ihrem Haus- oder Hautarzt in Anspruch, 2019 waren es knapp 19 Prozent.

Im Vergleich zu den Vorjahren liegen die Screening-Zahlen auf einem ähnlichen Niveau, auch von 2015 bis 2017 ging nur etwa jeder Fünfte zur Vorsorge. „Dabei ist Hautkrebs mit jährlich über einer Viertelmillion Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Und es gilt: „Je früher Hautkrebs erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen", sagt Tim Steimle, Leiter des Fachbereichs Arzneimittel bei der TK. „Wer einen Verdacht hat, weil sich zum Beispiel Flecken auf der Haut neu bilden oder Flecken sich verändern, sollte unbedingt seinen Hausarzt oder Dermatologen aufsuchen."

Der Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen ergänzt mit Blick auf die Jahreszeit: „Gerade jetzt im Sommer, wenn wir viel draußen sind – durch die Corona-Pandemie vielleicht noch mehr als sonst –, ist es sehr wichtig, sich mit Kleidung und ausreichend Sonnencreme zu schützen, um das Risiko zu minimieren. Dass gute Sonnencreme dabei nicht teuer sein muss, haben unsere aktuellen Untersuchungen für Stiftung Warentest gerade wieder gezeigt."

Die Datenauswertung zeigt regionale Unterschiede: Spitzenreiter bei den Screenings ist Sachsen, hier gingen 21,9 Prozent (2018) und 21 Prozent (2019) zur Hautkrebsvorsorge. Es folgen Nordrhein-Westfalen mit 21 Prozent (2018) und 20,5 Prozent (2019). In Berlin liegen die Werte in beiden Jahren unter 17 Prozent. Von den Hauptstädtern ging damit nur etwa jeder Sechste in einem Jahr zur Vorsorge. *pm*

www.tk.de

HKK

Masernschutz – bei Bremer Kita-Kindern unzureichend

Foto: hkk

Die Impflücken bei Masern sind in Bremen größer als gedacht. Denn nur 84 Prozent aller Bremer Kita-Kinder, die zu Beginn des neuen Kita-Jahres zwischen 2,5 und 3,5 Jahre alt sind, sind vollständig gegen Masern geimpft. Nicht viel besser sieht es bei den im Sommer schulpflichtigen Kindern aus. Hier sind es knapp 87 Prozent. Das ist das Ergebnis der aktuellen Datenanalyse der hkk Krankenkasse.

Masern sind hoch ansteckend und können zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen. Gerade bei Kindern unter fünf Jahren und Erwachsenen können Masern zu schweren Komplikationen, wie zum Beispiel Hirnhautentzündung, führen. Kinder im Alter bis zu zwei Jahren erkranken statistisch gesehen am häufigsten an Masern.

Die Impfquote bei Bremer Kita-Kindern liegt zwar über dem Bundesdurchschnitt (74 Prozent), ist aber nicht ausreichend für einen effektiven Herdenschutz. „Um die Verbreitung von Masern zu verhindern, sind mindestens 95 Prozent nötig", erklärt der Bereichsleiter des Versorgungsmanagements, Dr. Cornelius Erbe. „Deshalb empfehlen wir Eltern, wenn die Grundimmunisierung noch nicht abgeschlossen ist, die Impfung unbedingt nachzuholen, bevor das neue Kita-Jahr beginnt", so Erbe weiter. *pm*

www.hkk.de

CORONA

Stunde der digitalen Gesundheit

Die Corona-Pandemie ist die größte Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen. Gefragt waren und sind innovative und unkonventionelle Lösungen. Dazu zählen insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen. Mit der anstehenden ersten Zulassung einer „App auf Rezept“ im Sommer dieses Jahres und der Einführung der elektronischen Patientenakte im kommenden Jahr verfügt Deutschland über gute Voraussetzungen, um zum digitalen Vorreiter zu werden.

/ Text / **Jörg F. Debatin**

Wichtige regulatorische und technische Grundlagen waren bereits vor Corona gelegt: der Wegfall des Fernbehandlungsverbots oder die Entwicklung von Telemedizin-Plattformen. Innovationen wie Video-Sprechstunden, Bots und Apps ermöglichen Datenaustausch und Kommunikation ohne menschliches Zusammentreffen. Ihr Einsatz senkt das Infektionsrisiko ganz allgemein und schützt vor allem das medizinische Personal. Wir erleben die Stunde der digitalen Gesundheit, in der der Nutzen digitaler Anwendungen für Patienten und Ärzte erstmals sichtbar wird. Dieses neue Erleben und die damit verbundene Offenheit für Digital Health ist bei Ärzten und Patienten quasi über Nacht entstanden. Große und kleine Unternehmen und Start-ups stellen ihre Plattformen, Tools und Apps vielfach noch immer kostenlos zur Verfügung, damit wir alle die Krise besser bestehen und vor allem auch die Risikopatienten zu Hause bleiben können.

Foto: Jan Pauls

Prof. Dr. Jörg F. Debatin
Chairman des health innovation hub (hih)

Zwei Beispiele von vielen: Das Berliner Start-up Kinderheldin gibt wegen Corona verunsicherten Eltern und Schwangeren Orientierung und informiert über Schutzmaßnahmen; über die App Keleya können digitale Geburtsvorbereitungskurse wahrgenommen werden. Patienten sollten auch weiterhin nur in medizinisch dringenden Fällen Arztpraxen und Krankenhäuser aufsuchen. Daher hatten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband die Begrenzungsregelungen bei den Videosprechstunden aufgehoben – eine Maßnahme, die fortgeführt werden sollte.

Die Konsultation per Video als Ergänzung zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ist wertvoll – nicht nur, aber vor allem während einer Pandemie. Digitale Physiotherapieanwendungen wie Kaia oder virtuelle Terminplattformen wie Physioflix verzeichneten eine Rekordnachfrage. Plötzlich ging und geht vieles, was vor Wochen noch undenkbar war! Die neue – digitale – Normalität wird die Zukunft prägen, weil sie die Gesundheitsversorgung sicherer, besser und bequemer macht.

Mehr in IT investieren

Das gilt auch für die Krankenhäuser. Das „Register der Intensivbettenkapazitäten“ (DIVI Intensivregister) und die Teleintensivmedizin „Tele-ICU“ können in Zukunft zu kommunizierenden Röhren werden. Mit dem DIVI Intensivregister wurde in der Krise früh etwas geschaffen, was sich die Rettungs- und Intensivmediziner seit langer Zeit gewünscht haben: ein bundesweites, belastbares und aktuelles Dashboard zu der Kapazität von Intensiv- beziehungsweise Beatmungsbetten anhand einiger weniger standardisierter Parameter. Die deutschen Krankenhäuser müssen in den kommenden Jahren stärker in ihre IT-Systeme investieren.

Zudem stellt sich die Frage, ob es noch zeitgemäß ist, von einem 200-Betten-Haus zu verlangen, alle Patientendaten auf dem Campus zu halten, keinerlei Cloud-Produkte zu verwenden und sich dabei maximal der digitalen Transformation zu öffnen – mit 2,5 Vollkräften in der „EDV“. Wir brauchen eine möglichst zentral regulierte, sicherere und effizient bewirtschaftete Krankenhaus-Cloud, die es ermöglicht, sämtliche Daten

des Krankenhausinformationssystems (KIS) zu speichern und, sofern vom Patienten gewünscht, anderen Leistungserbringern im Bedarfsfall interoperabel verfügbar zu machen. Ich würde mir wünschen, dass daraus ein weiterer, neuer Auftrag für die Gematik erwächst.

Daten- und Gesundheitsschutz

Innerhalb weniger Monate wurde in engem Austausch mit Datenschützern eine Tracing-App, die „Corona-Warn-App“, entwickelt. Daten- und Gesundheitsschutz schließen sich nicht aus, sondern bedingen sich! Das sehen auch die Bürger so: Sieben von zehn würden für den Kampf gegen das Virus ihre Gesundheitsdaten wie Körpertemperatur, Bewegungsprofil oder soziale Kontaktpunkte öffentlichen Institutionen (wie zum Beispiel dem Robert Koch-Institut) zur Verfügung stellen, ergab eine Befragung zu Beginn der Pandemie.

Zum Schlüssel der Datenhaltung des Patienten wird die elektronische Patientenakte (ePA) zum 1. Januar 2021. Sämtliche Gesundheitsinformationen werden standardisiert, datensicher und zugreifbar für alle Healthcare-Professionals zusammengefasst, sofern der Patient dies wünscht. In einem ersten Schritt werden lediglich die relevantesten Patientendaten in die ePA überführt und zur Verfügung stehen. Mit derart zentralisierten, Cloud-basierten Ansätzen wird es möglich, Digitalisierung mit hoher Qualität und maximalem Schutz, datenschutzkonform und zu vertretbaren Kosten in die Breite der Versorgung zu bringen.

Chance auf Vorreiterrolle nutzen

Deutschland profitiert von einer breit aufgestellten Digital-Health-Technologieszene, die sich trotz aller Widrigkeiten in den vergangenen fünf Jahren in Deutschland hat entwickeln können. Unvergessen bleibt der digitale Ideenwettbewerb #WirvsVirus-Hackathon – dem größten, der jemals weltweit stattgefunden hat (und dass im lange technikskeptischen Deutschland). Ein exzellentes Beispiel für das ehrenamtliche Engagement von Experten auch aus den Bereichen Digitalisierung und Gesundheit. Entstanden sind unter anderem vielversprechende Ansätze zur Digitalisierung der öffentlichen Gesundheitsämter. Kaum ein anderes Land weltweit kann auf so viele Technologien verweisen, die als Medizinprodukte zertifiziert sind.

Deutschland profitiert von einer breit aufgestellten Digital-Health-Technologieszene.

Ob elektronische Patientenakte, Ausbau der Telematikinfrastruktur für den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken oder die Verschreibungsmöglichkeit digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) – kein anderes Land hat in den vergangenen zwei Jahren derart viele Projekte auf den Weg gebracht. Der „Fast Track“, die Möglichkeit digitale Gesundheitsanwendungen durch Ärzte per Rezept zu verschreiben, wird in der Breite bereits diesen Sommer in ganz Deutschland kommen.

Diese explosive Entwicklung ist nicht nur, aber auch der regulatorischen Vorarbeit des Bundesgesundheitsministeriums in den vergangenen zwei Jahren zu verdanken. All dies hat uns in der aktuellen Situation in eine Position versetzt, um die uns inzwischen viele Länder weltweit beneiden. Dabei dürfen wir allerdings nicht verharren, denn jetzt geht es vor allem darum, diese Projekte so umzusetzen, dass ihr Nutzen für Patienten und Ärzte noch deutlicher erfahrbar wird.

STRATEGIE

Politikmanagement beim Corona-Schock

Mit epochaler Drastik hat sich ein Virus den Weg in alle Gesellschaften der Welt gebahnt. Wenn Risiko zum Regelfall bei politischen Entscheidungen wird, hat dies Konsequenzen für den Modus des demokratischen Entscheidens.

