

# Forum

aktuell



1 | 2020



## Teurer als Gold

Fragwürdige Preispolitik bei  
neuen Arzneimitteln überwinden

Thema  
**Coronavirus** wegen  
Tagesaktualität in  
diesem Heft  
nicht berücksichtigt.  
Infos unter  
[aok.de/hessen](http://aok.de/hessen)

### Nicht ohne Risiken

Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz setzt  
teilweise falsche Anreize

### Regeln für die E-Akte

Für das Patientendatenschutzgesetz liegt  
seit Januar ein Referentenentwurf vor

Inhalt

In Kürze ..... 2

Politik ..... 4

GKV-FKG mit Risiken und Nebenwirkungen . . . 4

Fehlansätze beseitigen ..... 5

Apps auf Rezept ..... 10

Regeln für die E-Akte ..... 11

Notfallversorgung: überfällige Reform ..... 12

Rika Esser ist Beauftragte für Menschen mit Behinderung ..... 13

Schwerpunkt ..... 6

Keine Mondpreise für Medikamente ..... 6

Gesundheit ..... 14

Wer mehr weiß, lebt gesünder ..... 14

Organspende: Auf niedrigem Niveau ..... 15

Rückenschmerz ist Volkskrankheit ..... 16

Klasse2000: Programm für Grundschulen ..... 17

Unternehmen ..... 18

Haushaltsplan für 2020 verabschiedet ..... 18

Spendenaktion der AOK-Mitarbeitenden ..... 19

Selbstverwaltung ..... 20

Verwaltungsratsmitglied Robert Vey ..... 20

Wolfgang Kramwinkel ist neuer Vorsitzender des Handwerksbeirats der AOK Hessen ..... 21

Aktuell ..... 22

Impressum ..... 23

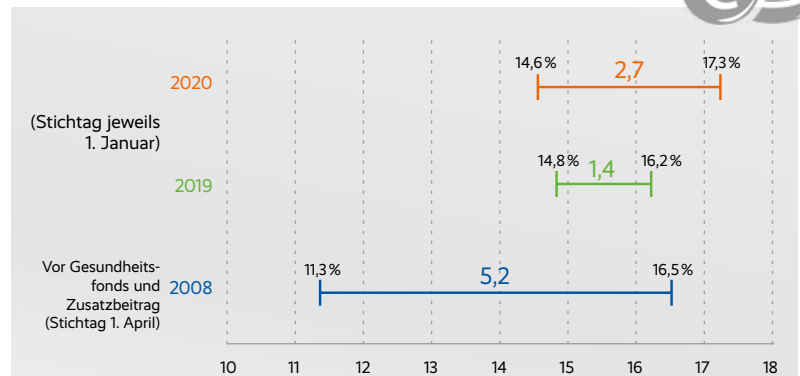


**1,7** Millionen

**Wussten Sie schon**, dass die AOK Hessen die 1,7-Millionen-Marke geknackt hat? Im November 2019 waren exakt 1.700.711 Menschen bei der hessischen Gesundheitskasse versichert – davon fast 1.270.000 beitragszahlende Mitglieder. Die Entwicklung der Mitglieder- und Versichertenzahlen geht bei der AOK Hessen seit 2010 permanent nach oben. Die 1,6-Millionen-Marke konnte sie Anfang 2017 überschreiten.

Illustration: iStockphoto

Beitragsspanne wieder größer



25 der derzeit 105 Krankenkassen haben zum 1. Januar 2020 ihren Zusatzbeitragssatz erhöht, lediglich zwei haben ihn gesenkt: Die AOK Sachsen-Anhalt und die Debeka BKK. Den höchsten Zusatzbeitrag verlangt jetzt mit 2,7 Prozent die BKK Stadt Augsburg. Damit hat sich die Beitragsspanne in der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu 2019 zwar fast verdoppelt, liegt aber noch weit unter dem Wert vom 1. April 2008, also im Jahr unmittelbar vor dem Start des Gesundheitsfonds.

Quelle: AOK-Bundesverband, GKV-Spitzenverband; Grafik: AOK-Mediendienst

Illustration: iStockphoto



Foto: CDU

**Ich werde alles tun, um die Spenderzahl zu erhöhen**


Bundesgesundheitsminister **Jens Spahn** zur Organspende. Die von ihm vorgeschlagene Widerspruchslösung fand am 16. Januar 2020 im Bundestag keine Mehrheit.

## Gesundheitsforum gibt Impulse

Am 3. Juni 2020 findet in Frankfurt das 1. Hessische Gesundheitsforum mit dem Titel „Neue Impulse für Versorgung und Pflege“ statt. Schirmherr ist Staatsminister Kai Klose. Thematisch geht es um zeitgemäße Ideen für drängende Fragen: Wie kann im neuen Jahrzehnt eine qualitativ gute, abgestimmte Versorgung vor allem in ländlichen Regionen gelingen? Was kann durch die Digitalisierung ersetzt werden, was nicht? Wo sind neue Formen der intersektoralen Zusammenarbeit gefragt? Der Vorsitzende des Sachverständigenrates Professor Ferdinand Gerlach wird mit dem Vortrag „Bedarfsgerechte Steuerung statt organisierter Verantwortungslosigkeit“ den Tag eröffnen, der in drei Themenblöcke unterteilt ist. Nach der strukturell-wissenschaftlichen Dimension werden praktische Versorgungsbeispiele vorgestellt, diskutiert und kritisch hinterfragt. Danach werden mit gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern der Landtagsfraktionen politische Handlungsoptionen beleuchtet.

### 1. Hessisches Gesundheitsforum „Neue Impulse für Versorgung und Pflege“

3. Juni 2020, 9 bis 15 Uhr, Westin Grand Hotel, Frankfurt

 Mehr Infos unter [aok.de/hessen/gesundheitsforum](https://aok.de/hessen/gesundheitsforum). Bei Interesse dort oder unter [forum@he.aok.de](mailto:forum@he.aok.de) anmelden. Achtung: begrenzte Platzzahl

## Beratungszentrum in Marburg umgezogen

Das Beratungszentrum der AOK Hessen in Marburg ist umgezogen – aus dem Schlossberg-Center in die 2M Marburg Mall. Die Adresse ist Universitätsstraße 8. „Die Menschen sollen mit der AOK Hessen so kommunizieren können, wie es für sie am einfachsten ist. Das wird zwar immer häufiger per Telefon oder Internet sein, aber für viele bleibt der persönliche Kontakt wichtig. Mit unserem dichten Netz von Beratungszentren wollen wir dem gerecht werden“, sagt Jennifer Kunz, Leiterin der AOK-Beratungszentren in Marburg, Stadthalle und Biedenkopf. Um eine vertrauensvolle Umgebung zu ermöglichen, setzt die AOK Hessen auf besonders diskrete Beratungszentren. Ein freundlicher Empfangs- und Loungebereich mit kostenlosen Getränken sorgt für ein angenehmes Ambiente. Das Beratungszentrum ist barrierefrei erreichbar.

## Selbsthilfe im Dialog

Die Veranstaltungsreihe „Selbsthilfe im Dialog“ findet auch in diesem Jahr wieder an fünf Wochenenden zwischen Mitte Juni und Anfang September statt. Thema ist dieses Mal „Stadt.Land.Gesund. – Die Versorgung der Zukunft“.

**Freitag, 19. Juni, Wiesbaden**  
Kurhaus Kolonnade

**Samstag, 20. Juni, Viernheim**  
NH-Hotel

**Freitag, 3. Juli, Kassel**  
H4 Hotels

**Samstag, 4. Juli, Fulda**  
Handelsschule Herrmann/  
Synapsis Dr. Jordan e.K.

**Freitag, 14. August, Darmstadt**  
Intercity Hotel

**Samstag, 15. August, Marburg**  
Technologie- und Tagungszentrum

**Freitag, 28. August, Limburg**  
Stadthalle

**Samstag, 29. August, Langenselbold**  
Konferenzhotel Ysenburger Hof

**Freitag, 4. September, Frankfurt**  
Le Méridien

 Bei Interesse wenden Sie sich an [susanne.strombach@he.aok.de](mailto:susanne.strombach@he.aok.de)



Foto: AOK Hessen

### Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die AOK Hessen ist mit guten Nachrichten in das neue Jahr gestartet: mit einem stabilen Zusatzbeitragssatz. Das freut die Mitglieder der Gesundheitskasse ebenso wie die zahlreichen Firmen und Betriebe, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Gesundheitskasse versichert sind. Stabilität, Solidität und Verlässlichkeit sind wichtige Ziele der Geschäftspolitik der AOK Hessen. Hierfür müssen wir uns in der Zukunft noch mehr anstrengen. Denn die finanziellen Belastungen nehmen zu – nicht zuletzt durch die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Für die kommenden Jahre werden vom GKV-Schätzerkreis signifikante Ausgabensteigerungen prognostiziert und auch die Reform des Risikostrukturausgleichs birgt noch nicht absehbare finanzielle Risiken. Die aktuelle Gesetzgebung wird die GKV in Milliardenhöhe belasten. Das wird sich in den kommenden Jahren in den Beitragssätzen niederschlagen. Und die Gesetzesflut aus Berlin ebbt auch weiterhin nicht ab. Wir versuchen, Sie mit dieser Ausgabe von „Forum aktuell“ auf dem Laufenden zu halten.

Ein spannender und sehr komplexer Bereich unseres Gesundheitswesens steht im Mittelpunkt dieses Heftes: der Arzneimittelmarkt. Hier greifen ganz spezielle Mechanismen zur Preisbildung, zur Marktzulassung und zur Distribution an die Patientinnen und Patienten. Mit den Rabattverträgen geht die AOK schon seit Jahren einen sehr erfolgreichen Weg, um hohe Qualität zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gewährleisten zu können. Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes hat aktuell ein Positionspapier veröffentlicht, um Perspektiven der Arzneimittelversorgung aufzuzeigen – und die guten Ansätze aus dem AMNOG weiterzuentwickeln. Fest steht: In der Arzneimittelversorgung muss der Weg einer stärker nutzenorientierten und qualitätsbasierten Versorgungssteuerung beschritten werden.

Ihr

**Dr. Stefan Hoehl**

Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen



**Detlef Lamm**  
Vorstandsvorsitzender  
der AOK Hessen

## Falsche Anreize

Detlef Lamm: „Auf den letzten Metern wurden im GKV-FKG einige Unwuchten abgeschwächt. Jedoch bleibt es dabei: Das Gesetz führt insbesondere bei der Weiterentwicklung des RSA in Teilen zu falschen Anreizen und Verwerfungen im Wettbewerb. Zentrale Empfehlungen aus dem Gutachten des Expertenbeirats des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), ehemals Bundesversicherungsamt, wurden nicht aufgegriffen. Im Ergebnis setzt die Reform des Morbi-RSA einige zweifelhafte bis offenkundig falsche Anreize und schwächt den Wettbewerb um die beste Versorgung. Es bleibt zu hoffen, dass in der weiteren Konkretisierung durch das BAS größere Verwerfungen noch vermieden werden.“



Bundestag: Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz ist verabschiedet

# Risiken und Nebenwirkungen

**Kassenwettbewerb** | Mit dem Beschluss des Bundestages am 13. Februar nahm das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) die entscheidende Gesetzgebungshürde. Im Vorfeld der Abstimmung wurde in Fachkreisen hart um die politische Meinungshoheit gerungen – insbesondere darum, wie das Ziel eines fairen Kassenwettbewerbs und eine erhöhte Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht werden können.

