

Forum *aktuell*



1 | 2021

Eine Strategie fehlt

Corona und die Gesetzgebung
werden die GKV-Bilanzen über
2021 hinaus belasten

Gesünder durch Technik

Im Gesundheitswesen treiben Gesetze und
Initiativen die Digitalisierung voran

Zukunft der Pflege

Der Pflegebevollmächtigte Andreas
Westerfellhaus im Gespräch



Illustration: iStock.com/Jenny on the Moon

Wussten Sie schon, dass 15.500 ausländische Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2019 in Deutschland anerkannt worden sind? Das ist ein Plus von fast 50 Prozent im Vergleich zu 2018. Seit 2016 hat sich die Zahl der Anerkennungen annähernd verdreifacht. Die Philippinen, Bosnien und Herzegowina sowie Albanien waren dabei die häufigsten Ausbildungsstaaten außerhalb der Europäischen Union. 7.400 Personen erhielten eine Anerkennung als Ärztin oder Arzt.

Inhalt

- In Kürze..... 2
- Schwerpunkt..... 4
 - Eine Strategie fehlt. 4
 - „Wir gehen trotzdem mutig in die Zukunft“ 5
- Politik..... 8
 - Gesünder durch Technik 8
 - Erste Apps auf Rezept 9
 - Smarte Lösungen gesucht 9
 - „Den Pflegenden mehr Kompetenzen übertragen“ 10
 - Zeichen der Anerkennung. 12
 - Marathon geht weiter 13
- Gesundheit..... 14
 - Gerechtigkeit und Gesundheit 14
 - Positive Nebenwirkungen 15
 - Offensive gegen die Angst 16
 - Ein besonderes Programm 17
- Unternehmen..... 18
 - Was Krankenkassen leisten. 18
 - Besser suchen und finden. 19
- Selbstverwaltung..... 20
 - Gutes für die Zukunft 20
 - Besondere Herausforderungen 21
- Aktuell..... 22
 - Medizinservice am Telefon 22
 - Seltener in Großstädten. 22
 - Zukunft auf dem Land. 23
 - Schüler machen Zeitung 23
 - Hilfreiche Infos zum Knie 23
- Impressum..... 23

Eigenanteil in der ambulanten Pflege



Quelle: WIdO 2020



Das Virus hat eine sehr lange Bremsspur

Bundesgesundheitsminister **Jens Spahn** in der FAZ vom 11. November 2020

Foto: BMG

Foto: Jan Rasmus Lippels



Dr. Silvia Bellmann von der AOK Hessen nahm von Jurymitglied Fritz Müller (li.) und Chefredakteur Wolfgang Lange den dfg-Award entgegen

Medizin per Monitor

Das Branchenmagazin „Dienst für Gesellschaftspolitik“ (dfg) hat das Projekt „MORE – Mein Online-Rezept“ als herausragende digitale Anwendung im Gesundheitswesen ausgezeichnet. Der Service, den die hessische Gesundheitskasse gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, dem Hessischen Apothekerverband und dem IT-Dienstleister Optica initiiert hat, bietet für Patientinnen und Patienten im ärztlichen Bereitschaftsdienst durch die Nutzung einer Videosprechstunde und eines elektronischen Rezeptes spürbare Vorteile. Wer die Videosprechstunde nutzen möchte, muss sich zunächst kostenlos für den Service registrieren.

 **Mehr Infos und Anmeldung:** mein-onlinerezept.de

Empathie mal vier

Bereits zum dritten Mal vergab die hessische Gesundheitskasse in diesem Dezember den „Empathie-Award Pflege“. Es wurden vier preiswürdige Personen auf Basis der eingereichten Vorschläge ausgewählt: Michael Husmann aus dem Rheingau, Anne Bördner aus Leun sowie Jessica Matula und Adriana Anders – beide aus Bad Hersfeld. Gesucht wurden auch in diesem Jahr wieder besonders engagierte und mitfühlende Menschen, die mit Herzblut ihrem Job nachgehen. Die Prämierten haben eines gemeinsam: Sie gehen in ihrer Arbeit auf. Sie wurden aus fast 40 Nominierungen ausgewählt. Die AOK Hessen hatte mitten im ersten Lockdown Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegedienst oder dem Heim, Pflegebedürftige selbst oder auch Verwandte dazu aufgerufen, besonders freundliche Fachkräfte zu nominieren. Es sollten Beschreibungen und Szenen geschildert werden, die zeigen, dass man es hier mit ganz besonderen Persönlichkeiten zu tun hat. Die Preise haben einen Gesamtwert von 6.000 Euro.