/ Text / **Karl-Rudolf Korte**

Wer mit dem Überraschenden rechnet, ist nicht nur vom Zufall abhängig. Wer Komplexitäts-Kompetenz und Verunsicherungsfähigkeit besitzt, erkennt die besonderen Momente der politischen Wendungen, in denen das Sichere kippt. In Zeiten des Gewissheitsschwundes wachsen die Zumutungen für die politischen Akteure, aber auch für die Regierungsformation – im Bund und in den Ländern –insgesamt. Damit zu rechnen, macht die Klugheit von Strategiefähigkeit aus. Die neue formative Phase des politischen Entscheidens steht unter dem permanenten Druck wachsender Komplexität, zunehmender Unsicherheit, steigendem Nichtwissen, dynamischen Zeitbeschleunigungen und exponentiellen Risikoerwartungen. Das deutsche politische System hat mit robuster Funktionsfähigkeit eines besonderen Regierungshandelns darauf professionell reagiert. Als Resilienzstärke erweist sich einmal mehr die Kombination aus Politikmanagement und Verwaltungsaufbau. Träger dieses deutschen Sonderwegs sind vor allem die drei gebietskörperschaftlichen Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden.

Foto: UDE

Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte
Politikwissenschaftler an der Universität Duisburg-Essen (UDE) und Direktor der „NRW School of Governance“

Die Politik muss mit dem Virus weiter rechnen. Die politische Corona-Gesellschaft verfügt idealerweise über kollektive Erfahrungen, die Pandemie als externen Schock eingehegt zu haben. Das sind nicht zu unterschätzende Identitäts-Angebote, die Zuversicht enthalten. Auf Selbstwirksamkeit zielte vor allem der TV-Auftritt der Bundeskanzlerin. Jeder kann etwas für die Gesellschaft tun und damit eminent politisch sein. Trotz radikaler Einschränkungen half Solidarität konstruktiv. Soziale Verhaltensformen der Selbstwirksamkeit – nicht technik-, sondern sozial getrieben – zeigten ganz offensichtlich Wirkungen im Kampf gegen die Pandemie. Im „Rausch des Positiven“ (M. Horx) leben die Bundesbürger nunmehr mit dem Gefühl der geglückten Angstüberwindung. Die Bewältigung stärkt nicht nur das Gemeinwohl und das republikanische Wir, sondern die Corona-Erfahrungen machen auch kollektiv stark: Der Staat und seine Bürger sind nicht ihren Ängsten erlegen. Das unterfüttert die politische Mitte. Daraus kann nicht nur eine generationsspezifische Corona-Kohorte werden, sondern auch eine Corona-Solidargemeinschaft. Die Bürger haben erfahren, dass sich unser politisches System handlungsfähig und widerstandsfähig zeigt. Das schließt den Protest an den Maßnahmen – aus rationalen oder irrationalen Gründen – nicht aus. Aber daran lässt sich aus

dem Blickwinkel von Politikmanagement perspektivisch anknüpfen. Denn aus wieder neu gewachsener Responsivität und erkennbarem Vertrauen kann auch ein Steuerungsoptimismus für die Politik erwachsen. Politische Führung wird keinesfalls per se einfacher, aber die zu Führenden sind vermutlich weniger skeptisch als in Prä-Corona-Zeiten. Die Corona-Politik hat das Reservoir an Vertrauen als Handlungskredit der politischen Elite wieder aufgefüllt. Vom Personenvertrauen kann auch ein Transfer auf Systemvertrauen erfolgen. Denn Vertrauen führt.

Trotz der Krisen-Stabilisierung des Gemeinwesens erkennen wir gerade jetzt, wie reparaturbedürftig unsere Gesellschaft ist. Das Kaputte, Defekte und Ungleiche der Prä-Corona-Zeit zeigt sich in der Post-Corona-Zeit noch aufdringlicher. Corona-Zeiten sind damit auch aufklärerische Zeiten, die vieles offenlegen, was mit entschleunigten Bewegungsabläufen klarer zu sehen ist. Das Coronavirus ist ein Ungleichheits-Virus, das keineswegs alle gleichermaßen trifft. Die Corona-Gesellschaft ist nicht besser als die Vor-Corona-Gesellschaft. Sie ist anders; keine völlig neue Realität; kein Danach, was sich wie ein Davor anfühlen wird.

Im „Rausch des Positiven“ (M. Horx) leben die Bundesbürger nunmehr mit dem Gefühl der geglückten Angstüberwindung.

Politik muss Vertrauen schaffen

Ob das Primat der Politik und die Renaissance einer Staatsbedürftigkeit anhalten, wird davon abhängen, wie es die Politik schafft, die Schlüsselkategorie Vertrauen zu stabilisieren. Merkel sagte zurecht: „Die ganze Bundesrepublik ist aufgebaut auf Vertrauen.“ Politik, die sichtbar, zurechenbar, zeitlich erkennbar und erklärend Probleme löst, hat sicher Chancen, populär zu bleiben. Nur über begründete Kommunikation kann die notwendige Mitwirkung der Bürger erreicht werden. Das Lockern und Wiederhochfahren ist in der zweiten Phase sicher schwieriger als das Runterfahren in der ersten. Unter den Bedingungen von Unsicherheit, Nicht-Wissen – vielfach auch Un-Wissen – fallen weiterhin Entscheidungen. Die Politiker zeigen sich lernend, unentschlossener. Unsicherheiten artikulieren sie, Kehrtwendungen könnten möglich werden. Traditionell galt dies als Schwäche von Politik. Mit Corona-Kreativität könnte es jetzt als Stärke interpretiert werden. Die Akteure der Un-Wahrheitsmärkte werden sich allerdings auch davon nicht abhalten, das System insgesamt infrage zu stellen.

Ins Zentrum rücken beim Primat der Politik auch Fragen der Verhältnismäßigkeit, vor allem in der Konsequenz des Grundrechtestaats. Wie stärken wir den Geltungscharakter von Grundrechten, über die wir als Bürger alle konstitutiv und immerwährend verfügen? Die Wertschätzung der Freiheit kann sich neu ausbalancieren. Viele spürten erstmals in der Konsequenz des Runterfahrens, wie wertvoll es ist, über das eigene Leben selbst bestimmen zu können. Das sind wichtige Erfahrungen und Diskussionen, die eine Post-Corona-Zeit begleiten, um demokratische Resilienz zu stärken.

Krisen-Vorsorge treibt Wähler um

Für das Superwahljahr 2021 stellen sich naheliegende Mobilisierungsherausforderungen. Rückblickend werden sich Wähler fragen, warum die Politik nicht ausreichend für den Pandemie-Fall vorbereitet war? Können Schuldige ausfindig gemacht werden? Doch das ist eher rückwärtsgerichtet. Zukunftsmobilisierend spielen die Themen eine Rolle, die strategisch Vorsorge ins Zentrum rücken. Vorsorge soll zukünftig Sicherheit schaffen. Was soll über eine agile und kritische Infrastruktur hinaus an Daseinsvorsorge im existenziellen Bereich erhalten bzw. aufgebaut werden? Wer sich dabei besonders um politische Verlassenheit im ländlichen Raum kümmert, wird auf Resonanz stoßen und gleichzeitig Vorsorge gegen politischen Extremismus betreiben.

Die entscheidende Frage wird sein: Welche Partei bietet am meisten sichernde Zukunft an? Krisengewinner können Möglichkeitsmacher sein mit konkreter Zuversicht. Politische Führung mit Zuversicht wird belohnt. Sie erkennt man auch daran, dass sie etwas für möglich hält, was man gerne auch selber mitgestalten möchte. Entschlossene Krisenlotsen sind immer auch Erklärer der Wut, gerade in Zeiten, in denen Wutvorräte auf den Straßen und in den sozialen Medien wachsen. Politiker, die übersetzen, moderieren und Zukunft erzählen, profitieren. Und: Wenn wir retten, welche Richtung geben wir der Rettung?

GESELLSCHAFT

Soziale Ungleichheit in Zeiten von Corona

Die seit Monaten andauernde Coronakrise hat neben der akuten Gesundheitsgefährdung auch weitreichende Folgen für Wirtschaft und Gesellschaft. So zeigt sich, dass die Pandemie soziale Ungleichheiten noch einmal verstärkt. Besonders betroffen sind sozialschwache Familien und Kinder. Hier müssen Präventionsmaßnahmen an Bedeutung gewinnen, um Gewalt und psychosozialen Belastungen entgegenzuwirken.

/ Text / **Gerd Glaeske**

Am 27. Januar 2020 wurde in Bayern die bundesweit erste Infektion mit dem neuartigen Coronavirus bestätigt. Ein 33-jähriger Mann steckte sich wahrscheinlich bei einer Kollegin aus China an. Die Ausbreitung konnte in Bayern noch erfolgreich eingedämmt werden. Vier Wochen später, am 26. Februar 2020, gab es dann die ersten Gruppeninfektionen im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg – die Menschen steckten sich bei einer Karnevalssitzung an. „Wir befinden uns am Beginn einer Pandemie“, urteilte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Danach war nichts mehr, wie es vorher einmal war. Die Infektionen breiteten sich aus, mehr und mehr Todesfälle wurden mit dem Coronavirus begründet, erste Großveranstaltungen wurden abgesagt, es folgte der Lockdown mit Maskenpflicht und Abstandsregeln. Die „Bildersprache“ vor allem aus Italien und Spanien war gewaltig: überfüllte Krankenhäuser und Intensivstationen, Militärfahrzeuge, die Särge mit Toten transportierten, Meldungen über mangelnde Schutzausrüstung in Krankenhäusern, Besuchsverbote in Alten- und Pflegeheimen und schließlich die Schließung von nicht-systemrelevanten öffentlichen Einrichtungen und Geschäften, Kitas und Kindergärten, Schulen, Hochschulen und Universitäten. Das neue Programm hieß Kurzarbeit, wenn die Menschen „Glück“ hatten, Homeoffice, Homeschooling oder Onlineangebote. Streamingdienste und Onlineversandhändler hatten Konjunktur.

Neben all der Diskursverengung in der öffentlichen Berichterstattung (Qualitätsmedien eingeschlossen) und den unzähligen politischen Diskussionen oder Talkshows blieb jedoch ein Thema viel zu lange Zeit im Verborgenen – nämlich die Frage, wie es eigentlich den Menschen im Lockdown geht, im Homeoffice, mit ihren Ängsten um den Verlust des Arbeitsplatzes oder um ihre Existenzgrundlage, mit der ungewohnten Enge im Zusammenleben in dieser unsicheren Situation. Hatte man zu Beginn der Pandemie noch die Hoffnung, dass mit Corona und der gesamten wirtschaftlichen Krise der Begriff Solidarität in der Gesellschaft und füreinander eine besondere Bedeutung bekäme, gewann das Bild im Verlauf des Lockdowns mehr und mehr an Klarheit.