Problematisch ist, dass ungeachtet der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamtes für Soziale Sicherung die Maßnahmen teilweise auf eine Schwächung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen und so letztlich auf größere Anreize zur Risikoselektion hinauslaufen. Im Folgenden ein Überblick über letzte Änderungen im GKV-FKG.

## Diagnoseverbot entfallen

Das geplante Diagnoseverbot in Versorgungsverträgen wurde in den Schlussberatungen gestrichen. Damit wären insbesondere solche Versorgungsverträge gefährdet gewesen, die speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind.

## Neue Instrumente sind fragwürdig

Die finanziellen Auswirkungen durch die Einführung einer Regionalkomponente sollen im Jahr 2021 auf Ebene der Bundesländer auf 75 Prozent der Be- und Entlastungen begrenzt werden. Zudem sollen im Jahr 2023 in einem Sondergutachten die Wirkungen der neuen regionalen Merkmale sowie der sogenannten RSA-Manipulationsbremse – mit dem Ausschluss auffälliger Risikogruppen – untersucht werden. Dabei soll auch geprüft werden, inwieweit die Erhebung von Regionalmerkmalen auf Versichertenebene sachgerecht sein könnte. Diese Vorgaben zur zeitnahen Bewertung der Instrumente sind sinnvoll.

Jedoch stellt sich die Frage, warum diese überhaupt eingeführt werden, wenn deren Wirkungsweise bereits bei Einführung zweifelhaft erscheint und der Bedarf einer Untersuchung gesehen wird.

## Organisation des GKV-Spitzenverbandes

Die geplante Regelung zur Verkleinerung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) ist entfallen. Zudem wurde konkretisiert, dass Vorstandsbeschlüsse des GKV-SV im Zuständigkeitsbereich des Verwaltungsrates Vorrang vor Empfehlungen des neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses haben sollen. Damit konnten zumindest zum Teil Eingriffe in die etablierten Selbstverwaltungsstrukturen abgewendet werden.

## Bekämpfung von Arznei-Lieferengpässen

Ein Beirat beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erhält den Auftrag, die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich zu beobachten. Die Vorgaben zur Meldung von Engpässen sollen verschärft, Verstöße mit einem Bußgeld geahndet werden. Des Weiteren kann zukünftig bei Nichtverfügbarkeit eines rabattierten Arzneimittels in der Apotheke unmittelbar auch ein wirkstoffgleiches verfügbares Arzneimittel vergeben werden. Während die ersten Punkte in die richtige Richtung gehen, schießt die Regelung zu den Rabattarzneimitteln weit über die Zielsetzung hinaus.

# Fehlanreize beseitigen

**Intensivpflege und Rehabilitation** | Gegenwärtig gibt es Fehlanreize bei Leistungen der medizinischen Intensivpflege, da erhebliche Unterschiede in der Vergütung bestehen – je nachdem, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Diese Fehlanreize sollen durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz beseitigt werden.

Der Gesetzentwurf sieht einen Vorrang von vollstationären Einrichtungen bei der Versorgung von Intensivpatienten vor. Dies greift erheblich in die Wahl des Lebensortes der Betroffenen ein, kann aber den Behandlungserfolg deutlich verbessern. Der Aufbau von qualitätsgesicherten Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege ist ein weiteres Ziel. Zudem soll die Beatmungsentwöhnung (Weaning) gefördert werden. So können Verträge über krankenspezifische Zusatzentgelte und Abschläge für nicht ausgeschöpfte Entwöhnungspotenziale zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen werden. Der Gesetzentwurf sieht einen eigenständigen Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege vor, losgelöst von der häuslichen Krankenpflege. So soll der Ausbau außerklinischer Versorgungseinrichtungen beschleunigt werden. Qualitative Verbesserungen sollen durch Bundesrahmenempfehlungen für außerklinische Intensivpflege erzielt werden.

## Aktuell fünf hessische Therapiezentren

Welche Erfolge durch zielgerichtete, außerklinische Behandlungsangebote erzielt werden können, zeigen beim Thema Weaning die Therapiezentren für außerklinische Beatmung (TAB). Die AOK Hessen fördert derzeit fünf TABs. Das TAB-Konzept verfolgt eine langfristige Stabilisierung der Betroffenen mit dem Ziel, sie vor einer

lebenslangen Beatmung zu bewahren. Im TAB gibt es durchgehende Betreuung durch erfahrenes Pflegepersonal, ebenso wie diverse tägliche Behandlungseinheiten mit Physiotherapie, Atmungs-, Logo- und Ergotherapie. Zahlreiche Patientinnen und Patienten können nach dem Aufenthalt wieder ein selbstbestimmtes, von Maschinen unabhängiges Leben führen. Die dazu notwendige Leistungsdichte kann im häuslichen Umfeld oftmals nicht gewährleistet werden.

## Wahlrecht soll ausgebaut werden

Weiter sieht der Gesetzentwurf eine Förderung der geriatrischen Rehabilitation und der Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt vor. Eine vertragsärztliche Verordnung garantiert den Leistungsanspruch ohne weitere Prüfung. Die Wahlrechte der Versicherten bei der Einrichtungsauswahl sollen ebenfalls ausgebaut werden. Das betrachtet die AOK Hessen skeptisch. Weder die behandelnden Ärztinnen und Ärzte noch die Patientinnen und Patienten verfügen über einen umfassenden Überblick über die spezifischen Behandlungsangebote der Rehabilitationseinrichtungen. Diese Expertise findet sich nur bei den Krankenkassen. Eine weitere Regelungen des Gesetzentwurfs: Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Reha-Einrichtungen sollen von den Kassen vollständig übernommen werden.

Eines der Ziele: Betroffene vor einer lebenslang notwendigen Beatmung bewahren



Foto: iStockphoto



## Keine Mondpreise für Medikamente

**Arzneimittel** | Das Ziel, Patientinnen und Patienten einen schnellstmöglichen Zugang zu innovativen und qualitätsgesicherten Arzneimitteln mit Zusatznutzen zu ermöglichen, wird zunehmend infrage gestellt. Vermehrt kommen neuartige und extrem hochpreisige Arzneimitteltherapien sowie Medikamente gegen seltene Krankheiten auf den Markt, die eine frühe Nutzenbewertung nach dem im Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehenen Verfahren nicht durchlaufen haben. Die AOK-Gemeinschaft zeigt in einem Positionspapier Reformperspektiven auf, um Patientensicherheit, Qualität und Finanzierbarkeit in der Arzneimittelversorgung wieder in Einklang zu bringen.

Es heißt immer: „Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“. Aber ist eine fundierte Antwort noch sichergestellt, wenn immer mehr Arzneimittel beschleunigt und unter besonderen Umständen sowie auf Basis geringer Daten-evidenz zugelassen und in Verkehr gebracht werden? Aktuell drängen verstärkt neuartige Therapien in den Markt, bei denen die Evidenz gering ist, deren Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität also nicht ausreichend belegt und geprüft sind. Zudem erreichen die Jahrestherapiekosten solcher Mittel teilweise die Millionengrenze oder überschreiten sie sogar. Besondere Brisanz ist im Fall des Präparats von Zolgensma gegeben, einer Gentherapie zur Behandlung der Spinalen Muskelatrophie, für das auf eine Anwendung noch vor der europäischen Marktzulassung gedrängt wird. Der

Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), Ärzte und Krankenkassen befürchten, dass dieser Fall zur Blaupause für andere Hersteller werden könnte und künftig noch mehr neue Arzneimittel im Vorgriff auf eine europäische Zulassung zum Einsatz kommen könnten und damit die bestehenden Instrumente der Qualitätssicherung untergraben. Diese Entwicklungen stellen die behandelnden Ärzte sowie die gesetzlichen Krankenkassen vor neue Herausforderungen, da eine Nutzen-Risiko-Abwägung erheblich erschwert wird.

### Angemessener Regelungsrahmen nötig

Zur langfristigen Sicherung der Versorgungsqualität in Deutschland, bei der Patientinnen und Patienten vor Risiken geschützt werden und gleichzeitig der Weg für neue Behandlungsoptionen



Illustration: iStockphoto

Wachsendes Problem:  
Neue und sehr teure  
Arzneimittel treiben die  
Ausgaben der GKV in die Höhe

geeignet wird, bedarf es eines angemessenen Regelungsrahmens, unterstreicht die AOK-Gemeinschaft. Hier die wichtigsten Punkte, wie der Rahmen aus Sicht der Gesundheitskasse ausgestaltet sein sollte.

### Zulassung nur im Härtefallprogramm

Der Einsatz neuer Therapien noch vor einer europäischen Zulassung ist außerhalb von Studien zum Schutz der Patientinnen und Patienten auf besondere Einzelfälle zu begrenzen. Um Fehlanreize zu vermeiden und der Zulassung nicht vorzugreifen, sollte eine Serie von Anwendungen eines neuen Arzneimittels noch vor der europäischen Zulassung jedoch nur im Rahmen eines Härtefallprogramms erfolgen, bei dem unter Studienbedingungen eine qualitätsgesicherte Anwendung gesichert wird. Dieses ist vom Hersteller verpflichtend aufzulegen. Der Behandlungsverlauf sollte dabei genau dokumentiert werden. Die Kostentragung für die Arzneimitteltherapie muss weiterhin im Verantwortungsbereich des Herstellers verbleiben.

### Die Hersteller sind gefordert

Die Grundlagen für eine bessere Datenlage bei beschleunigt und unter besonderen Umständen

zugelassenen Arzneimitteln wurden mit dem „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ geschaffen. Der GBA wurde dadurch ermächtigt, bei diesen Arzneimitteln für die Nutzenbewertung anwendungsbegleitende Datenerhebungen von den Herstellern einzufordern. Diese Regelung sollte für alle Arzneimittel offenstehen und nicht nur auf anwendungsbegleitende Datenerhebungen beschränkt bleiben. Sie sollen darüber hinaus auch adäquate klinische Studien nach der Zulassung umfassen. Ebenso wichtig für den Patientenschutz ist es allerdings, dass Arzneimittel mit unsicherer Evidenz ausschließlich in qualifizierten und auf das Krankheitsbild spezialisierten Einrichtungen eingesetzt werden und des Weiteren auf Behandlungsfälle mit besonders hohem medizinischen Bedarf begrenzt bleiben.