Foto: Barbara Meißler

Dorothee Rueßbült, Leiterin des AOK-Beratungszentrums in Wiesbaden, gratulierte Michael Husmann



Foto: AOK-Hessen

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

in diesen schwierigen Zeiten ist es mir ein besonderes Anliegen, Ihnen ein gutes und vor allen Dingen gesundes Jahr zu wünschen – verbunden mit der Hoffnung, dass sich unser Leben in absehbarer Zeit wieder in Richtung Normalität bewegt. Die Pandemie hat Tausende Menschenleben gefordert und stellt uns vor erhebliche wirtschaftliche Herausforderungen. Die AOK Hessen ist als wichtige Gesundheitsakteurin betroffen – etwa mit der Verteilung von FFP2-Schutzmasken. Außerdem machen sich steigende Ausgaben und sinkende Einnahmen aufgrund der wirtschaftlich schwierigen Situation bei unseren Finanzen bemerkbar. Die Planung des Haushaltes für 2021 war schwierig wie selten zuvor. Eine Beitragsatzanhebung auf den neuen GKV-Durchschnittswert von 1,3 Prozent war unumgänglich, um für unsere Versicherten alle erforderlichen Leistungen sicherstellen zu können.

Das für die GKV-Finanzen maßgebliche Versorgungsverbesserungsgesetz ist ein Schlag ins Gesicht der Selbstverwaltung. Der staatliche Zugriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen untergräbt massiv unsere Finanzautonomie und die Selbstverwaltung. Vor allem Kassen, die solide gewirtschaftet haben, wie die AOK Hessen, erleiden einschneidende Nachteile im Wettbewerb. Der Steuerzuschuss des Bundes wird 2021 nur um fünf Milliarden Euro erhöht – das steht im krassen Widerspruch zur Sozialgarantie 2021. Damit wird ein Großteil des GKV-Defizits durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler über höhere Zusatzbeiträge und einen Rückgriff auf deren Finanzreserven getragen – nicht aus Steuermitteln.

2021 wird also in vielerlei Hinsicht ein besonderes Jahr werden. Als AOK sehen wir uns trotz aller Widrigkeiten gut aufgestellt, um weiterhin für unsere Versicherten und die Arbeitgeber eine verlässliche und kompetente Partnerin zu sein.

Ihr

André Schönewolf

Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen



Foto: iStock.com/Rapid-Eye

Zug um Zug: 33 Gesetze in 33 Monaten stehen zu Buche, eine Zielsetzung ist aber nicht erkennbar

Eine Strategie fehlt

GKV-Finzenzen I Die Kombination aus Coronapandemie und der hohen Taktung an gesundheitspolitischer Gesetzgebung wird die GKV-Bilanzen nicht nur 2021, sondern darüber hinaus belasten. Problematisch ist, dass politische Lösungen zur Stabilisierung der GKV-Finzenzen nicht nachhaltig sind und in keiner Weise mit einem fairen Wettbewerb vereinbar sind.

Spätestens im September 2020 wurde mit der offiziellen Prognose für das Jahr 2021, die eine Finanzierungslücke von 16,6 Milliarden Euro offenlegte, klar, dass die GKV finanziell in Schieflage gerät. Im Dezember 2020 bestätigte die Statistik der ersten drei Quartale 2020 den finanziellen Abwärtstrend. Dazu kommt: Der Deutsche Bundestag hat Ende November das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) verabschiedet. Dieses beinhaltet eine Erhöhung des Bundeszuschusses in Höhe von fünf Milliarden Euro sowie eine Erhöhung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrages um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 1,3 Prozent – dies beinhaltet ein Volumen von 3,6 Milliarden Euro. Außerdem ermöglicht das Gesetz einen Rückgriff auf Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb von 0,4 Monatsausgaben in Höhe von insgesamt acht Milliarden Euro.