So wurde aufgrund erster Publikationen und Erhebungen klar, dass nicht nur Menschen mit einer Immunschwäche besonders gefährdet sind, sondern auch die sozial schwachen Menschen; Menschen mit einem geringen Einkommen und mit wenig Ersparnissen, Menschen mit einer geringen Bildung, Menschen in engen Wohnverhältnissen lebend. Obwohl das Coronavirus keinen Unterschied zwischen Arm und Reich macht, verstärkte es die Ungleichheit in unserer Gesellschaft weiter. Der Politikwissenschaftler Christoph Butterwegge beispielsweise zeigt in einem Beitrag

Foto: Raphael Huenerfauth/ Photothek.net

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

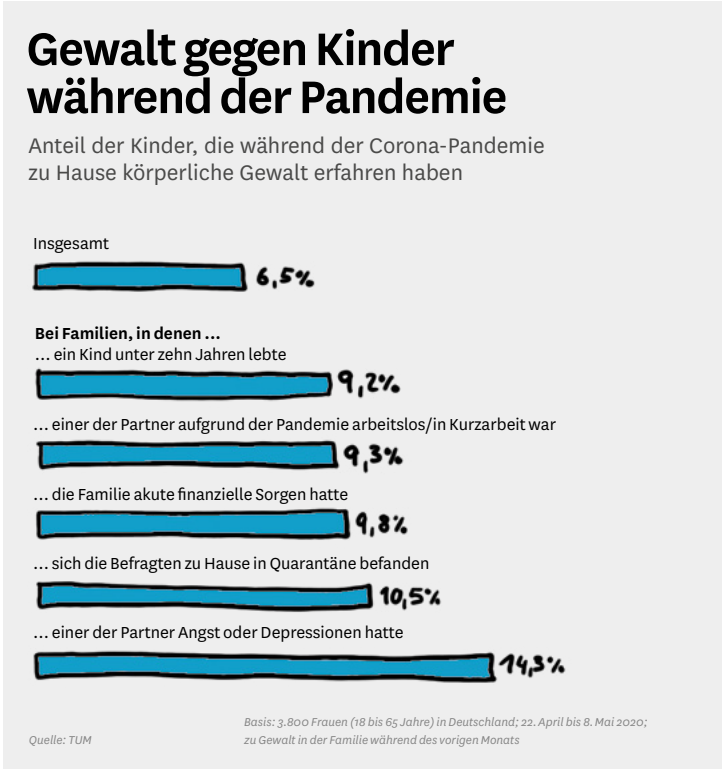
für Blickpunkt WiSo auf, dass die wirtschaftlichen und psychosozialen Belastungen vor allem Kinder, Jugendliche und Erwachsene trafen, die schon vor der Pandemie unter schwierigen Lebens- und Bildungslagen litten.

Kinder und Jugendliche, die von Quarantänemaßnahmen betroffen sind, gehören zu einer vulnerablen Gruppe, die – allerdings abhängig von der Lebenslage der Eltern oder des Umfeldes, in dem sie aufwachsen – von „Verwirklichungschancen“ wie der Sicherung des Zugangs zum Bildungssystem oder zur Unterstützung bei der Integration in den Arbeitsmarkt zeitweise ausgeschlossen werden. Dabei kann sich vor allem der Verlust von sozialen und kommunikativen Kontakten negativ auf das Wohlbefinden und die Ausgeglichenheit auswirken. In diesem Zusammenhang weisen britische Psychiater in einem Thesenpapier darauf hin, dass sich durch die Quarantäne die Gefahren eines möglichen Substanzmissbrauchs, einer übermäßigen Nutzung von elektronischen Spielen, von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlungen, des Verlusts von frei zugänglichem Schulessen und der Unterbrechung der sonst gelebten sozialen Kontakte vergrößern können.

Das „eingeschlossene“ Leben unter prekären Wohnbedingungen und wenig bildungsunterstützenden Angeboten (zum Beispiel durch das Fehlen eines Computers, durch wenig Kommunikation und wenig verständnisvollem familiärem Austausch) verstärken solche sozial bedingten Ungleichheiten. Dies trifft auch auf Kinder und Jugendliche mit körperlichen oder geistigen Behinderungen zu. Denn bei Kontaktverboten erhalten nicht einmal Betreuungspersonen Zugang zu ihnen. Kinder- und Jugendärzte in Deutschland sprechen in diesem Zusammenhang von einem möglicherweise traumatischen Verlust von wichtigen Bindungspersonen und weisen darauf hin, dass viele Kinder, Jugendliche und Familien insgesamt nicht die Resilienz besitzen, um die Einschränkungen folgenlos zu überstehen. Große Probleme hätten auch alleinerziehende Eltern, heißt es in einer Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. „Die Belastungen wiegen in sozial schwachen Familien besonders schwer und vergrößern die Risiken für eine gute Entwicklung von Kindern, sie erhöhen aber auch das Risiko, dass Kinder Vernachlässigung und Gewalt erfahren. Die schrittweise Öffnung von Kindertagesstätten sollte sich primär an dem Bedarf der Kinder und nicht der Eltern oder deren Arbeitgeber orientieren.“ (DAKJ, 2020).

Die Daten der Gewaltambulanz der Charité in Berlin bestätigen, wie sehr Kinder körperlicher Gewalt in den Quarantäne-Zeiten ausgesetzt sind. So gab es in den ersten Lockdown-Monaten deutlich schwerere Verletzungen und Brüche bei Kindern als in den Vor-Corona-Monaten, verursacht durch Tritte, Schläge und Prügel mit Gürteln, Kabeln und Stöcken, durch Würgen, Beißen und Erstickungsversuche. In normalen Schul- und Kita-Zeiten fallen Folgen von körperlicher Gewalt den Erzieher*innen und Lehrer*innen üblicherweise auf, es werden die Jungendämter eingeschaltet. Wegen der Corona-bedingten Schließung von Kitas und Schulen entfielen diese Kontrollinstanzen. Im Vergleich zum Juni 2019 stiegen im Juni dieses Jahres die Kontakte mit der Gewaltschutzambulanz um

Der Verlust von sozialen und kommunikativen Kontakten kann sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken.



Es geht auch um das Schicksal und die psychosozialen Belastungen vieler Menschen in existenziellen Notlagen.

30 Prozent an, 783 Gewaltopfer baten um Hilfe, acht Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum.

Eine weitere Studie – COPSY – mit über 1.000 Kindern und Jugendlichen sowie mehr als 1.500 Eltern, die am Universitätsklinikum in Hamburg durchgeführt wurde, zeigt die psychischen Folgen der Corona-Quarantäne. 71 Prozent der Befragten gaben an, sich durch die Krise belastet zu fühlen. Zwei Drittel berichteten von einer verminderten Lebensqualität und einem geringeren psychischen Wohlbefinden. Vor Corona war dies nur bei einem Drittel der Befragten der Fall. „Wir haben mit einer Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens in der Krise gerechnet. Dass sie allerdings so deutlich ausfällt, hat auch uns überrascht“, so Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Leiterin der Studie und der Forschungsgruppe „Child Public Health“. Der Schutz der psychosozialen Gesundheit ist daher neben den Strategien zur Infektionsvermeidung als eine gleichberechtigte Herausforderung in Pandemiezeiten nicht nur notwendig, sondern unverzichtbar.

Aber nicht nur Kinder und Jugendliche alleine benötigen unsere besondere Aufmerksamkeit. Aktuelle Erhebungen weisen auch auf die besondere Schutzbedürftigkeit von Frauen und ihren Kindern hin. So berichtete der Verein Frauenhauskoordinierung, dass beim Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ ein deutlicher Anstieg der Anrufe zu verzeichnen sei. Im Jahr 2019 zählte er insgesamt 44.700 Beratungsgespräche und damit 122 Gespräche pro Tag. Während er in den vergangenen Wochen im Zuge der Coronabedingten Einschränkungen täglich fast 150 Anrufe verzeichnete. Dabei muss eine Dunkelziffer berücksichtigt werden: Denn immer wieder wurde und wird darüber gemutmaßt, dass Frauen weniger Gelegenheit haben, das Hilfetelefon zu nutzen, wenn ihre Männer oder Lebenspartner ständig zu Hause sind.

Ähnlich bedrückende Ergebnisse ergaben sich aus einer Online-Befragung der Technischen Universität München und des Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung, an der 3.800 Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren teilnahmen. Diese Erhebung ist die erste deutsche Studie zu diesem Thema.

Die Auswertungen zeigten, dass

- 3,1 Prozent der Frauen zu Hause mindestens eine körperliche Auseinandersetzung erlebten, zum Beispiel Schläge. In 6,5 Prozent der Haushalte wurden Kinder von einem Haushaltsmitglied körperlich bestraft.
- 3,6 Prozent der Frauen von ihrem Partner zum Geschlechtsverkehr gezwungen wurden.
- 3,8 Prozent der Frauen sich von ihrem Partner bedroht fühlten. 2,2 Prozent duften ihr Haus nicht ohne seine Erlaubnis verlassen und in 4,6 Prozent der Fälle regulierte der Partner Kontakte der Frauen mit anderen Personen, auch digitale Kontakte.
- sofern akute finanzielle Sorgen vorlagen, es bei 8,4 Prozent zu körperlicher Gewalt gegen Frauen kam, in 9,8 Prozent gegen Kinder.
- es in 9,7 Prozent zu körperlicher Gewalt gegen Frauen kam, in 14,3 Prozent zu körperlicher Gewalt gegen Kinder, wenn einer der Partner unter Angst oder Depressionen litt.
- es auch Haushalte mit Kindern unter zehn Jahren betraf. Hier richtete sich die körperliche Gewalt gegen 6,3 Prozent der Frauen und gegen 9,2 Prozent der Kinder.

Zielgruppenspezifische Präventions- und Interventionsstrategien müssen daher Notbetreuungsmaßnahmen für Kinder in Kitas oder anderen Einrichtungen vorsehen. Zudem müssen aber auch psychologische Beratungsdienste angeboten werden, um insbesondere das erkennbare Gewaltpotenzial bei Ängsten und Depressionen gegenüber Frauen und Kindern abbauen zu können. Solche Einrichtungen müssen ohne soziale oder finanzielle Barrieren nutzbar gemacht werden. Darüber hinaus muss die Systemrelevanz von Schutzräumen, wie etwa Frauenhäuser, in solchen Krisenzeiten noch mehr als schon üblich anerkannt werden, um eine Hilfe für Frauen und ihre Kinder vor gewalttätigen Partnern, Ehemännern und Vätern der Kinder anbieten zu können.

Neben allen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Interventionen dürfen solche individuellen Präventionsmaßnahmen im häuslichen Zusammenhang von erkennbar vulnerablen Gruppen, und da vor allem von Frauen und Kindern, nicht übersehen werden. Es geht eben nicht nur um das Coronavirus, sondern auch um das Schicksal und die psychosozialen Belastungen vieler Menschen in existenziellen Notlagen.

Deutsche EU-Ratspräsidentschaft

Von der größten Bewährungsprobe in der Geschichte der Europäischen Union (EU) hat Bundeskanzlerin Angela Merkel gesprochen – kurz nachdem Deutschland am 1. Juli den EU-Ratsvorsitz übernommen hatte. Den Weg aus der Coronakrise zu weisen und gleichzeitig den europäischen „Solidaritätsmotor“ anzukurbeln, kennzeichnet diese Präsidentschaft, die unter dem Motto „Gemeinsam. Europa wieder stark machen.“ steht. Das wird Aufwind und Kraft geben für wichtige Themen wie Grundrechte, Zusammenhalt, Klimaschutz und Digitalisierung. Mit vereinten Kräften müssen auch die gesundheitspolitischen Vorhaben angegangen werden. Für die Bundeskanzlerin geht es insbesondere um die Frage, wie Europas Souveränität im Gesundheitssektor gestärkt werden könnte.