### Mehr Nutzenbewertungen nötig

Bislang haben Arzneimittel für seltene Erkrankungen (Orphan Drugs) einen Sonderstatus in der frühen Nutzenbewertung: Erst wenn die Umsatzgrenze von 50 Millionen Euro überschritten ist, wird geprüft, ob tatsächlich ein Zusatznutzen belegbar ist. Dieser Sonderstatus sollte wegfallen, auch wenn künftig zusätzlich zu den ambulanten Ausgaben auch die stationären Umsätze in die Berechnung der Umsatzgrenze einfließen. Es wäre ein echter Gewinn für die Patientensicherheit, wenn zukünftig alle neuen Arzneimittel direkt mit ihrem Marktzugang eine Nutzenbewertung durchlaufen.

### Zu hohe Preise beim Markteintritt

Im Gegensatz zum Ausland wird in Deutschland jedes Arzneimittel unmittelbar nach der europäischen Zulassung in voller Anwendungsbreite zum vom Hersteller festgesetzten Preis von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet. Dabei können die Pharmahersteller ihre Preise völlig frei bemessen. Dies hat dazu geführt, dass im Jahr 2018 die patentgeschützten Arzneimittel in Deutschland mit einem Versorgungsanteil von nur 6,4 Prozent für fast 50 Prozent der Arzneimittelausgaben der GKV – 19,8 von 42,8 Milliarden Euro des Apothekenumsatzes – sorgen. Die hohen Preise beim Markteintritt zeigen auch über das erste Jahr und die Preisverhandlungen hinaus Wirkung, weil die erwarteten Preissenkungen aus den zentralen Verhandlungen wohl zumeist vorab eingepreist werden. So kosten selbst Arzneimittel ohne Zusatznutzen inzwischen 70 Prozent mehr als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie. Das von pharmazeutischen Unternehmen oft vorgeschlagene „pay for performance“-Modell – also die erfolgsabhän-



Foto: AOK Hessen

**Dr. Isabella Erb-Herrmann**  
Bevollmächtigte des Vorstandes  
der AOK Hessen

### Nutzen muss im Mittelpunkt stehen

Isabella Erb-Herrmann: „Im Sinne der Versicherten ist die Stärkung einer nutzenorientierten Versorgungssteuerung von Arzneimitteln dringend geboten. Den AOK-Vorschlägen folgend sollten es bei neuartigen, hochpreisigen Arzneimitteltherapien inklusive Orphan-Arzneimitteln Herstellern nicht mehr möglich sein, Ausnahmen im AMNOG-Verfahren auf Kosten der Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität von Arzneimitteln auszunutzen und hierbei gleichzeitig maßlos überzogene Preise zu fordern.“

### Kein Zusammenhang

Ein Gutachten des GKV-Spitzenverbandes belegt, dass zwischen Lieferengpässen bei Arzneimitteln und Rabattverträgen der Krankenkassen kein Zusammenhang besteht. Das Gutachten kommt zu zwei zentralen Erkenntnissen: Zum einen nehmen Lieferengpässe weltweit zu – ganz unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme. Zum anderen lässt sich kein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Ausschreibungsinstrumenten wie den Rabattverträgen in Deutschland ableiten.



#### Mehr Infos:

[gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de) >  
Suchwort „Lieferengpässe“



Illustration: iStockphoto

Fragwürdig: Die Hersteller patentgeschützter Mittel legen den Preis frei fest

gige Vergütung – ist auch keine Lösung für GKV-Erstattungsbeträge, sondern dieses Verfahren führt vielmehr erst recht zu intransparenten Arzneimittelpreisen.

#### Rückwirkung und Interimspreis

Der verhandelte Erstattungsbetrag, bei dem Preis und Nutzen in einem sinnvollen Verhältnis zueinander stehen, greift erst nach zwölf Monaten – und damit viel zu spät. Deshalb sollte der verhandelte Erstattungspreis rückwirkend ab dem ersten Tag beziehungsweise ab der Zulassungserweiterung gelten und das Preisbildungsverfahren beschleunigt werden – also gekürzt auf üblicherweise drei Monate. Um gleichzeitig

eine Fehljustierung durch einen frei gesetzten Preis des Herstellers zu vermeiden, sollte vor der ersten Nutzenbewertung immer ein Interimspreis für neue Arzneimittel festgelegt werden, der zunächst bis zur Bestimmung des ersten verhandelten Erstattungsbetrags für die GKV angewendet wird. Dieser könnte aus den durchschnittlichen Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie abgeleitet werden. Die Überlegung dahinter: Der Interimspreis kann eine Überzahlung in der Markteintrittsphase verhindern. Durch die Kombination von Rückwirkung und Interimspreis entsteht ein fairer Ausgleich sowohl für die GKV als auch für den pharmazeutischen Hersteller.

### Gesetzentwurf liegt auf Eis

Der Gesetzentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken liegt aufgrund verschiedener rechtlicher Bedenken weiterhin auf Eis. Im Koalitionsvertrag hatten sich Union und SPD zwar darauf verständigt, sich für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten einzusetzen. Angesichts europa- und verfassungsrechtlicher Bedenken gegen dieses Verbot schlug Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nun aber die „Gleichpreisigkeit“ vor. Das bedeutet: Online-Apotheken aus dem Ausland sollen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten für gesetzlich Versicherte keine Rabatte mehr anbieten dürfen. Ein Gutachten des Bundeswirtschaftsministeriums zum Apothekenhonorar sieht jedoch durch den Arzneimittelversandhandel keine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit Apotheken. Stattdessen wurde dort eine massive Überfinanzierung der Apothekerleistungen von etwa 1,1 Milliarden Euro festgestellt. Anstelle eines regulierten Preiswettbewerbs für Arzneimittel würde deshalb nun auf Kosten der Versichertengemeinschaft eine staatlich fixierte „Gleichpreisigkeit“ angestrebt, die Wettbewerb ausschließt.

## Europäische Kooperation stärken

Ein wichtiger Faktor der Erstattungsbeitragsverhandlungen ist auch der jeweilige Abgabepreis in den anderen europäischen Ländern. Oft ist jedoch nur der jeweilige Listenpreis in den Ländern bekannt. Gleiches gilt ebenfalls für die europäischen Preise vergleichbarer Arzneimittel, die für die Verhandlungen zu Arzneimitteln mit Zusatznutzen in den deutschen Verhandlungen berücksichtigt werden. Durch eine verstärkte Kooperation mit anderen europäischen Ländern könnte allerdings mehr Transparenz über die tatsächlichen Abgabepreise geschaffen werden. Hierfür bedarf es aber einer klaren rechtlichen Regelung über die Möglichkeit und Ausgestaltung des Austauschs auf europäischer Ebene. Und erst dann sollten die Abgabepreise sowohl für das Arzneimittel als auch für die vergleichbaren Präparate aus anderen europäischen Ländern in das deutsche Verfahren eingehen.

## Effizienzreserven ausschöpfen

Mit der Streichung der Option zur Bildung einer Festbeitragsgruppe für patentgeschützte Arzneimittel fehlt außerhalb der Erstattungsbeitragsverhandlungen außerdem ein wettbewerblicher Anreiz. Um diesen zukünftig zu kompensieren, ist ein Abschlag auf den Zweitanbieter einer Wirkstoffgruppe sinnvoll, wenn dieses Präparat keinen Zusatznutzen gegenüber dem ersten Präparat derselben Wirkstoffgruppe aufweist. Dieses Verfahren wird zum Beispiel in Österreich bereits erfolgreich praktiziert.

## Regelung zu unterjährigen Zulassungen

Werden hochpreisige, stationär eingesetzte Arzneimittel während des Jahres zugelassen, gibt es keine Gesetzesgrundlage, die deren Vergütung regelt. Nach geltendem Recht ist auch eine zusätzliche Vergütung für diese Arzneimittel nicht vorgesehen. Die Vergütung wird deshalb nach der Logik des Systems der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) – der diagnosebezogenen Fallgruppen – erst im Folgejahr vereinbart. Das ist für die Krankenhäuser problematisch, weil diese Arzneimittel dann nur auf Basis von Einzelfallvergütungen erstattet werden können. Besser geeignet wären zwei- oder dreiseitige Übergangsverträge zwischen den Krankenkassen, dem pharmazeutischen Hersteller und zugelassenen spezialisierten Krankenhäusern, die erst enden, wenn ein Entgelt für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vereinbart wird oder die Kosten im DRG-System über Fallpauschalen sachgerecht vergütet werden.

## Ein lernendes System

Im Jahr 2011 hat das AMNOG erstmals die Nutzenbewertung und darauf basierende Preisverhandlungen von neuen Arzneimitteln eingeführt, die sich seither etabliert und bewährt haben. Das Verfahren war aber von Beginn an als lernendes System angelegt. Knapp zehn Jahre später zeigt sich ein drängender Weiterentwicklungsbedarf. Es ist an der Zeit, Qualitätssicherung und Patientensicherheit stärker in den Vordergrund zu rücken und die Instrumente für eine faire Preisbildung nachzubessern, mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten einen schnellstmöglichen Zugang zu innovativen und qualitativ hochwertigen Arzneimitteln mit Zusatznutzen zu ermöglichen.

## Standpunkt



Foto: AOK Hessen

### Ralf Metzger

Leiter der Hauptabteilung Unternehmenspolitik/-kommunikation der AOK Hessen

## Pharmapreise sollen hochgetrieben werden

Der Arzneimittelbereich ist bei der AOK Hessen der zweitgrößte Ausgabenblock, noch vor der ambulanten ärztlichen Behandlung. 2020 erwarten wir eine erneute Steigerung der Ausgaben um 2,5 Prozent. Wir geben damit fast eine Milliarde Euro für Medikamente aus. Neben der Verordnungsmenge spielen die Arzneimittelpreise eine entscheidende Rolle bei dieser Entwicklung. Und die Arzneimittelpreisbildung ist äußerst komplex und nicht nur für Außenstehende schwer durchschaubar.

Im Generikamarkt haben die gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren ein etabliertes Instrument zur Hand, um wirksam zur Kostenreduktion und damit zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beizutragen und gleichzeitig die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu erhalten – die Rabattverträge. Insbesondere die Pharmalobby argumentiert dagegen. Der Vorwurf, dass durch die Verträge Lieferengpässe verursacht werden, wurde jedoch mehrfach gutachterlich entkräftet – jüngst erst wieder durch den GKV-Spitzenverband.