Verzerrung des Wettbewerbs

Mitglieder und Unternehmen werden durch die Beitragssatzerhöhung und den Rückgriff auf die Finanzreserven mit mehr als elf Milliarden Euro belastet – obwohl die Bundesregierung mit der „Sozialgarantie 2021“ noch vor einigen Monaten versprochen hatte, die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 Prozent zu stabilisieren und darüber hinausgehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt zu decken. Problematisch ist zudem, dass der Rückgriff auf die Finanzreserven einzelner Kas-

sen zu starken Wettbewerbsverzerrungen führt. Die AOK-Gemeinschaft hat solide gewirtschaftet und erleidet durch die Maßnahmen einschneidende Nachteile im Wettbewerb, da sie mehr als 4,2 Milliarden an Finanzreserven abgeben muss.

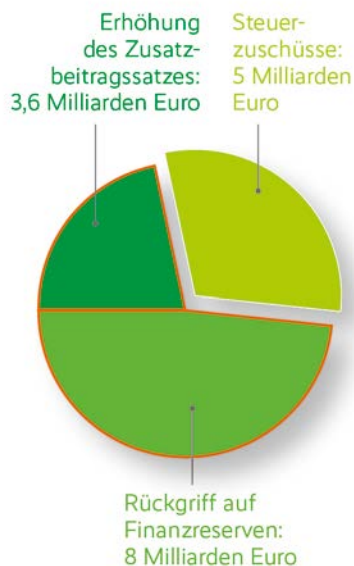
Zusatzkosten von 32 Milliarden

Zur Finanzmisere der GKV hat auch beigetragen, dass allein zwischen März 2018 und Dezember 2020 insgesamt 33 gesundheitspolitische Gesetze in 33 Monaten auf den Weg gebracht wurden, die bis einschließlich 2022 erhebliche Zusatzkosten von mehr als 32 Milliarden Euro verursachen. Reformen, die den Kostenanstieg bremsen, sucht man dabei vergebens. Ohne ein Nachjustieren des Gesetzgebers wird es spätestens 2022 zu starken GKV-weiten Beitragssatz-Anhebungen kommen – nach derzeitigen Prognosen drohen durchschnittlich 2,5 Prozent.

Mehr Schein als Sein

Die Politik lässt bislang eine über das Jahr 2021 hinausgehende Finanzierungsstrategie vermissen. Die politische Zielsetzung der Bundesregierung, die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 Prozent zu stabilisieren, ist mehr Schein als Sein. Künftig sollte der Fokus wieder auf einer fairen Lastenverteilung und nachhaltigen Finanzierung in der GKV liegen. Im Ausblick auf das Jahr 2022 besteht bereits jetzt politischer Handlungsbedarf.

Wie wird das Defizit von 16,6 Milliarden Euro in der GKV geschlossen?



Das bedeutet, dass insgesamt 11,6 Milliarden Euro von den Beitragszahlerinnen und -zahlern finanziert werden

„Wir gehen trotzdem mutig in die Zukunft“

Interview | 2020 war ein herausforderndes Jahr – aber die kommenden werden nicht einfacher. Die Finanzierung der GKV gerät zunehmend in Schieflage und ist derzeit weder fair noch nachhaltig. Unter anderem darauf weist Detlef Lamm, der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Hessen, im Gespräch mit „Forum aktuell“ hin.

Herr Lamm, war 2020 das bisher herausforderndste Ihrer Zeit im Vorstand?

Jedes Jahr hat seine eigenen Herausforderungen. Da macht auch 2020 keine Ausnahme. Es galt, auf Veränderungen zu reagieren und trotzdem Kurs zu halten. Die Einschnitte bei den GKV-Finzen suchen allerdings ihresgleichen. Die GKV steuert auf schwierige Zeiten zu. Darauf müssen wir uns einstellen. Die größten Herausforderungen dürften daher noch vor uns liegen.

Das Gesundheitswesen steht in Zeiten einer Pandemie natürlich besonders im Fokus. Hat sich unser Gesundheitswesen dabei bewährt?

Wir haben ein gutes Gesundheitswesen, das hat sich auch im internationalen Vergleich gezeigt. Bei einer Pandemie gibt es keinen Normalbetrieb.