Zu den großen gesundheitspolitischen Schwerpunkten der deutschen EU-Ratspräsidentschaft gehören die Verbesserung des EU-Krisenmanagements, die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, die Schaffung eines europäischen Gesundheitsdatenraums und die Stärkung der Rolle der EU in der globalen Gesundheit. Aber auch das Management neuer EU-Vorhaben steht auf Deutschlands Präsidentschaftsagenda. Ein Beispiel hierfür ist die „Arzneimittelstrategie für Europa“, die zum Ziel hat, allen Patientinnen und Patienten den Zugang zu einer optimalen Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist, die europaweit bestehenden Lieferengpässe bei Arzneimitteln zu beseitigen. Nicht nur hier spielen Vernetzung und Digitalisierung bedeutende Rollen.

EUROPÄISCHE UNION

Präsidentschaft in herausfordernden Zeiten

Deutschland hat am 1. Juli 2020 den Staffelstab von Kroatien und damit den Vorsitz im Rat der Europäischen Union (EU) übernommen. Mit dem Motto „Gemeinsam. Europa wieder stark machen.“ steht der Vorsitz unter dem Zeichen der Coronakrise und der Bewältigung ihrer Folgen. Bundeskanzlerin Angela Merkel hob in ihrer Rede vor dem Europäischen Parlament am 8. Juli 2020 hervor, dass es der Gemeinsinn sei, der Europa nach der Krise werde stärker werden lasse. Europäische Solidarität sei nicht einfach nur eine humane Geste, sondern eine nachhaltige Investition. Deutschland sei bereit zu außerordentlicher Solidarität.

/ Text / **Ulrich Mohr**

Das Leitthema der nunmehr siebten deutschen EU-Ratspräsidentschaft muss in den sechs Monaten der deutschen Amtszeit mit Leben gefüllt werden. Die Covid-19-Pandemie muss überwunden und Europa wieder schnell aufgebaut werden; in wirtschaftlicher wie in sozialer Hinsicht. Diese Aufgabe bildet auch den Kern der Trio-Präsidentschaft mit Portugal und Slowenien. Doch es ist nicht die einzige Aufgabe, die sich Deutschland stellt. Das Programm der Bundesregierung wird neben der Covid-19-Pandemie auch maßgeblich durch die Verhandlungen mitbestimmt, um die Zeit nach dem Brexit zu gestalten. Und die gestalten sich als schwierig. Darüber hinaus hat Deutschland den mehrjährigen Haushalt der EU auf die Beine zu stellen. Zudem ist einiges an Arbeitsaufträgen noch von Kroatien geerbt worden, das kalt von der Krise erwischt worden war.

In die EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands fällt das von der EU-Kommission vorgeschlagene und mit 750 Milliarden Euro ausgestattete Instrument „Next Generation EU“ und eine gezielte Verstärkung des langfristigen EU-Haushalts 2021 bis 2027. Hierzu hat es auf dem mehrtägigen Gipfel der Staats- und Regierungschefinnen und -chefs im Juli in Brüssel nach langem Ringen eine grundlegende Einigung gegeben. Die finanzielle Schlagkraft des EU-Haushalts soll sich auf über 1,8 Billionen Euro erhöhen. Nun ist das Parlament am Zug. Auch wenn die Krisenbekämpfung das Präsidentschaftsprogramm prägt, soll es dennoch keine reine „Corona-Präsidentschaft“ werden. Es wird vielmehr eine Präsidentschaft des Übergangs, die den Weg aus der Krise in eine grünere und digitale Zukunft ebnen soll. Europa soll innovativer, gerechter und nachhaltiger werden. Und es soll seine starke Stellung in der Weltgemeinschaft neben den Vereinigten Staaten und China behaupten. Eine Stellung, die auf Sicherheit und gemeinsamen Werten beruht.

Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrich Mohr
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek und Stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung

Foto: AA/photothek

Ratsschlussfolgerungen

Mit Schlussfolgerungen legt der Europäische Rat dar, welche Maßnahmen eingeleitet oder welche Ziele erreicht werden sollen. Er kann so die politische Agenda der EU beeinflussen.

Möbiusband

Das Möbiusband bezeichnet eine Fläche, die nur eine Kante und eine Seite hat und keine Orientierung zulässt. Es ziert das Logo der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2020. Es soll als Symbol für Beständigkeit verstanden werden.

Subsidiaritätsprinzip

Das Subsidiaritätsprinzip schließt ein Tätigwerden der EU aus, wenn etwas auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene wirksam durch die Mitgliedstaaten geregelt werden kann. Umgekehrt ermächtigt es die EU, wenn die Ziele einer Maßnahme von den Mitgliedstaaten nicht ausreichend erreicht werden können und ein Handeln auf der Ebene der EU zu einem Mehrwert führt.

EU4Health

Das Programm soll unter anderem ermöglichen, medizinische Versorgungsgüter zu bevorraten, die Überwachung von Gesundheitsgefahren zu verstärken und die Belastbarkeit der Gesundheitssysteme zu steigern. Dafür sollen 1,7 Milliarden Euro bereitgestellt werden.

Die operative Einheit zur Umsetzung der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, die Ständige Vertretung in Brüssel, wird alle Hände voll zu tun haben, die mannigfaltigen Aufgabenstellungen in der kurzen Zeit umzusetzen. Hier hat Deutschland nun die Rolle des Moderators zu übernehmen. Doch auch als „ehrlicher Makler“ darf man eigene Interessen haben.

Gesundheitspolitisch hat sich Deutschland vier Schwerpunkte gesetzt:

- Das EU-Krisenmanagement soll besser werden. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) soll gestärkt und in die Lage versetzt werden, seine Prognosefähigkeit zu verbessern, unter anderem durch die Entwicklung eines digitalen Frühwarnsystems. Deutschland wird auch das neue Programm EU4Health beraten müssen.

- Besonders wichtig ist Deutschland die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln. Hier geht es um die Qualität von Arzneimittelwirkstoffen sowie um mehr Transparenz über Produktionsstätten sowie die Diversifizierung von Bezugswegen. Europa soll in der Wirkstoffproduktion für besonders wichtige Arzneimittel enger zusammenarbeiten, um unabhängiger von den Weltmärkten zu werden.

- Durch die Schaffung eines transparenten und rechtssicheren europäischen Gesundheitsdatenraums soll der Zugang und Austausch von gesundheitsbezogenen Daten erleichtert und besser werden. Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft will hierfür die Weichen stellen.

- Europa soll sich in internationale Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stärker einbringen. Die Initiative der finnischen Ratspräsidentschaft zur Stärkung der Rolle der EU in der globalen Gesundheit soll weiteren Schwung bekommen. Eine Zwischenbilanz erfolgt auf dem Weltgesundheitsgipfel vom 25. bis 27. Oktober 2020 in Berlin.

Über die eigenen Schwerpunkte hinaus hat Deutschland die neuen EU-Vorhaben zu managen. Richtungsweisend für die Arbeit ist hier das angepasste Arbeitsprogramm der EU-Kommission für das Jahr 2020. Dieses beinhaltet unter anderem den europäischen Plan zur Krebsbekämpfung und eine Arzneimittelstrategie. Daneben muss das neue Gesundheitsprogramm EU4Health zur Stärkung der Gesundheitssysteme umgesetzt werden, dass allerdings nach den Beschlüssen auf dem EU-Gipfel im Juli ohne Mittel aus dem „Next Generation EU“-Topf zur Abfederung der Corona-Folgen auskommen soll.

Und natürlich gibt es laufende Vorgänge. Im Gesundheitsbereich steht nach wie vor der Abschluss des Verordnungsvorschlags über die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) aus. Und es ist keineswegs sicher, dass es unter deutscher Moderation gelingt, einen Kompromiss zu finden. Auch die für die Sozialversicherung relevante Revision des Koordinierungsrechts ist noch nicht ausverhandelt.

Unterm Strich ist es aber weniger die konkrete Rechtsetzung, mit der sich Deutschland in seiner Amtszeit auseinanderzusetzen hat. Es sind die politischen Fragen im Zusammenhang mit den großen Transformationsprozessen wie dem Klimawandel, der Digitalisierung oder dem Wandel der Arbeitswelt, die bewegt werden müssen; daneben die wirtschaftliche und soziale Erholung nach der Krise. Es ist gut, dass in dieser herausfordernden Zeit ein starkes Mitgliedsland wie Deutschland den Ratsvorsitz führt.

KOMMENTAR

Auf die eigentliche Stärke besinnen

/ Text / **Ilka Wölfle**

Die Covid-19-Pandemie hat Europa kalt erwischt. Grenzen wurden geschlossen, wichtige Versorgungsgüter im eigenen Land gehalten. Solidarität sieht anders aus. Helmut Kohl hatte einst mit Blick auf das europäische Projekt gesagt: „Das Wichtigste ist das Vertrauen." Dieses Vertrauen hat gelitten. Doch es gab auch gute Momente. Deutschland hat seine Krankenhäuser für Covid-19-Patientinnen und -Patienten unbürokratisch geöffnet. Auch das Koordinierungsrecht, das die zwischenstaatlichen Beziehungen in Europa einheitlich regelt, hat den Härtetest gut bestanden. Darauf kann man stolz sein.

Die Coronakrise hat die Verletzlichkeit des alten Kontinents gezeigt – Bürgerinnen und Bürger, Politikerinnen und Politiker wünschen jetzt Sicherheit. Viel ist in diesen Tagen die Rede von einer neuen, strategischen Unabhängigkeit Europas. Ausfuhrstopps aus Indien und China haben die Abhängigkeit nicht nur bei der Schutzausrüstung, sondern auch bei wichtigen Arzneimitteln schmerzhaft deutlich gemacht. Wichtige Produkte wie Antibiotika waren darunter. In einer kraftvollen Entschließung hat das Europäische Parlament in seiner letzten Sitzung vor der Sommerpause angemahnt, Europa müsse bei medizinischen Gütern seine Souveränität zurückerlangen. Auch Deutschland ist dafür, wichtige Produktionen zurück nach Europa zu holen. Im Rahmen ihrer Arzneimittelstrategie, welche die EU-Kommission Ende des Jahres vorstellen will, werden diese Themen eine zentrale Rolle spielen.

Die Reaktionen sind verständlich, werden aber nicht alle Probleme lösen. Wichtig erscheint, dass sich Europa auf seine eigentliche Stärke bezieht. Das ist der Binnenmarkt. Viel wäre gewonnen, wenn es gelingt, eine bessere Marktübersicht zu schaffen; möglichst in Echtzeit. Transparenz ist zwingend erforderlich, um zu sehen, welche Versorgungsgüter verfügbar sind und welche knapp werden. Gerade bei Arzneimitteln und wichtigen Wirkstoffen. Hier ist europäische Zusammenarbeit gefordert.

Arzneimittelengpässe müssen, sobald sie sich andeuten, angezeigt werden, damit Ärzte und Apotheken frühzeitig umplanen können. Sie entstehen auch häufig gar nicht erst, wenn Hemmnisse im grenzüberschreitenden Warenaustausch beseitigt würden. Ein Import beispielsweise von Arzneimitteln sollte nicht an fremdsprachlichen Beipackzetteln oder unterschiedlichen Verpackungen scheitern. Alle würden profitieren, wenn Reserven und Notfallvorräte gemeinsam und dezentral angelegt würden und schnell elektronisch abrufbar wären. Um hier effektiv und effizient handeln zu können, muss sich Europa digital vernetzen. Der Interoperabiltität der Systeme kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Das viele Geld, das bereitgestellt wird, um die Folgen der Coronakrise aufzufangen, findet hier eine sinnvolle Verwendung.