Die Preis- und Distributionspolitik einzelner Pharmaunternehmen sprengt alle bisherigen Grenzen. Mit dem teuersten Medikament der Welt – Zolgensma des Schweizer Pharmakonzerns Novartis – wird Heilung nach nur einer Behandlung bei Neugeborenen mit Spinaler Muskelatrophie versprochen. Kann beziehungsweise soll die Versichertengemeinschaft diese 1,9-Millionen-Euro-Spritze schultern, auch wenn keine Zulassung in Europa vorliegt und aussagekräftige Studien zur Sicherheit und Qualität im Rahmen einer umfassenden Nutzenbewertung fehlen? Und das, obwohl wir eine etablierte Alternativtherapie haben? Dies wirft rechtliche und ethische Fragen auf, die in einer gesamtgesellschaftlichen Diskussion erörtert werden müssten. Der Goldstandard für eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung ist und bleibt die offizielle Zulassung.

## Modellprojekt elektronische Verordnung

Die AOK Hessen ist an einem Modellvorhaben zur E-Verordnung beteiligt. Zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, dem Hessischen Apothekerverband, der DAK-Gesundheit sowie dem Abrechnungsdienstleister Optica hat der E-Verordnungsprozess im März mit einer Laufzeit von zunächst zwölf Monaten begonnen. Das Projekt ermöglicht den Patientinnen und Patienten die Teilnahme an einer Videosprechstunde und die Ausstellung eines E-Rezeptes.

Die Videosprechstunde wird zunächst vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst und perspektivisch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hessen angeboten. Wird ein E-Rezept ausgestellt, können die Patientinnen und Patienten dies digital über ein Portal verwalten und an eine teilnehmende Apotheke ihrer Wahl weiterleiten, die sie mit dem Arzneimittel versorgt.



Foto: iStockphoto

Positive Effekte: Apps sollen die Versorgung verbessern. Dafür müssen sie aber sicher sein

# Apps auf Rezept

**Digitalisierung im Gesundheitswesen I** Krankenkassen erhalten künftig die Möglichkeit, digitale Gesundheitsanwendungen – unter anderem Gesundheits-Apps – zu erstatten. Konkrete Regelungen hierzu schafft nun die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung.

Bereits im vergangenen November hat der Deutsche Bundestag das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verabschiedet und seit Anfang Januar dieses Jahres sind die meisten Inhalte umzusetzen. Unter anderem regelt das DVG, dass die Kosten von digitalen Gesundheitsanwendungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden sollen. Eine klare Definition von Anforderungen an die digitalen Anwendungen, Vorgaben für Methoden und Verfahren zum Nachweis positiver Versorgungseffekte, welche Anwendungen damit im Einzelnen gemeint sind, wie der Erstattungsprozess ablaufen soll oder wie ein Nutzen für Patientinnen und Patienten nachzuweisen ist, blieb der Gesetzgeber bisher schuldig.

## Mehr Transparenz soll Einzug halten

Die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) sieht nun vor, ein elektronisches Verzeichnis zu errichten. Zuständig hierfür ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Neben identifizierenden Merkmalen, wie dem Namen des Herstellers und der Anwendung, sind auch Informationen zu positiven Versorgungseffekten, zu Preisen und Vergütungsbeträgen sowie zu notwendigen Leistungen zu erfassen. Dieser Schritt zu mehr Transparenz ist zu begrüßen. Ebenso werden Prüfverfahren im Falle von wesentlichen Änderungen an der digitalen Anwendung konkretisiert. Auch sieht der Entwurf eine Beratung der Hersteller durch das BfArM vor.

Die Verordnung definiert weiterhin Kriterien zur Bewertung von Gesundheits-Apps und enthält auch Regelungen zur Sicherheit, zur Qualität, zum Datenschutz sowie zur Datensicherheit. Ebenso macht sie Vorgaben für den Nachweis positiver Versorgungseffekte. Hersteller müssen durch vergleichende Studien positive Effekte nachweisen. Im Fall von Erstanträgen muss ein Evaluationskonzept plausible Versorgungseffekte aus einer Pilotstudie begründen. Eine Bewertung wird durch das BfArM vorgenommen. Nach derzeitigem Stand müssen Anbieter erst nach einem Jahr den Nutzen ihrer Anwendung belegen.

## Medizinischer Nutzen erforderlich

Bisher ist noch unklar, was passieren soll, wenn digitale Anwendungen nach einem Jahr nur leicht verändert wieder auf den Markt gebracht werden. Hier ist der Gesetzgeber noch zu ungenau. Das Bundesgesundheitsministerium sieht für den Nachweis des positiven Versorgungseffektes medizinische Kriterien sowie auch Verfahrens- und Strukturverbesserungen als geeignet an. Dies ist insofern kritisch, als dass gerade digitalen Anwendungen eine entsprechende Verbesserung von Abläufen oder organisatorischen Aspekten häufig bereits inhärent ist. Hier sollte der Gesetzgeber Regeln finden, welche die Patientin und den Patienten in den Mittelpunkt stellen. Anwendungen, deren Kosten durch die Solidargemeinschaft der GKV übernommen werden, sollten einen klar benennbaren medizinischen Nutzen besitzen.

# Regeln für die E-Akte

**Patientendatenschutz** | Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende Januar den Referentenentwurf für das Patientendatenschutzgesetz veröffentlicht. Bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten ab 2021 eine elektronische Patientenakte anzubieten. Der neue Entwurf soll die Details hierzu regeln.

Die Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2021 hat im Vorfeld zu kritischen Reaktionen geführt. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wollte das Bundesgesundheitsministerium weitere Regelungen treffen. Doch im Juli 2019 wurden Bedenken vonseiten des Bundesjustizministeriums an den Datenschutzvorgaben zur ePA gemeldet – die entsprechenden Regelungen wurden aus dem DVG gestrichen. Das Patientendatenschutzgesetz soll nun Regelungen zur Konfiguration und Ausgestaltung, aber auch zum Datenschutz treffen. Außerdem stehen weitere digitale Anwendungen im Fokus des Gesetzes.

## Licht und Schatten

Zu begrüßen ist das Ziel des Gesetzes, die Vorteile der ePA für alle Patientinnen und Patienten nutzbar zu machen, auch wenn diese nicht über die notwendigen Endgeräte verfügen. Kritisch ist, dass die technische Infrastruktur durch die gesetzlichen Krankenkassen bis spätestens 1. Januar 2022 zur Verfügung zu stellen ist. Hier stehen Kosten und Nutzen in keinem Verhältnis zueinander. Weitere Ziele werden in Hinblick auf die Inhalte der Akte, ihre Nutzung, die Verarbeitungsbefugnisse sowie die Zugriffskonzeption definiert. Auch will der Gesetzgeber die Dynamik der Einführung von medizinischen Anwendungen basierend auf der Telematikinfrastruktur erhöhen. Die Zuständigkeit für nähere Bestimmungen zur Datenverarbeitung und des -schutzes sieht der Gesetzentwurf bei der Gesellschaft für Telematik. Diese soll unter anderem eine koordinierende

Stelle einrichten. Der Entwurf sieht außerdem weitere Bußgeldtatbestände sowie einen Beschlagnahmeschutz vor.

## Zugriffsrechte sind zentrales Thema

Damit die neuen Akten auch sinnvoll genutzt werden können, werden Leistungserbringende verpflichtet, diese zu befüllen beziehungsweise Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen. Das vorgesehene „Befüllungshonorar“ ist kritisch zu sehen, da eine angebotsinduzierte Nachfrage entstehen kann. Das Gesetz regelt weiterhin auch das Thema Zugriffsrechte. Zunächst müssen Versicherte vollen Zugriff auf die Daten der ePA gewähren. Ab 2022 ist jedoch vorgesehen, dass auch eine Auswahl getroffen werden kann, welche Daten weitergegeben werden.

## Weitere Anwendungen im Fokus

Neben Regelungen zur ePA stehen auch Vorhaben zu weiteren innovativen digitalen Anwendungen im Fokus des Gesetzentwurfs. Dabei handelt es sich etwa um eine App für E-Rezepte, für deren Grundlagenentwicklung die Gesellschaft für Telematik den Auftrag erhält. Der Gesetzentwurf beinhaltet des Weiteren die Beauftragung der Selbstverwaltung, um Regelungen für einen elektronischen „Vordruck“ des grünen Rezeptes zu entwickeln. Einen entsprechenden Auftrag gibt es auch für einen digitalen Überweisungsschein. Diese Aufgabe spielt das Bundesgesundheitsministerium den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge zu.

Sicherheit der Daten: Wer darf was sehen?



## Die Chance jetzt nutzen

Der vorgelegte Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung bietet aus Sicht der AOK Hessen die Möglichkeit, derzeitige Schnittstellen zu optimieren und dadurch das System deutlich effektiver und effizienter zu gestalten – und so eine bessere Patientenversorgung zu ermöglichen. Dafür müssen aber organisatorische Voraussetzungen getroffen werden, sektorale Ansätze überwunden und monetäre Interessen der einzelnen Beteiligten zurückgestellt werden. Die Einbindung aller Akteure, der Ausgestaltung auf Landesebene und dem Landesausschuss nach Paragraph 90 des Sozialgesetzbuchs V kommen dabei zentrale Rollen zu. Mit einer Vereinheitlichung der Kostenregelung für den Bereich Rettungsdienst im SGB auf Bundesebene könnten auch länderspezifische Ungleichheiten beseitigt werden.



Foto: iStockphoto

Schneller helfen: Im Notfall können Sekunden über Leben und Tod entscheiden

# Reform ist überfällig

**Notfallversorgung** | Ein gemeinsames Notfalleitsystem und Integrierte Notfallzentren sollen den ärztliche Bereitschaftsdienst und die Notfallversorgung zusammenführen. Dies sieht der Gesetzentwurf eines „Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vor. Diese Zusammenführung ist aus Sicht der AOK Hessen überfällig. Entscheidend wird jetzt die konkrete Umsetzung sein.

Der Gesetzentwurf sieht Folgendes vor: Die Notfallversorgung durch den Rettungsdienst wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung im SGB V verankert und eigenständig vergütet. Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das Leistungsspektrum für die Integrierten Notfallzentren (INZ) festlegen. Ferner legt der Entwurf für Diagnosen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Polytrauma bundesweit fest, welche Krankenhäuser Notfallpatienten versorgen dürfen. Dies begrüßt die AOK Hessen ausdrücklich.

### Enge Kooperation aller Beteiligten

Die zentrale telefonische Lotsenfunktion der Notfallversorgung übernimmt künftig das Gemeinsame Notleitsystem (GNL), das in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notsituationen unter der von den Rettungsleitstellen verantworteten Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Rufnummer 116 117 rund um die Uhr erreichbar sein soll. Über das GNL sollen die Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder notdienstliche Vor-Ort-Versorgung disponiert werden. Dies erfolgt auf Basis eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens. Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation aller an der Notfallversorgung Beteiligten mithilfe digitaler Vernetzung. Die zentrale Steuerung erfolgt durch das GNL.

Als zentrale und jederzeit zugängliche Einrichtungen der Notfallversorgung sollen INZ an dafür geeigneten Krankenhausstandorten eingerichtet werden. Sie müssen so gestaltet sein, dass sie von Patientinnen und Patienten im Notfall als erste Anlaufstelle einfach aufgesucht werden können. Die INZ sollen eine standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs vornehmen und die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung erbringen oder eine stationäre Versorgung veranlassen. INZ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben. Der GBA wiederum soll festlegen, wie die INZ personell und mit welchen Apparaten ausgestattet werden sollen, wie das Verfahren der Ersteinschätzung gestaltet werden soll und welchen Umfang die dort zu leistende notdienstliche Versorgung haben wird.

### Finanzierung ist geklärt

Die für die Bildung eines gemeinsamen Notfalleitsystems erforderlichen Softwarelösungen für die 112-Rettungsleitstellen werden aus GKV-Mitteln gefördert. Die Vergütung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung vereinbaren die zuständigen Landesbehörden oder die Rettungsdienststräger mit den Krankenkassen.

# Eine engagierte Kämpferin

**Menschen mit Behinderung** | Seit dem 1. März ist Rika Esser die erste hauptamtliche Beauftragte für Menschen mit Behinderung in Hessen. Die 48-Jährige war zuvor Referatsleiterin im Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz in Rheinland-Pfalz.

Inklusion und Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben ist für die hessische Landesregierung ein zentrales Anliegen. Daher war es notwendig, dass das Amt der beauftragten Person für Menschen mit Behinderung in Hessen künftig hauptamtlich wahrgenommen wird. Rika Esser folgt auf Maren Müller-Erichsen, die seit 2012 hessische Landesbeauftragte war. Ministerpräsident Volker Bouffier und Kai Klose, Minister für Soziales und Integration, machten bei der Vorstellung deutlich: „Mit Rika Esser hat Hessen eine kompetente Ansprechpartnerin, die viel Erfahrung für die anstehenden Aufgaben mitbringt. Sie ist seit Jahren eine engagierte Kämpferin für ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen.“

## Viele Aufgaben warten

Die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wird im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration vorangetrieben und begleitet. Um diesen Prozess zu unterstützen, ist die hauptamtliche Position der Beauftragten für Menschen mit Behinderung künftig auch dort angesiedelt. „Der Aufgabenbereich der Beauftragten für Menschen mit Behinderung ist in den letzten Jahren stark

gewachsen“, betonte Klose. Mit dem Hessischen Behinderten-Gleichstellungsgesetz (HessBGG) ergeben sich für Rika Esser deshalb viele Aufgaben. Berufliche Stationen von Esser waren unter anderem auch das Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen in Mainz, wissenschaftliche Mitarbeiterin des früheren Bundestagsabgeordneten und späteren Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Hubert Hüppe, die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit sowie die Christoffel-Blindenmission.

## Alle Lebensbereiche sind betroffen

Rika Esser freut sich sehr auf die neuen Herausforderungen, die sie in ihrer neuen Funktion erwarten. „Das Thema ‚Behinderung‘ ist für mich in erster Linie ein Menschenrechtsthema mit Querschnittsdimension: Das bedeutet, dass alle Politik- und Lebensbereiche davon berührt sind. Ich setze mich dafür ein, die Inklusion weiter voranzubringen. Meine Aufgabe wird vor allem darin bestehen, die hessische Landesregierung zu beraten und somit dazu beizutragen, dass wir die Ziele im Koalitionsvertrag erreichen. Die Anliegen der Menschen mit Behinderungen selbst spielen für mich dabei eine zentrale Rolle“, so Rika Esser.

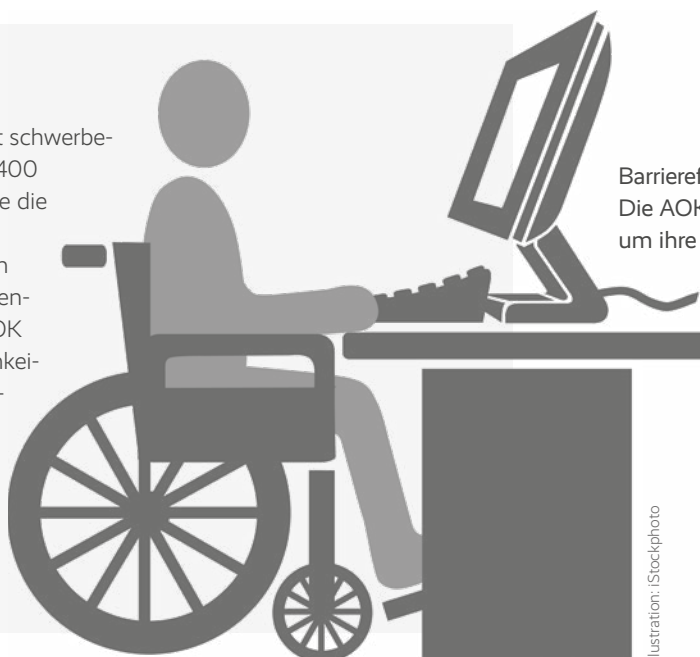


Foto: GIZ

**Rika Esser**  
Hessische Beauftragte  
für Menschen  
mit Behinderung

## Unterstützung für Betroffene

Die AOK Hessen beschäftigt rund zehn Prozent schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen – etwa 400 Personen. Damit übertrifft die Gesundheitskasse die Beschäftigtenpflichtquote von fünf Prozent deutlich und zählt hessenweit zu den führenden Unternehmen, die sich für behinderte Mitarbeitende stark machen. Das Inklusionskonzept der AOK Hessen sieht zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten vor, wie beispielsweise barrierefreie Informationstechnik und flexible Arbeitsmodelle. Die Gesundheitskasse hat eine gewählte und freigestellte Gesamtvertrauensperson für die Schwerbehindertenvertretung sowie an acht Standorten regionale Schwerbehindertenvertreterinnen und -vertreter.



Barrierefreier Arbeitsplatz:  
Die AOK kümmert sich  
um ihre Beschäftigten

Illustration: iStockphoto

# Wer mehr weiß, lebt gesünder

**Gesundheitskompetenz** | In Hessen glauben 83 Prozent, eine sehr gute oder eher gute Gesundheitskompetenz zu besitzen. Dies hat eine Befragung im Auftrag der AOK Hessen ergeben. Doch stimmt diese Selbsteinschätzung wirklich?

Dazu lohnt sich ein Blick auf die Ergebnisse zu Bluthochdruck, Impfen, Herzinfarkt, Erste Hilfe und Krankenhausbehandlung.

## Blutdruck: Viele messen ihn

Ein erstaunliches Ergebnis: 26 Prozent, somit jeder Vierte, misst den eigenen Blutdruck mehrmals monatlich. Bei Menschen ab 60 Jahren sind es sogar 42 Prozent. Weitere 32 Prozent messen ihn altersübergreifend zumindest mehrmals jährlich oder lassen dies in einer Praxis vornehmen. Insofern erstaunt es nicht, dass Blutdruckmessgeräte mindestens so oft in Haushalten zu finden sind wie Mikrowellen: 68 Prozent besitzen eines, bei Menschen ab 60 Jahren sogar 85 Prozent.

## Impfungen: Jeder Fünfte unwissend

Eine weitere gute Nachricht lautet: 20 Prozent kennen ihren Impfstatus sehr gut, 60 Prozent haben ihn ungefähr im Kopf und wissen, wo sich ihr Impfpass befindet. Allerdings gilt für die restlichen 20 Prozent, dass sie große bis sehr große Wissens- oder auch Impflücken haben. Immerhin wissen 23 Prozent voll und ganz sowie 52 Prozent in weiten Teilen, welche Schutzimpfungen empfohlen werden. Allerdings geben 26 Prozent an, wenige oder gar keine Kenntnisse zu besitzen. Es zeigt sich auch ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen: 71 Prozent der

Männer kennen die empfohlenen Schutzimpfungen, bei den Frauen sind es 78 Prozent.

## Herzinfarkt: Frauen wissen mehr

Jeder Vierte kennt die Anzeichen für einen Herzinfarkt, fast genauso viele wissen die Symptome, die auf einen Schlaganfall hindeuten. Zählt man diejenigen hinzu, die in der Befragung „Ja, eher“ angegeben haben, erhält man recht hohe Gesamtwerte: Herzinfarkt 74 Prozent, Schlaganfall 71 Prozent. Im Umkehrschluss bedeutet das aber auch: Mindestens jede vierte Person hat hierüber sehr wenige oder gar keine Kenntnisse. Frauen sind, wie so oft, etwas informierter oder glauben, es zu sein. Weibliche Befragte wissen nach eigenen Angaben über einen Schlaganfall besser Bescheid (75 Prozent) als Männer (66 Prozent). Die Kenntnisse steigen mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern an. Ähnliche Differenzen zeigen sich beim Infarkt.

## Bei Erster Hilfe sind viele überfordert

Schnelle, sinnvolle Maßnahmen zur Ersten Hilfe können zum Beispiel nach einem Unfall Leben retten – wenn man es auch kann. Neue Zahlen offenbaren, dass die Kompetenzen hier bedeutend schlechter sind. 26 Prozent behaupten von sich selbst, erheblich unsicher zu sein, weitere 12 Prozent haben keinerlei Kenntnisse oder verzichteten in der Befragung auf eine Angabe. Doch offenbar haben 23 Prozent bei ihrer letzten Erste-Hilfe-Einweisung besonders gut aufgepasst. Weitere 39 Prozent attestieren sich selbst ein solides Grundwissen, wenn es darum geht, einer verletzten Person zu helfen und die richtigen Fragen zu stellen.

## Auswahl einer geeigneten Klinik

Beim Thema richtige Klinik wissen immerhin 13 Prozent, wie man bei einer geplanten Behandlung die beste und kompetenteste Klinik auswählt. Weitere 31 Prozent wissen es im Großen und Ganzen. Doch Unwissenheit dominiert ganz eindeutig: 35 Prozent geben „Nein, eher nicht“ an, die restlichen 22 Prozent wissen zu diesem Thema gar nichts.

Gut zu wissen: In welche Klinik bei geplanten Behandlungen?

Im Dezember 2019 wurden 1.000 Personen ab 18 Jahren vom Meinungsforschungsinstitut Insa Consulere befragt. Die Befragung wurde telefonisch durchgeführt und die Krankenkasse der Befragten spielte keine Rolle.





Foto: iStockphoto

Gespendete Organe: Im internationalen Vergleich liegt Deutschland hinten

## Auf niedrigem Niveau

**Organspende** | Der Deutsche Bundestag hat Mitte Januar entschieden: In zwei Jahren wird die erweiterte Zustimmungslösung umgesetzt. Damit wird in Deutschland im Kern die geltende Rechtslage zu Organspenden unverändert bleiben. Derweil vermeldet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), dass die Spenderzahlen 2019 nahezu unverändert blieben.