Foto: Jan-Peter Schulz

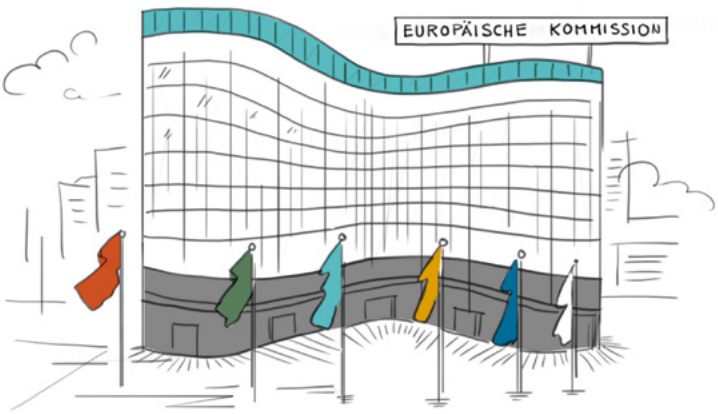
Ilka Wölfle
Direktorin der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung

KOMPETENZVERTEILUNG

Reichweite der EU-Gesundheitspolitik

„Gesundheit ist Ländersache!“ Den Satz hört man oft in Brüssel, wenn es um Gesundheitspolitik geht. Ganz richtig ist er nicht, denn auch hier gibt es eine Kompetenzverteilung zwischen der Europäischen Union (EU) und den Mitgliedstaaten.

/ Text / **Carla Cramer**



Die Zuständigkeit für die Gestaltung der Gesundheitssysteme liegt grundlegend bei den Mitgliedstaaten. Die EU unterstützt die Länder aber bei der Verwirklichung gemeinsamer Ziele, bündelt Ressourcen und erlässt EU-weit geltende Rechtsvorschriften für Gesundheitsprodukte und -dienste. In das Kerngeschäft der EU fallen beispielsweise das Medizinprodukterecht, die Zulassung von Arzneimitteln, aber auch das „Brot- und Butter-Geschäft“, die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im europäischen Raum.

Europäische Gesundheitsgesetzgebung findet aufgrund des Subsidiaritätsprinzips prinzipiell da statt, wo die Ziele durch nationale Regelungen allein nicht erreicht werden können. Die klassischen Felder liegen in der Prävention und Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren, in Fragen der Patientenmobilität und der Freizügigkeit von Ärzten und Gesundheitspersonal, aber auch beim Gesundheitsschutz.

Folgt man dem Wunsch einer Reihe von politischen Akteuren in Brüssel, aber auch in manchen EU-Mitgliedstaaten, soll die europäische Gesundheitspolitik künftig stärker werden. Hier spielen auch die frischen Eindrücke der Covid-19-Pandemie eine Rolle.

Das politische Zusammenspiel auf EU-Ebene wird durch drei zentrale Institutionen bestimmt: durch die Europäische Kommission, das Europäische Parlament (EP) und den Rat der Europäischen Union. Die EU ist darüber hinaus in eine internationale Ordnung eingebunden, die sich unter anderem in der Zusammenarbeit mit weltweiten Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausdrückt.

Europäische Kommission

Die Europäische Kommission ist das Exekutivorgan, sozusagen die Regierung der EU. Durch das alleinige Initiativrecht kann die EU-Kommission Vorschläge für Rechtsvorschriften erarbeiten, umsetzen und deren Einhaltung kontrollieren. Außerdem verwaltet sie den Haushalt und setzt politische Strategien und Programme, wie den

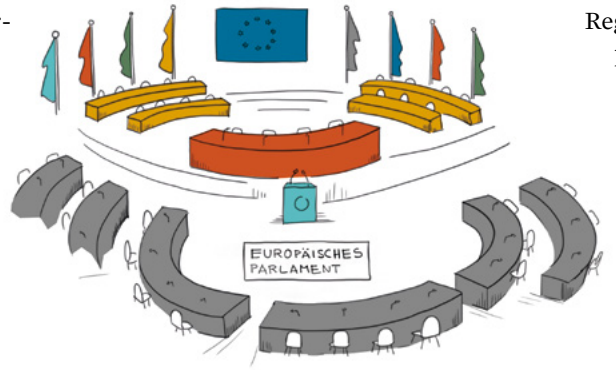
Europäischen Krebsplan oder das Rahmenprogramm für Forschung und Innovation „Horizont Europa“ um.

Gesundheitskommissarin ist Stella Kyriakides aus Zypern. Die ihr zur Seite stehende Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (GD SANTE) arbeitet daran, die Gesundheit der Menschen in der EU zu verbessern, zu schützen und die Gesundheitssysteme zu fördern. Sie will sicherstellen, dass alle in der EU vermarkteten Lebensmittel, Futtermittel und Arzneimittel sicher sind und EU-Standards weltweit gefördert werden.

Neben der GD SANTE sind auch andere Generaldirektionen in die Gesundheitspolitik eingebunden. So verwaltet die GD RTD (Forschung und Innovation) das gesamte EU-Forschungsbudget, das auch biomedizinische und gesundheitsbezogene Forschung finanziert. Die GD CONNECT (Kommunikationsnetze, Inhalte und Technologien) gestaltet maßgeblich Entscheidungsprozesse zu Digitalisierung, E-Health, Health Technology Assessment (HTA) und Künstliche Intelligenz. Die GD EMPL (Beschäftigung, Soziales und Integration) bearbeitet die Verordnungen für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Den EU-Bürgerinnen und -Bürgern sowie ihren Familienangehörigen wird garantiert, dass ihre Sozial- und Familienleistungen gezahlt werden und sie hinsichtlich der Leistungen bei Krankheit abgesichert sind, wenn sie in ein anderes EU-Land ziehen.

Europäisches Parlament

Im Mai 2019 wurde das EP zum neunten Mal direkt gewählt. Es kann zusammen mit dem Rat Legislativvorschläge annehmen oder ändern, parlamentarische Kontrolle ausüben und besitzt das Haushaltsrecht. In 20 Ausschüssen für die verschiedenen Politikbereiche werden Rechtsvorschriften vorbereitet. Der ENVI-Ausschuss (Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) ist derzeit mit 81 Mitgliedern der größte Ausschuss des EP und federführend für Gesundheitsthemen. Den Vorsitz des ENVI-Ausschusses hat derzeit Pascal Canfin von der Fraktion Renew Europe aus Frankreich inne. Im Gesundheitsbereich ist der ENVI-Ausschuss insbesondere zuständig für Programme und spezifische Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder für pharmazeutische und kosmetische Erzeugnisse sowie Medizinprodukte. Die jüngste Verschiebung des Inkrafttretens der neuen Medizinprodukteverordnung wurde hier genauso verhandelt wie die im Juli beschlossene Entschließung zu Engpässen bei der Arzneimittelversorgung.



Natürlich spielt Gesundheit auch in die Arbeit anderer Ausschüsse mit hinein. Wichtig ist immer, die Berichterstatterinnen oder Berichterstatter für die relevanten Themen („Dossiers“) zu kennen. Diese sind Abgeordnete, die das Thema durch den politischen Prozess tragen und die parlamentseitige Meinungsbildung unterstützen. Für das der EU-Kommission so wichtige Anliegen der Krebsbekämpfung wird sich im September sogar ein Sonderausschuss konstituieren.

Rat der Europäischen Union

Der Rat der Europäischen Union wird häufig auch „Ministerrat“ genannt. Er besteht aus den jeweiligen Fachministerinnen und Fachministern der EU-Mitgliedstaaten. Der Rat der EU gestaltet und verabschiedet gemeinsam mit dem EP EU-Rechtsvorschriften, koordiniert politische Maßnahmen der Mitgliedstaaten und entwickelt die Außen- und Sicherheitspolitik der EU. Der Vorsitz wechselt halbjährlich mit dem EU-Ratsvorsitz, daher haben derzeit die deutschen Bundesministerinnen und Bundesminister den Vorsitz inne. EU-Legislativvorhaben im Gesundheitsbereich werden in der Regel in den Ratsarbeitsgruppen „Öffentliche Gesundheit“ und „Arzneimittel und Medizinprodukte“ beraten. Die Ergebnisse beziehungsweise noch zu klärende Punkte aus beiden Gremien werden über den Ausschuss der Ständigen Vertreter (AStV

1) dem Rat der für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz zuständigen Ministerinnen und Minister („EPSCO-Rat“) zur endgültigen Beschlussfassung vorgelegt. Umgekehrt berichtet die Ständige Vertretung der Bundesrepublik bei der EU in Brüssel in sogenannten „D-Briefings“ über die Diskussionen im Rat sowie den Fortgang der Beratungen in den zuständigen Ratsarbeitsgruppen. Für die Beobachter sind diese Termine wertvoll und tragen zur politischen Einordnung bei. Referatsleiter für Gesundheit bei der Ständigen Vertretung ist Ortwin Schulte (s. Seite 42).

WHO und Agenturen als weitere Akteure

Auf globaler Ebene koordiniert die WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf die weltweiten Anstrengungen für die öffentliche Gesundheit, über gemeinsame Gesundheitsziele oder die Nutzbarmachung von Forschungsergebnissen. Die WHO bringt sich aber auch operativ ein, zum Beispiel über den Aufbau von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern oder Impfaktionen. Ihr Büro in Kopenhagen arbeitet für die Europäische Region der WHO mit ihren 53 Mitgliedstaaten. Ihm angeschlossen ist das Europäische Zentrum für Umwelt und Gesundheit (ECEH) in Bonn. Dieses fungiert als wissenschaftliches Kompetenzzentrum des WHO-Regionalbüros für Europa.

Weiterhin gibt es eine Reihe von Agenturen, die an die Generaldirektionen der Kommission angeschlossen sind. Ihre Errichtung erfolgt als Rechtsakt der EU-Organe. Als eine Art „nachgeordnete Behörde“ haben sie auch operative Aufgaben. **Exemplarisch werden im Kasten rechts vier Agenturen vorgestellt.**

EMA: Überwachung von Arzneimitteln

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) koordiniert die Bewertung und Überwachung von Arzneimitteln innerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Anhand ihrer Bewertung entscheidet die Europäische Kommission, ob ein Arzneimittel zur Vermarktung in der EU zugelassen wird. Die EMA wurde 1995 gegründet und hat ihren Sitz in Amsterdam.

ECDC: Abwehr gegen Infektionskrankheiten

Kernaufgabe des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ist die Stärkung der europäischen Abwehr gegen Infektionskrankheiten. Die Analyse und Auswertung von Daten aus EU-Ländern über 52 übertragbare Krankheiten erfolgt mithilfe des europäischen Überwachungssystems. Das ECDC wurde 2005 gegründet und hat seinen Standort in Stockholm.

EMCDDA: Informationen über Drogen und Drogensucht

Die Hauptaufgabe der EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) ist die Bereitstellung von gesicherten Informationen über Drogen und Drogensucht. Diese Informationen dienen der EU und den Mitgliedstaaten als Faktengrundlage für politische Entscheidungen und Initiativen zur Bewältigung des Drogenproblems. 1993 wurde die Agentur mit Sitz in Lissabon gegründet.