Im vergangenen Jahr haben in Deutschland genau 932 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe für eine Transplantation gespendet. Damit hat sich die Zahl der Organspenderinnen und -spender annähernd auf dem Niveau von 2018 mit 955 Organspendern gehalten. Der deutliche Anstieg im vorletzten Jahr war damit eine Konsolidierung nach vielen Jahren des Rückgangs. Allerdings bildet Deutschland mit einer bundesdurchschnittlichen Rate von 11,2 Spenderinnen und Spendern pro eine Million Einwohner nach wie vor eines der Schlusslichter im internationalen Vergleich.

### Über 3.000 Organtransplantationen

Im vergangenen Jahr konnte die DSO 2.995 gespendete Organe erfolgreich an die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) übermitteln: insgesamt 1.524 Nieren, 726 Lebern, 329 Lungen, 324 Herzen, 87 Bauchspeicheldrüsen und fünf Dünndärme. Jeder der 932 Menschen, die gespendet haben, hat im Durchschnitt mehr als drei schwer kranken Patientinnen und Patienten eine neue Lebenschance gegeben. Bundesweit

wurden im letzten Jahr in den 46 Transplantationszentren 3.192 erfolgreiche Organübertragungen durchgeführt. Dadurch wurde 3.023 schwer kranken Patientinnen und Patienten durch ein oder mehrere Organe ein Weiterleben beziehungsweise eine bessere Lebensqualität ermöglicht. Im Jahr zuvor gab es in Deutschland 3.264 Organtransplantationen. Gleichzeitig waren zum Jahresende jedoch mehr als 9.000 Menschen für eine Transplantation registriert.

### Vorerst ändert sich nichts

Die Abgeordneten des Bundestages haben sich in der Abstimmung am 16. Januar 2020 nicht für die Widerspruchslösung entschieden, sondern für die erweiterte Entscheidungslösung. Die neue Regelung tritt frühestens im ersten Quartal 2022 in Kraft – also in zwei Jahren. Aber auch dann bleibt die geltende Rechtslage in ihrem Kern unverändert. Alle werden weiterhin das Recht haben, sich für oder gegen eine Organentnahme zu entscheiden und eben auch keine Entscheidung zu treffen, ohne dass sie oder er automatisch zur Organspenderin oder zum Organspender wird.

## Organspende: Das ist neu

- Es wird ein neues bundesweites Online-Register beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geschaffen, in das man seine Entscheidung eintragen und jederzeit ändern kann – nicht muss.
- Beim Antrag auf einen neuen Personalausweis oder Reisepass müssen Meldebehörden künftig Aufklärungsmaterial und Organspendeausweise aushändigen beziehungsweise bei elektronischer Antragsstellung das Material elektronisch übermitteln.
- Hausärztinnen und -ärzte können ihre Patientinnen und Patienten alle zwei Jahre über die Organ- und Gewebespende beraten.
- Organ- und Gewebespende ist verstärkt in der ärztlichen Ausbildung zu verankern.
- Grundwissen zur Organspende soll zudem in den Erste-Hilfe-Kursen im Rahmen der Führerscheinprüfung vermittelt werden.

## Rückenschmerz ist Volkskrankheit

**Heilmittelbericht |** Vielen Menschen in Hessen schmerzt der Rücken ohne erkennbare Ursache – und zwar dauerhaft. 17 Prozent der AOK-Versicherten im Bundesland waren im Jahr 2017 wegen chronischer unspezifischer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Ein Viertel davon ist mindestens seit dem Jahr 2013 betroffen. Das belegt der Heilmittelbericht 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

Chronische unspezifische Rückenschmerzen betreffen vor allem Frauen: Im Jahr 2017 waren 147.000 der rund 263.000 hessischen AOK-Patienten weiblich. Insgesamt leiden somit rund 19 Prozent aller AOK-versicherten Frauen unter chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Bei den Männern beträgt die Quote fast 15 Prozent. Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich an und ist in den letzten Jahren vor dem Renteneintritt bei beiden Geschlechtern am höchsten.

### Viele schon lange in Behandlung

Die Behandlung zieht sich teilweise über mehrere Jahre hinweg: Unter den 263.000 AOK-versicherten Rückenschmerzpatienten des Jahres 2017 waren 65 Prozent bereits seit 2016 in Behandlung und 26 Prozent sogar schon dauerhaft

seit dem Jahr 2013. Die Zahlen zeigen deutlich, dass der Rückenschmerz zu Recht als Volkskrankheit bezeichnet wird. Neben der Behandlung durch Arzt und Physiotherapie können Präventionsmaßnahmen gegen Bewegungsmangel und einseitige Belastungen, aber auch gegen Übergewicht helfen.

### Mehr Pillen als Prävention

Auch bei der Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Angeboten zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei den Frauen nutzten rund 27 Prozent eine Physiotherapie, bei den Männern sind es nur 19 Prozent. Deutlich häufiger werden dagegen Arzneimittel eingenommen: 80 Prozent der Frauen und 76 Prozent der männlichen Schmerzpatienten griffen 2017 auf sie zurück.



Der Heilmittelbericht des WidO analysiert jährlich die Verordnungen der rund 70 Millionen GKV-Versicherten. Er zeigt Trends, den Umsatz sowie die regionale Inanspruchnahme.

## Einen noch besseren Start

**Erweitertes Leistungspaket |** Schwangere und auch Begleitpersonen, die bei der AOK Hessen versichert sind, haben seit Beginn des Jahres Anspruch auf zusätzliche Leistungen, die über die gesetzlichen Regelungen hinausgehen. Die entsprechende Satzungsänderung hat der Verwaltungsrat auf seiner Sitzung im Dezember 2019 beschlossen.



Foto: iStockphoto

Gut versorgt: Das AOK-Schwangerschaftspaket

Die AOK Hessen hat mit dem Jahreswechsel ihr Leistungsangebot erweitert: Sie unterstützt Schwangere jetzt auch bei der Stillberatung. Ge-

rade beim ersten Kind fühlen sich viele Mütter unsicher, wenn sie ihr Baby stillen möchten. Die AOK Hessen übernimmt auch die Kosten für die Hebammenrufbereitschaft und den Toxoplasmose-Test. Ebenfalls erstattet werden die Kosten für Online-Geburtsvorbereitungskurse. Das ist alles Teil des neuen erweiterten Schwangerschaftspakets. Dadurch werden insgesamt Kosten in Höhe von 400 Euro für die Schwangere und 100 Euro für eine bei der AOK Hessen versicherte Begleitperson je Schwangerschaft erstattet. Insgesamt sind es 17 Leistungen, wie zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, Arzneimittel, Geburtsvorbereitungs- und Baby-Erste-Hilfe-Kurse, die Unterbringung der AOK-versicherten Begleitperson im Familienzimmer, die telefonische Hebammenberatung, die Untersuchung auf Antikörper gegen Ringelröteln und Windpocken und einige mehr.



Prävention macht auch Spaß: Über 4.000 Schulen machen bundesweit mit

## Das macht richtig stark

**Präventionsprogramm |** Klasse2000 ist das bundesweit am weitesten verbreitete Präventionsprogramm für Grundschulen und wird laufend aktualisiert. Entwickelt wurde es 1991 in Nürnberg. In Hessen wird es in 15 Prozent aller Klassen eingesetzt. Es geht um alles: Ernährung, Bewegung, Entspannung, Resilienz, Entwicklung der Persönlichkeit und Suchtprävention.

„Was kann ich selbst tun, damit ich gesund bleibe und mich wohlfühle?“ – das ist die Leitfrage von Klasse2000. Zum Beispiel auch mal Nein sagen können, Konflikte lösen, Gefühle verstehen, zuckerfreie Vormittage und reichlich Bewegung gehören dazu. Das von der AOK Hessen geförderte Präventionsprogramm für Grundschulen ist mittlerweile seit Jahrzehnten erfolgreich. In ganz Deutschland beteiligen sich zurzeit über 4.000 Schulen, verteilt über die Jahrgangsstufen eins bis vier.

### Themen altersgerecht vermitteln

Das Programm bietet umfangreiches didaktisches Material. Was Lehrerinnen und Lehrer benötigen, um im laufenden Unterricht Gesundheitsthemen zu integrieren, ist in Fülle vorhanden. Was genau thematisiert werden soll? Vorgaben gibt es keine, nur Empfehlungen im Rahmen von ausführlichen Unterrichtsvorschlägen. Pro Schuljahr und Klasse finden etwa 14 Klasse2000-Stunden statt. Selbstverständlich werden die Lehrkräfte zuvor auch entsprechend geschult. Würden sie auch selbst auf all diese Ideen kommen, wie beispielsweise Mathematik mit Bewegungsspielen verknüpft werden

kann? Die Antwort lautet: Nein. Das Programm wird regelmäßig evaluiert und das Material ist dermaßen durchdacht und anwendungsfreundlich, dass es sehr leichtfällt, gemeinsam mit den Kindern auch über Ernährung und Resilienz altersgerecht zu sprechen.

### AOK trägt die Hälfte der Kosten

Das Material besteht unter anderem aus digitalen Tafelbildern, Plakaten, Übungskarten, DVDs und Broschüren. Dazu gibt es für jedes Kind Schülerhefte, Bastelbögen und sogar einen Atemtrainer und ein Stethoskop, darüber hinaus auch Informationen für die Eltern. Denn Gesundheitserziehung findet natürlich auch daheim statt. Eben weil Klasse2000 so gut integrierbar ist, wird es besonders häufig abgerufen. Die Hälfte der Kosten wird von der AOK Hessen getragen, die übrigen 110 Euro kommen durch Spenden und Fördermittel zusammen. Insgesamt 360 erste Klassen bekommen jährlich eine Teilpatenschaft zuerkannt, damit Klasse2000 vier Jahre lang umgesetzt werden kann.