EU-OSHA: Für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz

Die EU-OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) erfasst, analysiert und verbreitet Informationen für Beschäftigte im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Die Agentur fördert eine Kultur der Risikoprävention zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Europa und tritt als Vermittler auf. Sie wurde 1994 gegründet und hat ihren Sitz in Bilbao.

Foto: Privat

Carla Cramer
Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

STATEMENTS

Was erwarten Sie von der deutschen EU-Ratspräsidentschaft mit Blick auf Gesundheitspolitik?

Foto: vdek/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

„Wir begrüßen, dass sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für eine verstärkte Zusammenarbeit im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Infektionsprävention einsetzt. Wir begrüßen auch, dass die Bundesregierung die europäische Souveränität bei der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten stärken will. Corona hat gezeigt, wie verwundbar wir sind. Mit einer Politik, die Produktionsstätten nach Europa (zurück-)holen will, ist es allein aber nicht getan. **Um die Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten jederzeit sicherzustellen, ist vor allem Transparenz nötig.** Wir müssen wissen, wo welche Arzneimittel und Wirkstoffe verfügbar sind und welche knapp werden, damit wir rechtzeitig reagieren können. Um dies sichtbar zu machen, müssen wir zusammenarbeiten und uns vernetzen, gerade auch auf europäischer Ebene. Hier ist Kooperation und gegenseitige Hilfe angezeigt, denn Knappheiten entstehen in der Regel nicht überall zeitgleich. Eine besondere Bedeutung kommt auch hier der Digitalisierung zu. Deutschland sollte die Chance nutzen, den Mehrwert einer innovativen und effektiven digitalen Gesundheitsversorgung zu heben. Insbesondere die Pläne für den Aufbau eines europäischen Gesundheitsdatenraumes sollten dazu energisch vorangetrieben werden.“

Foto: AIM

Corinna Hartrampf
Senior Projektmanagerin bei der Association Internationale de la Mutualité (AIM)

„Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft ist mit einem Programm angetreten, das zukunftsorientierte Rahmenbedingungen für ein künftiges gemeinsames Krisenmanagement in Europa setzt und die Bewältigung der Folgen der Pandemie zum Inhalt hat. **Deutschland sollte als Vorbild agieren und zeigen, dass „mehr Europa“ eine Chance sein kann. Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten und deren Menschen muss tatsächlich erlebt und nicht nur verbalisiert werden.** Die Themenvorschläge der deutschen EU-Ratspräsidentschaft zur Verbesserung der Versorgung von Arzneimitteln, zum Zugang und Austausch von Gesundheitsdaten sowie die Stärkung der Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik sind wichtige Punkte, an denen auch die AIM derzeit arbeitet. Der deutsche Gesundheitsminister sollte sein ambitioniertes Vorgehen auf nationaler Ebene auch in Europa anbringen. Gesundheitspolitik war bisher nur ein Randthema. Dies hat sich in Zeiten von Corona geändert. Die AIM fordert, dass dies auch in Zukunft anhält.“

Foto: KBV

Sten Beneke
Leiter Büro Brüssel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

„Wir erwarten uns von der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, dass in den Diskussionen über eine etwaige Neuausrichtung der EU-Gesundheitspolitik das Prinzip von Subsidiarität und Regionalität gestärkt wird. Einer der Erfolgsfaktoren dafür, dass Deutschland vergleichsweise gut durch die Pandemie kommt, ist der leistungsfähige ambulante Sektor mit seinen wirtschaftlich selbständigen Praxen. **Was wir auf EU-Ebene brauchen, ist eine effektivere Koordinierung der Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten.“**

Foto: BZÄK

Dr. Alfred Büttner
Leiter der Abteilung Europa/Internationales bei der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

„Selten stand eine EU-Ratspräsidentschaft vor einer derartigen Aufgabenfülle: Es gilt, die gigantischen Auswirkungen Corona-Pandemie zu überwinden, einen zukunftsfähigen EU-Finanzrahmen zu verabschieden und das künftige Verhältnis zu Großbritannien zu regeln. **Die Pandemie hat dabei das Thema Gesundheit ganz nach oben auf die europäische Tagesordnung katapultiert und den hohen Wert eines funktionierenden Gesundheitssystems schlagartig verdeutlicht.** Daraus sollten die richtigen Lehren, auch von der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, gezogen werden.“

Foto: DKG

Georg Baum
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

„Corona hat uns gezeigt, wie notwendig Zusammenarbeit gerade in Krisensituationen ist, und zugleich, wie begrenzt die Möglichkeiten sind. Die Patientenmobilität in der EU muss so weiterentwickelt werden, dass die gegenseitige Nutzung von grenzüberschreitenden Versorgungsmöglichkeiten wesentlich erleichternd und bürokratie-ärmer funktionieren kann. Zudem erwarten wir, dass der Zielsetzung, sich bei der Versorgung mit Arzneimitteln und medizinischen Hilfsgütern wie Schutzmaterial unabhängiger zu machen, auch Taten folgen."

Foto: ABDA

Dr. Jens Gobrecht
Leiter der Europavertretung der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)

„Covid-19 zeigt: Globale Lieferketten sind extrem anfällig, das dezentrale deutsche Apothekenwesen sehr flexibel. Vorgehen gegen Lieferengpässe und Systemstabilisierung durch Gleichpreisigkeit bei RX-Medikamenten sind nötig. EU4Health möchte Gesundheitssysteme stärken, dafür muss es nationale Regulierungsfähigkeit und Subsidiarität stärken. **Gesundheitsversorgung muss durch Gesundheits- und nicht Binnenmarktinteressen bestimmt sein.** Eine Gesundheitsfolgenabschätzung aller Politiken macht Sinn."

Foto: BPtK

Dr. Dietrich Munz
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

„Die Corona-Pandemie lehrt uns, dass gemeinschaftliches Handeln in Europa unverzichtbar ist. Jetzt, wo die akute Gefahr gebannt scheint, müssen wir weiterdenken: Dabei müssen auch die psychischen Auswirkungen der Pandemie gesehen werden. Physische und materielle Existenzängste verbunden mit dem Lockdown führen zu Vernachlässigung, Gewalt und psychischen Erkrankungen. Die wirtschaftliche Krise, die der Pandemie folgen wird, kann dies noch einmal verstärken. Hierfür müssen wir EU-weit Präventions- und Hilfsangebote realisieren – je früher umso besser."

Foto: BÄK

Alexander Dückers
Geschäftsführer Politik bei der Bundesärztekammer (BÄK)

„Deutschland muss seine Ratspräsidentschaft nutzen, um mit der EU Strategien zur Bewältigung der Pandemie und zur Stärkung der Krisen-Reaktionsfähigkeit zu entwickeln. **Wir brauchen europaweit abgestimmte Meldestrukturen bei der Nachverfolgung von Infektionsketten.** Und wir sollten dringend gemeinsame Konzepte für die Bevorratung, Beschaffung und Produktion von Schutzausrüstung, Medikamenten und Impfstoffen erarbeiten. Europa muss seine Kräfte bündeln, um bei der Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen gegen das Coronavirus international bestehen zu können. Allen muss klar sein: Kein Land, kein Forschungsinstitut und kein Pharmaunternehmen kann Corona allein bezwingen."

Foto: SpiFa

RA Lars F. Lindemann
Hauptgeschäftsführer beim Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)

„Die in der ambulanten Versorgung tätigen Fachärztinnen und Fachärzte erbringen in der Ausübung ihres freien Berufes einen wertvollen Dienst für unser Gemeinwesen. Ihre besondere Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit spielt gerade in der erfolgreichen Bewältigung von Krisen eine große Rolle. **Auch im europäischen Gesundheitswesen lassen sich die derzeitigen Herausforderungen nur gemeinsam bewältigen.** In Deutschland hat sich die gemeinsame Facharztschiene bewährt. Wir erwarten von der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, diese Besonderheit deutlich zum Gegenstand der Arbeit auf der europäischen Ebene zu machen."

Foto: KZBV/laxent.is

Dr. Wolfgang Eßer
Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

„Die Covid-19-Pandemie verdeutlicht, dass wir längst in einer vernetzten Welt leben, in der Krisen nur durch Dialog und Zusammenarbeit gelöst werden können. Mit Blick auf den Weltmarkt für Schutzausrüstungen und Arzneimittel wird die EU künftig eine stärkere Rolle bei der Beschaffung und Produktion spielen müssen. Eine Situation wie im Frühjahr, als notwendige Schutzausrüstung für die Behandlung und selbst Desinfektionsmittel plötzlich knapp wurden, darf sich nicht wiederholen. **Auf der Agenda der deutschen EU-Ratspräsidentschaft steht die Schaffung eines europäischen Datenraums.** Wichtige Impulse erwarten wir hier auch für das Thema Datensicherheit und -schutz."

ARZNEIMITTEL

Lieferengpässe – ein (noch) ungelöstes Problem

Lieferengpässe sind ein globales Problem, das in den USA bereits vor 2010 aufgetreten ist und seit einigen Jahren auch alle Länder in Europa betrifft. In den letzten Jahren haben die Lieferengpässe in Europa eher zu- als abgenommen – vor allem bei Generika zu Antibiotika, Onkologika, Herz-Kreislauf-Mitteln, Analgetika, Antidiabetika und Psychopharmaka.

/ Text / **Wolf-Dieter Ludwig**

Im Unterschied zur europäischen Entwicklung konnte in den USA aufgrund einer engen Zusammenarbeit zwischen der US-amerikanischen Behörde Food and Drug Administration (FDA), den pharmazeutischen Unternehmern und den für die Arzneimittelversorgung verantwortlichen Akteuren im Gesundheitssystem die Zahl der „Drug Shortages“ inzwischen deutlich reduziert werden.

Situation in Deutschland

In Deutschland versteht man unter einem Lieferengpass eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung des Arzneimittels oder eine deutlich vermehrte Nachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und werden meist unterteilt in herstellungsbedingte beziehungsweise nachfragebedingte Lieferengpässe sowie Lieferengpässe infolge von Preis- und Erstattungsregulierungen. In den letzten Jahren haben zudem Qualitätsprobleme im Herstellungsprozess (zum Beispiel Verunreinigung mit Nitrosaminen) beziehungsweise in der Lieferkette zu Lieferengpässen in Deutschland geführt. Wesentliche Gründe hierfür sind die im letzten Jahrzehnt aus ökonomischen Gründen zunehmend erfolgte Verlagerung der Herstellung von Wirkstoffen sowie fertigen Arzneimitteln nach Asien (vor allem China und Indien) sowie die daraus resultierenden Probleme infolge komplexer und mitunter fragmentierter Lieferketten.

Deshalb wurde im Rahmen des Pharmadialogs ein „Jour fixe“ zum Thema Lieferengpässe unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) sowie der medizinischen Fachkreise etabliert. Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit 2017 verschiedene Gesetze verabschiedet – mit dem Ziel einer Verringerung der Lieferengpässe und Verbesserung der Arzneimittelversorgung. Hierzu zählen das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG, 2017), das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV, 2019) und das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG, 2020).

Diese Gesetze konnten jedoch nicht verhindern, dass auch aktuell (Stand: 20. Juli 2020) 357 offene Lieferengpässe (ohne Impfstoffe) zu Arzneimitteln beim BfArM gemeldet wurden, darunter allerdings zahlreiche Meldungen zu unterschiedlichen Dosen desselben Arzneimittels. Glücklicherweise sind bei Weitem nicht alle dieser Arzneimittel für die Versorgung relevant, da es zu vielen Wirkstoffen medikamentöse Alternativen gibt. Neben den offenen Lieferengpässen wird deshalb vom BfArM auch eine Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe veröffentlicht, regelmäßig auf Aktualität geprüft und gegebenenfalls angepasst. Für pharmazeutische Unternehmen besteht eine Selbstverpflichtung zur Meldung von Lieferengpässen für versorgungsrelevante Arzneimittel.

Foto: Oberländer/AkdÄ

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Aufgrund der Covid-19-Pandemie und den damit verbundenen Lieferengpässen bei Arzneimitteln, die vor allem für die Behandlung von Patienten auf Intensivstationen benötigt werden, hat das Problem der Lieferengpässe verstärkte Aufmerksamkeit gefunden. Erfreulicherweise sind die durch die Pandemie ausgelösten Lieferengpässe infolge von Produktionsausfällen in Asien, Störungen in der Lieferkette und Exportverboten weniger dramatisch verlaufen als anfangs befürchtet. Grund zur Sorge in Deutschland war während des Höchststandes der Pandemie jedoch die Verknappung von den auf Intensivstationen dringend benötigten Arzneimitteln (zum Beispiel Analgetika, Sedativa, vasoaktive Wirkstoffe, Antibiotika). Auch aufgrund der drohenden zweiten SARS-CoV-2-Ansteckungswelle wurde eine Task Force beim BfArM etabliert zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung in der Intensivmedizin. Bei Arzneimitteln, die aktuell zur Behandlung von Covid-19 eingesetzt werden (zum Beispiel Dexamethason, Remdesivir) ist laut BMG die Versorgung in Deutschland derzeit gesichert.

Produktion zurückverlagern

Als eine wesentliche Maßnahme zur Beseitigung von Lieferengpässen haben sich die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) wiederholt in gemeinsamen Stellungnahmen für eine Rückverlagerung der Produktionskapazitäten von Arzneimitteln nach Europa ausgesprochen. Es geht darum, Lieferwege zu verkürzen, die Überwachung der Arzneimittelherstellung sowie die Transparenz hinsichtlich der Ursachen von Lieferengpässen zu verbessern – und gleichzeitig die Einhaltung europäischer Standards, etwa bei Umweltschutz, Produktionssicherheit und Arbeitsbedingungen, zu garantieren. Wesentlich ist aber auch, die Verpflichtungen für pharmazeutische Unternehmen zu konkretisieren und deren Einhaltung besser zu überwachen. Dabei geht es um Meldepflichten bei absehbaren oder bestehenden Engpässen beziehungsweise beabsichtigter Einstellung der Produktion sowohl an die zuständigen nationalen Stellen als auch an die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA).

Bei Arzneimitteln zur Behandlung von Covid-19 ist laut Bundesgesundheitsministerium die Versorgung in Deutschland derzeit gesichert.

Arzneimittelstrategie für Europa

Die am 16. Juni 2020 von der Europäischen Kommission gestartete öffentliche Konsultation zur „Arzneimittelstrategie für Europa“ verfolgt unter anderem das Ziel, allen Patienten Zugang zu einer optimalen Versorgung und erschwinglichen Arzneimitteln zu verschaffen. Dies erfordert aber auch die Beseitigung von Lieferengpässen bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln und setzt voraus, dass die Abhängigkeit der EU von Einfuhren aus (asiatischen) Drittländern, vor allem bei Generika, deutlich verringert werden kann.

INTERVIEW

„In Krisenzeiten ist die EU besonders stark“

Am 1. Juli 2020 hat Deutschland unter dem Motto „Gemeinsam. Europa wieder stark machen.“ für sechs Monate die EU-Ratspräsidentschaft übernommen. Die Bewältigung der Corona-Pandemie und die Stärkung der Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen sind die Schwerpunkte im Bereich Gesundheit.

Ortwin Schulte leitet innerhalb der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union (EU) das Referat Gesundheit. **Im Interview mit** *ersatzkasse magazin*. spricht er über die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene und über gesundheitspolitische Ziele, die sowohl Deutschland als auch Europa insgesamt betreffen.

Herr Schulte, Sie leiten innerhalb der Ständigen Vertretung das Referat Gesundheit. Welche Aufgaben haben Sie in Brüssel? Und wie bringen Sie die Interessen Deutschlands in der EU unter?

Ortwin Schulte Die Ständige Vertretung Deutschlands bei der EU ist die einzige Auslandsvertretung weltweit, in der alle Bundesministerien Verbindungsreferate unterhalten. Sie ist Ansprechpartnerin für die EU-Institutionen – vor allem natürlich für die Europäische Kommission und die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes –, pflegt ein enges Netzwerk mit den Gesundheits-Attachés der anderen Mitgliedstaaten und berät das Heimatressort in EU-Verfahrensfragen und dabei auftretenden taktischen Aspekten. In der Sache bringt es das enge Netzwerk in Brüssel mit sich, dass von der Ständigen Vertretung oft auch eine Voraussage von Meinungstendenzen im Rat und ein Hinweis auf Kompromissmöglichkeiten erwartet werden.

Blicken wir zunächst auf die letzten Monate zurück. Welche Zwischenbilanz ziehen Sie zum Umgang der EU mit der Corona-Pandemie? Hat sich die EU dabei als Krisenmanagerin unter Beweis stellen können? Den Eindruck haben viele Bürgerinnen und Bürger wohl eher nicht gehabt.

Ich würde differenzieren: Mit der Pandemie kamen ab Februar 2020 grundlegend neue Fragestellungen auf die EU und ihre Mitgliedstaaten zu. Es wurden Freiheitsbeschränkungen erforderlich – etwa Grenzschließungen, Exportverbote und Ausgangssperren –, die vorher kaum vorstellbar waren. Grundlegende Sicherheitsrisiken verlangen nach schnellen staatlichen Antworten, die zunächst auf einzelstaatlicher Ebene angegangen wurden. Die Folge waren anfangs lange Staus an den

Grenzen und unterbrochene Lieferketten. Allerdings ist aus der Krise und ihren praktischen Beschwernissen aus meiner Sicht relativ schnell gelernt worden. Es wurde in der akuten Krisenzeit grenzüberschreitend Hilfe geleistet und wir haben ambitionierte EU-Vorhaben etwa zur gemeinsamen Optionierung von Impfstoffen oder zur Erweiterung der Mandate der EU-Gesundheitsagenturen EMA und ECDC ins Auge gefasst. Ich denke, in diesen Projekten wird sich der Mehrwert der EU-Kooperation deutlich zeigen.

Birgt die Coronakrise auch die Chance beziehungsweise zeigt sie die Notwendigkeit auf, in Zukunft stärker untereinander zu kooperieren – nicht nur pandemiebezogen, sondern auch bei anderen Gesundheitsfragen?

Ich denke schon. Gesundheit war in der EU lange nicht das Hauptthema – auch deswegen, weil die EU-Mitgliedstaaten überwiegend großen Wert auf die autonome Steuerungsfähigkeit der Gesundheitssysteme legen. Aber die Krise hat die Handlungsnotwendigkeiten besonders hervorgehoben. Es wird darum gehen, gemeinsame neue Kooperationsbereiche mit klar erkennbarem europäischem Mehrwert zu erschließen, ohne den nationalen Handlungsspielraum zur Systemgestaltung grundlegend infrage zu stellen. Die Diversität der Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten ist Ausdruck starker Traditionen und unterschiedlicher Aufgabenverständnisse; dies sollte respektiert werden, ohne damit stärkere Kooperationen in ausgewählten Bereichen auszuschließen.

Wir haben in Deutschland die Krise bisher gut überstanden, aber die Herausforderung ist noch nicht vorbei.

Für wie realistisch halten Sie die Idee, aus dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ein europäisches Robert Koch-Institut entstehen zu lassen? Welche Aufgaben hätte dieses?

Wenn andere eine traditionsreiche und renommierte deutsche Gesundheitsinstitution als mögliches Vorbild für eine reformierte EU-Gesundheitsschutzagentur bezeichnen, freut uns das natürlich. Aber wir sind nicht gut beraten, wenn wir selbst in Brüssel Deutschland als Vorbild bezeichnen. Zudem wäre zu beachten, dass es einige grundlegende Unterschiede in der rechtlichen Konstruktion und im möglicherweise neu zu definierenden Raum zugewiesener Entscheidungskompetenzen gibt. Aus Sicht der Brüsseler Praxis kann ich sagen, dass der fachliche Rat des ECDC in den EU-Institutionen außerordentlich geschätzt wird. Wir werden bald sehen, welche neuen Aufgaben und Ressourcen in der Zukunft zugewiesen werden.

Das Gesundheitssystem Deutschlands hat sich während der Pandemie vergleichsweise gut bewährt. Kann Deutschland generell eine Vorbildfunktion übernehmen?

Wir haben in Deutschland die Krise bisher gut überstanden, aber die Herausforderung ist noch nicht vorbei. Selbstverständlich ist es erlaubt, Vergleiche anzustellen und Schlussfolgerungen für die Zukunft zu ziehen, aber ein ungeschriebenes Brüsseler Gesetz lautet: Man sollte sich nicht selbst als Vorbild beschreiben und auch einen aufmerksamen Blick auf mögliche Vorzüge anderer Gesundheitssysteme behalten. Vielen erfolgreichen Strukturreformen in Deutschland ging ein intensiver Blick auf die Lösungen der EU-Partnerstaaten voraus – diese Neugier sollten wir uns bewahren.

Zum Thema EU-Ratspräsidentschaft: Seit Juli führt Deutschland den Vorsitz der EU-Ratspräsidentschaft. Europa soll stärker, gerechter und nachhaltiger werden – das ist das Ziel der Bundesregierung. Wie stark, gerecht und nachhaltig ist Europa derzeit?

Die Europäische Union befindet sich – nicht nur als Folge von Covid-19 – in einer fragilen globalen Situation. Sie ist sicherlich nicht perfekt, aber der derzeit am stärksten integrierte supranational angelegte zwischenstaatliche Verbund, der mit der strikten Bindung an Recht und Gesetz ein grundlegendes Prinzip verwirklicht. Nichts wäre besser, wenn wir die EU nicht hätten, insofern ist der Beitrag der

EU-Politik zu Wohlstand, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit kaum zu überschätzen.

Im Juli wurde vom Europäischen Rat ein 1,8 Billionen Euro starkes EU-Haushalts- und Finanzpaket beschlossen. Das EU-Parlament hat aber noch Diskussionsbedarf. Ab September gehen die Verhandlungen los. Werden die Haushaltsverhandlungen dieses Mal besonders schwer? Und welche Rolle spielt dabei der Bereich Gesundheit?

Der Europäische Rat hat Mitte Juli 2020 ein wichtiges Zeichen gesetzt, indem neben der siebenjährigen Finanzplanung auch noch das Europäische Wiederaufbauinstrument beschlossen wurde. Erstmals darf die EU in größerem Stil Schulden aufnehmen, um Impulse für Wachstum, Nachhaltigkeit und Beschäftigung zu setzen. Natürlich waren diese Verhandlungen nicht einfach und es ist recht typisch, dass der Europäische Rat bei der Ausgestaltung etwas vorsichtiger und das Europäische Parlament etwas ambitionierter vorgehen. Es werden harte Diskussionen im Europäischen Parlament werden, die vielleicht auch den Gesundheitsetat erfassen werden, der beim Europäischen Rat ja deutlich gekürzt wurde. Für die einzelnen Politikbereiche ist aber klar, dass wir zu Summen nur in dem Umfang verhandeln, in dem die Vorgaben des Europäischen Rates dies erlauben.