 **Weitere Infos zum Programm:**  
[klasse2000.de](http://klasse2000.de)

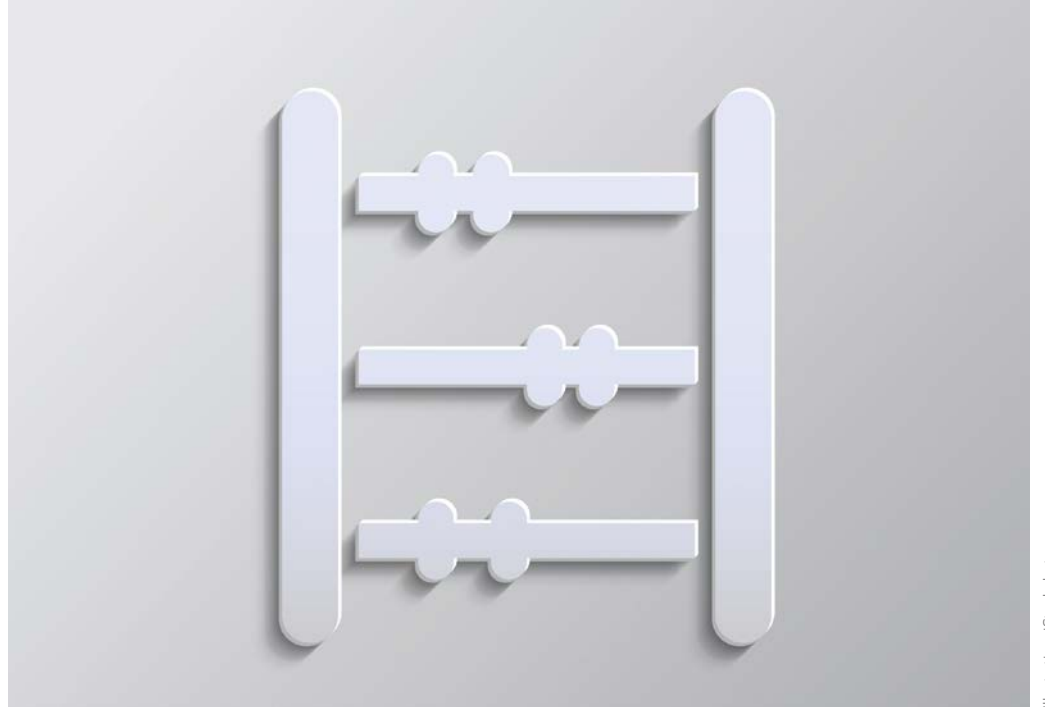


Illustration: iStockphoto

Nachhaltige Geschäftspolitik: Die AOK Hessen steht sehr gut da

## Preis bleibt stabil

**Haushaltsplan I** Die AOK Hessen bleibt weiterhin bei ihrem Zusatzbeitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent. Dies hat der Verwaltungsrat im Dezember 2019 auf seiner Sitzung in Mörfelden-Walldorf beschlossen. Damit liegt der Beitragssatz der AOK Hessen 0,2 Prozentpunkte unter dem vom Gesetzgeber für die gesamte GKV festgelegten durchschnittlichen Wert. Im kommenden Jahr wird die finanzielle Situation für alle Krankenkassen dennoch deutlich schwieriger.

Mit 6,2 Milliarden Euro in der Kranken- und 1,4 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung umfassen die beiden Haushalte 2020 ein bedeutendes Finanzvolumen. Während der Beitragssatz in der Pflegeversicherung gesetzlich fixiert ist, legen die einzelnen Kassen für die Krankenversicherung ihren Zusatzbeitragssatz individuell fest. „Wir stehen für eine nachhaltige Geschäftspolitik, und dies zeigt sich unter anderem bei unserem Preis, den wir in den vergangenen beiden Jahren senken konnten und im Jahr 2020 stabil halten“, erklärt Detlef Lamm, Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen. Allerdings nehmen die Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung deutlich zu, was mit der gedämpften konjunkturellen Entwicklung, medizinischen Innovationen – vor allem im Bereich onkologischer Präparate – und gesetzlichen Neuregelungen mit deutlichen Ausgabensteigerungen in Zusammenhang steht.

### Die Leistungsausgaben steigen

Bei den Leistungsausgaben prognostiziert die AOK Hessen für das Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 4,9 Prozent absolut beziehungsweise um 3,7 Prozent je Versicherten 2019. Steigerungen werden in allen Leistungssegmenten erwartet. Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und ärztliche Behandlung sind – in

dieser Reihenfolge – auch im Jahr 2020 wieder die größten Ausgabenpositionen.

### Nächste Marke geknackt

Nahezu jede und jeder dritte in Hessen gesetzlich Versicherte wird durch die hessische Gesundheitskasse betreut. Sie ist damit die Marktführerin im Land. Ende 2019 wurde zudem eine besondere Marke geknackt – die 1,7-Millionen-Marke. So viele Menschen sind bei der AOK Hessen versichert. Dies waren 1,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Im gesamten vergangenen Jahrzehnt kann die AOK Hessen eine stetig wachsende Versichertenzahl verzeichnen. Diese Entwicklung soll auch 2020 fortgesetzt werden.

### Beste Voraussetzungen

Die AOK Hessen liegt mit ihrem Beitragssatz deutlich unter dem gesetzlich festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz wie auch unter dem tatsächlich GKV-weit durchschnittlich erhobenen. „Wir hatten noch nie einen so wettbewerbsfähigen Preis wie heute“, fasste Dr. Michael Karner, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Hessen, die Ausgangslage im Wettbewerb für das Jahr 2020 zusammen. „Verbunden mit attraktiven Versorgungs- und Serviceangeboten sind dies beste Voraussetzungen, um erfolgreich am Markt zu agieren.“

Foto: iStockphoto



Spendenaktion: Auch wenige Cents können viel bewegen

## Um andere kümmern

**Aktion der AOK-Mitarbeitenden** | Gutes tun kann so einfach sein. Das beweisen die Mitarbeitenden der AOK Hessen bereits seit vielen Jahren. Rund 700 Mitarbeitende machen bei der 99-Cent-Aktion mit – Tendenz stetig steigend. Jedes Jahr kommen so rund 8.000 Euro zusammen, die an soziale Einrichtungen oder Hilfsprojekte gehen.

Monatlich spenden rund 700 Mitarbeitende der hessischen Gesundheitskasse 99 Cent ihres Gehalts für soziale Hilfsprojekte. Eine Prämisse bei der Verteilung des Geldes ist, dass es sich um Initiativen handelt, bei denen die Unterstützung unbürokratisch bei den Betroffenen ankommt – und auch dort, wo es wirklich gebraucht wird. Außerdem sind es solche Organisationen, die hilfebedürftige oder benachteiligte Menschen unterstützen. Da gerade kleine Organisationen auf regelmäßige Hilfe angewiesen sind, gibt es bestimmte Initiativen, die seit Jahren unterstützt werden – und in diesem Jahr jeweils 1.500 Euro erhalten. Dazu gehört der Frankfurter Verein „Streetkids International“, der sich um die Betreuung von Straßenkindern aus Tansania kümmert, die ihre Eltern durch Aids verloren haben. Auch „Die Fleckenbühler“, die Suchtbetroffenen zwischen Marburg und Frankfurt helfen, gehören dazu. Und schließlich erhält der Verein „Stars of Vietnam“, der ein Waisenhaus gebaut hat, um Kinder zu betreuen, die als Spätfolge des Vietnamkrieges mit massiven Behinderungen zu kämpfen haben, jedes Jahr eine Spende.

### Von den Mitarbeitenden ausgewählt

In diesem Jahr werden darüber hinaus sieben Projekte mit jeweils 500 Euro gefördert. In intro:kompakt, dem monatlichen Online-Mitarbeitenden-Magazin der AOK Hessen, konn-

ten Vorschläge für unterstützungswürdige Einrichtungen und Projekte eingereicht werden. In der folgenden Ausgabe fand dann ein Voting statt, an dem sich alle Leserinnen und Leser beteiligen konnten. Ausgewählt wurden die sieben Vorschläge mit den meisten Stimmen. Einige Mitarbeitende der AOK Hessen sind selbst privat in diesen Projekten engagiert und freuen sich deshalb doppelt über die Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen für ihr Engagement. Fünf der sieben ausgewählten Organisationen agieren von Hessen aus.

### Helfen und kümmern

Die beiden hessischen Wünschewagen des Arbeiter-Samariter-Bunds konnten die meisten Klicks für sich verbuchen und erhalten bereits zum zweiten Mal 500 Euro aus der 99-Cent-Aktion. Zum ersten Mal dabei sind die Stiftung Bärenherz für schwer kranke Kinder, der Franziskustreff in Frankfurt, die Initiative „Du musst kämpfen“ sowie der Frauennotruf Frankfurt. Ebenfalls zum zweiten Mal wird der Verein „Leben retten“ bedacht, der viele Projekte unterstützt, unter anderem die Finanzierung eines Krankenhauses für krebskranke Kinder in Rumänien. Ein weiteres Projekt, das Kinder im Fokus hat, ist „Connect Minds 4 Change“. Dieser unterstützt seit 2016 Straßenkinder in Manila, der Hauptstadt der Philippinen.



Illustration: iStockphoto



Foto: privat

### Robert Vey

Er ist Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Hessen und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege. Im Verwaltungsrat ist er schon insgesamt 19 Jahre tätig, ordentliches Mitglied wurde er 2011. Der 65-Jährige ist im Ruhestand und war viele Jahre Vorsitzender des Gesamtpersonalrates bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen.

## Raum für neue Ideen

**Nachgefragt |** Persönlichkeiten aus dem ganzen Land engagieren sich in der Selbstverwaltung der AOK Hessen. In jeder Ausgabe kommt ein Mitglied des Verwaltungsrates zu Wort. Diesmal richtet die Redaktion eine aktuelle Frage an: **Robert Vey**.

„Stadt. Land. Gesund.“ heißt eine AOK-Kampagne zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Mit dem 1. Hessischen Gesundheitsforum nimmt sich die AOK Hessen im Juni auch dieses Themas an. Wo hakt es aus Ihrer Sicht dabei am meisten?

Zunächst einmal ist es gut, dass wir darüber reden. Dadurch ist der Raum für Diskussionen und für neue Ideen geöffnet. Und: Nur gemeinsam können Lösungen gefunden werden. Daher steht auch der Austausch bei unserem Gesundheitsforum im Vordergrund. Es ist augenscheinlich, dass in Hessen Haus- und Fachärzte fehlen, dies gilt insbesondere für ländliche Bereiche. Demografie bedingt kann sich die Versorgungssituation noch verschlimmern, wenn nicht effektiv gegengesteuert wird.

Die eine Lösung gibt es hierbei nicht, zumal das ja auch viel mit gesellschaftlichem Wandel zu tun hat. Die Attraktivität ländlicher Regionen muss insgesamt gestärkt werden – für die Menschen vor Ort sowie auch für Medizinerinnen und Mediziner. Das hat viele Facetten: Infrastruktur, Nahverkehr oder auch Internetverbindung. Zur Besetzung von Landarztsitzen haben Bundesländer schon Förderprogramme aufgelegt, fraglich ist allerdings, ob diese Programme ausreichen. Digitale Lösungen wie die Videosprechstunde oder der Telearzt können wichtige Rollen einnehmen. Diese können allerdings nicht die Hausarztpraxis vor Ort ersetzen, die von der Bevölkerung gewünscht wird. Kooperationen und das Miteinander müssen ebenfalls gefördert werden. So könnten uns zum Beispiel Quartierslösungen in der Pflege wirklich voranbringen.

# Ein wichtiges Bindeglied

**Landeshandwerksbeirat der AOK Hessen** | Seit dem 15. Januar hat der Landeshandwerksbeirat der AOK Hessen einen neuen Vorsitzenden. Wolfgang Kramwinkel löste Klaus Repp ab, Andreas Brieske bleibt der stellvertretende Vorsitzende des Gremiums.