Themen wie Arzneimittellieferengpässe sind durch die Krise noch sehr viel deutlicher als Problem erkannt worden.

Die EU-Kommission hat ein anspruchsvolles Arbeitsprogramm vorgelegt. Zudem fallen die Brexitverhandlungen in die EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands. Lässt sich das alles erfolgreich realisieren?

Der deutsche Ratsvorsitz 2020 hat in der Tat ein unvergleichlich dichtes Arbeitsprogramm, das unter teils widrigen äußeren Umständen umgesetzt werden muss. Der Brexit ist sicherlich eine zusätzliche Erschwerung, die sich niemand gewünscht hat. Die Erfahrung zeigt aber, dass die EU häufig dann am stärksten war, wenn der Krisendruck besonders ausgeprägt war.

Gegen Ende des Jahres soll auch eine Arzneimittelstrategie veröffentlicht werden. Worum geht es da genau und was soll sie bewirken? Wie schätzen Sie die Chancen ein, hier zu einem Kompromiss zu finden?

Die Arzneimittelstrategie ist zunächst ein für die Europäische Kommission handlungsleitendes Dokument, das die anstehenden Gesetzgebungsinitiativen ordnet und übergreifend begründet. Einiges – wie zum Beispiel die Frage der Anreizmechanismen für bestimmte Arzneimittelgruppen – ist bereits vor Covid-19 angelegt gewesen; andere Themen – wie beispielsweise das Thema Arzneimittellieferengpässe – sind durch die Krise noch sehr viel deutlicher als Problem erkannt worden. Wir freuen uns über die Entschlossenheit der Europäischen Kommission, dieses arbeitsintensive Dokument zu erstellen. Da wir im Arzneimittelbereich seit 1965 schon viel geschafft haben, bin ich optimistisch.

Covid-19 hat auch Ihre Arbeitsbedingungen ganz praktisch verändert. Distanz ist angesagt – und das in der arbeitsintensiven Zeit während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft. Was ist für Sie in diesen Zeiten die größte Herausforderung?

Die sprichwörtliche „Brussels Bubble“ funktioniert ganz wesentlich durch Ministerräte, Konferenzen, Ratsarbeitsgruppen, Seminare, Veranstaltungen und viele informell Gespräche auch bei zufälligen Treffen im EU-Viertel. Hier erfährt man durch Gespräche am Rande oft Dinge, die für die eigene Arbeit und für die Hauptstadt von großem Interesse sind. In Videokonferenzen gibt es diese informelle Dimension kaum. Ich freue mich deshalb persönlich sehr darüber, dass wir im deutschen Vorsitz zu einem erheblichen Teil zur Praxis physisch tagender Ratsarbeitsgruppen zurückkehren konnten – persönliche Treffen schaffen die Voraussetzung für eine besondere Verhandlungsdynamik. Trotzdem fehlen natürlich durch die Einschränkungen des Sozialebens viele andere Gelegenheiten zum persönlichen Austausch.

Foto: Gudrun Ortmanns

Ortwin Schulte, geboren am 9. Januar 1963 in München, hat von 1984 bis 1988 Rechtswissenschaften in München und Bonn studiert. Im Anschluss absolvierte er sein Rechtsreferendariat am Oberlandesgericht Köln, bevor er 1992 am Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Bereich Lebensmittelrecht arbeitete. 1999 übernahm er die stellvertretende Referatsleitung im Bereich EU-Koordination, 2011 das Spiegelreferat für Gesundheitspolitik im Bundeskanzleramt. 2005 wechselte er zurück ins BMG, um die **Arbeitsgruppe zur deutschen EU-Ratspräsidentschaft** 2007 zu leiten. Von 2007 bis 2016 übernahm er den Bereich **„Bilaterale Gesundheitsbeziehungen“** im BMG, seit 2017 leitet er das **Referat Gesundheit innerhalb der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union** (EU) in Brüssel. Zudem ist er seit 2011 außerordentlicher **Professor an der Universität für Medizin und Pharmazie** in Chisinau.

BIBLIOTHEK

KOMMENTAR

Erläuterung der Gebührenordnungen

Dieser Kommentar erläutert kompakt und wissenschaftlich fundiert die Gebührenordnung für Ärzte sowie die Gebührenordnung für Zahnärzte. Zudem beleuchtet er Bestimmungen der Gebührenverzeichnisse, die als Anlagen zu den Gebührenordnungen erlassen wurden, sowie gebührenrelevante Vorschriften aus dem Krankenhausentgeltgesetz und den Bundesmantelverträgen Ärzte und Zahnärzte. Damit liefert das Werk einen umfassenden Überblick über die Regelungen zu Kostenabrechnungen von Privatversicherten und gesetzlich Versicherten in Fällen, die von deren Versicherungen nicht abgedeckt sind (Stichwort: IGeL).

Dr. Tilman Clausen, Dr. Kyrill Makoski, LL.M.
GOÄ/GOZ – Kommentar
2019, XIV, 646 S., € 99
Verlag C. H. Beck, München

EUROPA

Digitalisierung der Gesundheitssysteme

Digitalisierung, Gesundheit, Europa – die Zukunft wird von Veränderungen geprägt sein: Wird sich die Gesundheitswirtschaft in Europa im Wettbewerb mit den USA und China behaupten können? Wie sieht eine europäisch gedachte Patientenversorgung aus? Gelingt es, Persönlichkeitsrechte, Datenschutz und -sicherheit sowie Zugang zum medizinischen Fortschritt in Form eines europäischen Daten- und Forschungsraums in Einklang zu bringen? Expertenbeiträge informieren über neueste Entwicklungen und Rahmenbedingungen in Politik, Wirtschaft, Versorgung und Forschung. Praxisbeispiele machen den Patienten Mut.

Dr. med. Jens Baas (Hg.)
Digitale Gesundheit in Europa – menschlich, vernetzt, nachhaltig
2020, XVI, 344 S., € 64,95
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

UMBRÜCHE

Gesundheit und Arbeit 4.0

Verknüpft wird Betriebliches Gesundheitsmanagement mit der digitalisierten Arbeitswelt. Autoren unterschiedlicher Branchen zeigen deren Möglichkeiten und Grenzen auf. Arbeitszeitmodelle, Personalmanagement, Gesundheit und Digitalisierung im Kontext mit psychischer und körperlicher Gesundheit am Arbeitsplatz werden lösungsorientiert herausgearbeitet. Arbeitsplätze müssen in Zukunft produktiver und attraktiver sein, um gesundheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren. Mitarbeitende sollten als zentrale Unternehmensressource angesehen werden, deren Gesundheit es zu fördern und zu erhalten gilt.

Prof. Dr. David Matusiewicz, Prof. Dr. Volker Nürnberg, Dr. Stephanie Nobis (Hg.)
Gesundheit und Arbeit 4.0 – Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft
2018, XII, 495 S., € 79,99
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Materialsammlung zur Krankenversicherung

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

SGB – KV
67. Lfg., 01/2020, € 137,90 inkl. Register; 68. Lfg., 04/2020, € 137,90. Gesamtwerk in zwei Ordnern, € 149
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Haushaltsrecht

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

Dr. jur. Rüdiger Wirth, Heinz-Günter Held, Prof. Dr. jur. Manfred Heße
Haushaltsrecht der Sozialversicherung
2. Lfg., 08/2019, € 58,80. Gesamtwerk 1.888 S. in einem Ordner, € 112
Erich Schmidt Verlag, Berlin

Recht der Krankenversicherung

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

Olaf Rademacker (Hg.)
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung
9. Lfg., 08/2019, € 68,60; 10. Lfg., 09/2019, € 73,20; 11. Lfg., 10/2019, € 68,40; 12. Lfg., 11/2019, € 65,80; 13. Lfg., 12/2019, € 71. Gesamtwerk 10.742 S. in sieben Ordnern, € 208
Erich Schmidt Verlag, Berlin

PS
Lerneffekte

Gerade in schwierigen Zeiten wie der Coronakrise hätte die Europäische Union (EU) die Chance, bei ihren Bürgerinnen und Bürgern mit entschiedenem Handeln zu punkten. Aber daran hapert es offensichtlich. Denn sie wird gar nicht als Krisenmanagerin wahrgenommen, wie eine Umfrage des European Council on Foreign Relations (ECFR) zeigt. Im Durchschnitt ist fast die Hälfte von insgesamt 11.000 befragten Personen (46 Prozent) in neun Mitgliedstaaten der Meinung, dass die EU bei ihrer Reaktion auf die Pandemie ihrer Verantwortung nicht gerecht geworden ist. Ganz besonders stark herrscht diese Meinung in der italienischen und französischen Bevölkerung vor (Italien 63 Prozent, Frankreich 61 Prozent), in Deutschland sind es immerhin 40 Prozent. Und damit nicht genug: Bei der Umfrage stimmen im Mittel 46 Prozent der Aussage zu, die EU habe während der Pandemie gar keine Rolle gespielt. Auch wenn die Umfrage nur neun aus 27 Mitgliedern einbezog – nämlich Deutschland, Italien, Frankreich, Spanien, Polen, Schweden, Dänemark, Deutschland, Bulgarien –, sind die Ergebnisse ernüchternd.

Aber es ist auch ein Lerneffekt im Zusammenhang mit der Pandemie erkennbar. Mehrheitlich wünschen sich die Menschen eine engere Kooperation in Europa, als es sie vor der Krise gab. Im Detail bedeutet das auch eine stärkere gemeinsame Schlagkraft gegenüber globalen Bedrohungen und Herausforderungen. Und eine größere Bereitschaft der Mitgliedstaaten, die finanzielle Last von Krisen dieser Dimension gemeinsam zu schultern.

Für die deutsche EU-Ratspräsidentschaft, die am 1. Juli 2020 das Ruder übernommen hat, mag dieses im Juni veröffentlichte Meinungsbild hilfreich sein, macht aber die Ausrichtung des eigenen Kurses nicht einfacher. Denn mehr Schlagkraft in Krisenzeiten erfordert auch mehr Solidarität der EU-Staaten untereinander. Dafür zu werben und sie schließlich zu erreichen, ist eine schwierige Aufgabe, das haben bereits andere Krisen der jüngsten Vergangenheit gezeigt. Gleichzeitig gilt es auch, die EU-Bürgerinnen und -Bürger bei allen Entscheidungen mitzunehmen, beispielsweise mit einer solidarischen, nachhaltigen Sozial- und Beschäftigungspolitik. So gesehen ist das Motto des Präsidentschaftsprogramms „Gemeinsam. Europa wieder stark machen." gut gewählt.

Hoffen wir also darauf, dass die Coronakrise uns hier in Europa in jeder Hinsicht zusammenschweißt!

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.: 040-69 09-17 83
Fax: 040-69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
@TK_Presse

BARMER

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

DAK-Gesundheit

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

KKH Kaufmännische Krankenkasse

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

hkk – Handelskrankenkasse

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

HEK – Hanseatische Krankenkasse

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

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

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel 030/26931-1206
Fax 030/26931-2900

www.vdek.com/magazin
@vdek_Presse