Wolfgang Kramwinkel ist kein Unbekannter in der Vertretung des Handwerks bei der AOK Hessen. Bereits seit 2002 ist er Mitglied im Handwerksbeirat Südost. Die Handwerksbeiräte dienen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen der AOK Hessen und dem regionalen Handwerk. Sie wirken als Bindeglied zwischen dem Handwerk, der ehrenamtlichen Selbstverwaltung und dem hauptamtlichen Krankenkassenmanagement. Insgesamt gibt es bei der AOK Hessen sieben regionale Handwerksbeiräte und den Landeshandwerksbeirat. Der Begriff „Beirat“ ist nicht im Gesetz verankert, daher gibt es auch keine gesetzlichen Vorschriften über die Rolle von Beiräten. Ihre Aufgaben und Rechte werden allein durch Vertrag, Satzung oder Richtlinien formuliert.

## Engagiert und erfahren

Wolfgang Kramwinkel ist 65 Jahre alt und Geschäftsführer der Heinrich Kramwinkel GmbH, einer Tischlerei und einem Innenaussteller in Mühlheim am Main. Dort sind etwa 45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Wolfgang

Kramwinkel ist außerdem Präsident der Arbeitgeberverbände des Hessischen Handwerks, Vizepräsident des Fachverbandes „Leben Raum Gestaltung Hessen/Rheinland-Pfalz“ sowie Präsidiumsmitglied im Bundesverband „Holz und Kunststoff“.

## Zusammenarbeit ohne Scheuklappen

„Ich bin nun schon fast 20 Jahre im Handwerksbeirat tätig und freue mich sehr auf die neue Aufgabe als Vorsitzender des Landesgremiums. Was mir in all den Jahren immer gut gefallen hat, ist, dass sich beide Seiten gegenseitig unterstützen, weiterbringen und erfolgreich zusammenarbeiten. Man begegnet sich offen und ohne Scheuklappen. Das Handwerk und die AOK sind in Hessen gleichberechtigte Partner. Und das Handwerk unterstützt die Gesundheitskasse unter anderem bei der Gestaltung ihrer Angebote, Gesundheits- und Serviceleistungen“, so Kramwinkel.

Das passt: Die AOK Hessen ist für das Handwerk traditionell ein wichtiger Partner



Foto: privat

**Wolfgang Kramwinkel**  
Vorsitzender des  
Landeshandwerksbeirates

Illustration: iStockphoto





Foto: AOK Hessen

Preisträgerin: Daniela Nauth (li.) wurde von Erika Hofmann (re.) vorgeschlagen

## Ganz besondere Frauen

**Empathie-Award I** Zum zweiten Mal hatte die AOK Hessen den Empathie-Award Pflege ausgelobt. Im Dezember standen die Gewinnerinnen fest. Gesucht wurden authentische Geschichten aus dem Pflegealltag, erzählt von Pflegebedürftigen, Verwandten oder Kolleginnen und Kollegen aus der Einrichtung oder dem Pflegedienst. Besonders vier Nominierungen haben die Jury überzeugt.

„Es gibt etliche Beispiele aus dem Pflegealltag, die sehr viel mit Menschlichkeit, mit positiven Emotionen zu tun haben“, sagt Ralf Metzger, Politik- und Kommunikationschef der AOK Hessen und Mitglied der dreiköpfigen Jury. In zahlreichen Beiträgen wurden sehr berührende Begegnungen geschildert, die tagtäglich in hessischen Haushalten, Wohngruppen und Heimen stattfinden. Geehrt werden sollen mit diesem Preis zum zweiten Mal Pflegeprofis, die nicht nur ihr Handwerk verstehen, sondern darüber hinaus besondere Qualitäten besitzen. „Das sind Vertrauenspersonen, die gut zuhören können, auf die man sich verlassen kann, deren Enthusiasmus ansteckend ist“, so Metzger. Mit dem Preis soll der Blick auf einen Berufsstand gelenkt werden, der einen entscheidenden gesellschaftli-

chen Beitrag leistet und dessen Bedeutung zu oft übersehen wird. Eine der Gewinnerinnen des Awards ist Daniela Nauth. Sie arbeitet im Moritz-Lang-Haus in Wiesbaden. Vorgeschlagen wurde sie von Erika Hofmann. Daniela Nauth hatte deren betagte Freundin in ihren letzten Jahren eng begleitet.

### Teams aus vier Regionen profitieren

Die vier Preise haben einen Gesamtwert von über 6.000 Euro, wobei auch das jeweilige ambulante oder stationäre Team davon profitiert. Übergeben wurden sie in Frankfurt, Friedberg, Wiesbaden und Kassel. Die eingereichten Beobachtungen zeigen anschaulich, dass im Pflegealltag Geduld, Kreativität und Geistesgegenwart das Vertrauen zu den Patientinnen und Patienten enorm stärken können.

## Initiative feierte Geburtstag

Im Februar 2019 startete die Gesundheitskasse ihre Initiative „Stadt. Land. Gesund.“. Zum ersten Jahrestag hat der AOK-Bundesverband in seinem Portal zwölf neue Versorgungsangebote vorgestellt. Dazu gehören etwa das „Modellvorhaben E-Rezept“ der AOK Hessen, der „Gesundheitskiosk Billstedt-Horn“ der AOK Rheinland/Hamburg oder das Projekt „Gesundes Morbach“ der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die interaktive „Stadt. Land. Gesund.“-Deutschlandkarte verlinkt mehr als 100 Projekte, mit denen die AOKs bundesweit dazu beitragen, notwendige medizinische Angebote vor Ort zu erhalten und Lücken in der ländlichen Gesundheitsversorgung zu schließen. In allen AOKs sind weitere Projekte in Vorbereitung.

# Das Land ist gefordert

**Krankenhausfinanzierung** | Hessens Städte fordern eine Investitions- und Betriebskostenoffensive des Landes für Kliniken. Dies hat der Hessische Städtetag Mitte Januar verlautbart. Hier die Pressemitteilung.

„Das Land muss sich endlich mit originären Landesmitteln in angemessener Höhe an der Finanzierung der Krankenhäuser beteiligen“, sagten der Präsident des Hessischen Städtetages, Kassels Oberbürgermeister Christian Geselle, und der Erste Vizepräsident des Hessischen Städtetages, der Oberbürgermeister von Fulda Dr. Heiko Wingefeld. „Außer einem anderen Flächenland beteiligen sich alle anderen Bundesländer mit höheren eigenen Mitteln an der Krankenhausfinanzierung, als Hessen dies tut. Wie so oft sind die Kommunen Ausfallbürgen für die fehlende Mittelbereitstellung durch das Land. Die Städte wollen aber, dass die großen kommunalen Kliniken als Maximalversorger zu ihrer Verantwortung als Garanten der Daseinsvorsorge in ihren Regionen stehen können. Sie sind das Rückgrat der Gesundheitsversorgung und damit der Daseinsvorsorge. Deswegen ist auch das Land selbst gefragt.“

Nach den eigenen Berechnungen des Landes tragen die Kommunen den größten Anteil der Krankenhausfinanzierung. Die beiden Oberbürgermeister von Städten mit kommunalen Krankenhäusern sind sich einig: Es bedarf einer gut abgestimmten Krankenhausbedarfsplanung für Hessen und einer schnellen Überprüfung der Auswirkungen der bundesgesetzlichen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, die realitätsferne qualitative und quantitative Standards setzt, die dazu führen, dass Krankenhausabteilungen sogar ganz geschlossen werden müssen. Geselle: „Bezogen auf den hohen Fachkräftebedarf sind wir mit allen Beteiligten gerade in Gesprächen zu einem umfassenden Ausbildungspakt ‚Pflege‘, der das Berufsbild attraktiv machen soll. Es bedarf hier einer großen Kraftanstrengung aller Akteure.“

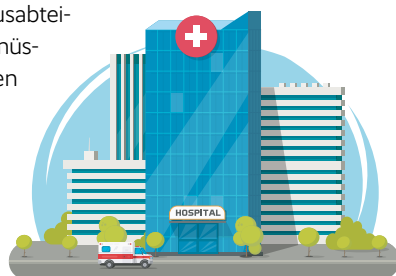


Illustration: iStockphoto

## Duales System kostet zu viel

Wenn alle Bürger gesetzlich versichert wären, würde die GKV jährlich ein Plus in Höhe von rund neun Milliarden Euro erzielen. Der Beitragssatz könnte je nach Szenario um 0,6 bis 0,2 Prozentpunkte sinken. Zu zeigt eine Studie des Berliner IGES Instituts im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Dabei wurde simuliert, wie sich Einnahmen und Ausgaben der GKV entwickeln würden, wenn alle Privatversicherten in die GKV einbezogen wären: Jedes GKV-Mitglied und dessen Arbeitgeber könnten zusammen pro Jahr durchschnittlich 145 Euro an Beiträgen sparen, wenn auch Gutverdiener, Beamte und einkommensstarke Selbstständige am Solidarausgleich der GKV teilnähmen. Würden die durch den Wegfall der PKV anfallenden Honorarverluste der Ärzte ausgeglichen, wären es 48 Euro jährlich. Hintergrund ist, dass im dualen System sich Privatversicherte dem solidarischen Risikoausgleich entziehen können. Dies geht zulasten der GKV. Denn Privatversicherte verdienen deutlich besser und sind auch gesünder als gesetzlich Versicherte. Würden alle in die GKV einbezogen, könnten die Beiträge sinken. Zudem würde dies den sozialen Zusammenhalt stärken.

## Impressum

Forum aktuell  
Gesundheits- und sozialpolitischer  
Informationsdienst der  
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

### Herausgeber

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Ralf Metzger (V. i. S. d. P.), Hauptabteilungsleiter  
Unternehmenspolitik/-kommunikation  
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v. d. H.  
Telefon: 06172 272-162  
Fax: 069 66816550-162  
E-Mail: forum.aktuell@he.aok.de  
Internet: aok.de/hessen

### Redaktionsbeirat

André Schönewolf, Dr. Stefan Hoehl,  
Detlef Lamm, Dr. Michael Karner,  
Dr. Isabella Erb-Herrmann

### Redaktionsleiter

Norbert Staudt

### Redaktion

Franziskus Dodel, Jürgen Merz, Jochen Schubert,  
Michael Troll, Tobias Wötzel

### Redaktionsschluss

16. März 2020

### Realisation

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin  
Redaktion: Robin Halm, Fabian Obergföll,  
Wigbert Tocha  
Creative Director: Sybilla Weidinger  
Grafik: Simone Voßwinkel

### Titelbild

iStockphoto

20-0373

# NEEE, ZURÜCK- GEBEN IST NICHT!?

#besserwissen

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

Jetzt  
Schwanger-  
schaftspaket  
entdecken!

Keine Sorge, mit dem **AOK-Baby-Telefon** sind unsere Medizin-Experten rund um die Uhr an deiner Seite.

Gesundheit in besten Händen

[aok.de/hessen/besserwissen](https://aok.de/hessen/besserwissen)