Alle Akteure sind extrem gefordert und müssen sich schnell neuen Aufgaben stellen – Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Gesundheitsämter, viele mehr und auch wir als Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen hat im Kern gut funktioniert und kann auf stabilen Prozessen und Strukturen aufsetzen. Alle Akteure sind sich auch bei divergierenden Auffassungen und diversen Schwachstellen ihrer Verantwortung bewusst. Das hat in der Zusammenarbeit und bei Problemlösungen geholfen. Ich hoffe, dies trägt auch in den nächsten Phasen der Pandemiebewältigung. Ebenso sind jedoch Defizite, etwa in der digitalen Vernetzung, deutlich geworden. Hier besteht die Chance, dass die Pandemie als Beschleuniger der Digitalisierung wirkt.

Also wir haben ein gutes Gesundheitswesen, aber wie lange können wir uns das

Krise als Chance: Für die Digitalisierung ist die Pandemie laut Detlef Lamm ein Beschleuniger



Foto: AOK Hessen/Nadine Molnar

Das Gesundheitswesen hat im Kern gut funktioniert und kann auf stabilen Prozessen und Strukturen aufsetzen



Die AOK will gestalten: Detlef Lamm fordert deshalb ein Bündel von Maßnahmen

noch leisten? Die GKV musste ihre Beitragsätze anheben.

Der Finanzbedarf der GKV steigt deutlich. Und dies nicht nur in Folge der Pandemie. Allein die Mehrkosten durch die aktuelle Gesetzgebung belaufen sich pro Jahr auf rund zehn Milliarden Euro. Eine so enge Abfolge ausgabenintensiver Gesetze hat es bislang kaum gegeben. Gleichzeitig sinken konjunkturbedingt die Einnahmen in allen Sozialversicherungszweigen. Wir können uns zwar weiterhin ein gutes Gesundheitswesen leisten – das ist auch eine Frage von gesellschaftlichen Prioritäten. Dies geht aber nur dann, wenn Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit wieder eine verstärkte Rolle spielen. Wir werden bald über eine nachhaltige Finanzierung, den Grad von Eigenverantwortung, Kostendämpfungen und Strukturänderungen diskutieren. Bereits im zweiten Halbjahr dürfte der politische Diskurs mit Blick auf die Bundestagswahl und das Jahr 2022 beginnen. Das politische Ziel, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag bei 40 Prozent zu stabilisieren, ist ohne politische Eingriffe nicht haltbar.

Aber das galt ja auch für 2021. Und die Bundesregierung hat gehandelt.

Ja, aber zu welchem Preis: Es gab massive Einschnitte in die Finanz- und Haushaltsautonomie. Alle Krankenkassen, deren Finanzvermögen höher als 0,4 Monatsausgaben liegt, müssen den übersteigenden Anteil ihres Vermögens zu fast zwei Drittel zum Ausgleich des Defizits der GKV einbringen. Und die maximale Obergrenze für das Vermögen einer Kasse wird auf 0,8 Monatsausgaben begrenzt. Diese Regelungen der Zwangsvermögensentnahme sind massiv wettbewerbsverzerrend, denn sie bestrafen Kassen, die solide gewirtschaftet und Vorsorge betrieben haben. Kassen, die vergleichsweise wenige Rücklagen gebildet haben, werden stattdessen gar nicht oder nur geringfügig herangezogen und von den vermögensabgeben-

den Kassen quasi subventioniert. Dies hat eine fatale Anreizwirkung für die Zukunft. Dabei zeigt doch gerade die Pandemie mit ihren wirtschaftlichen Folgen, wie wichtig solide Finanzen sind, um in Krisenzeiten agieren und reagieren zu können. Und ganz konkret: Für die AOK Hessen bedeutet dies eine Abführung von rund 298 Millionen Euro. Geld, das uns und anderen Kassen in vergleichbarer Situation jetzt für die Versorgung unserer Versicherten fehlt.

Wollte der Staat eigentlich nicht die Steuerzuschüsse deutlich erhöhen?

Ja, das war eigentlich so zugesagt. Aber entgegen der ursprünglichen Ankündigung im Rahmen der Sozialgarantie 2021 wird der finanzielle Mehrbedarf der GKV nicht vollständig über einen höheren Bundeszuschuss getragen. Dieser wird im Rahmen des GKV-Finanzpaketes nur um fünf Milliarden Euro erhöht. Die verbleibenden elf Milliarden werden durch eine Anhebung der Zusatzbeitragsätze und den erwähnten Rückgriff auf das Finanzvermögen der Kassen aufgebracht – also beides zulasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

Wie bewerten Sie den Start ins neue Jahr speziell für die AOK Hessen?

Auch wir mussten unseren Zusatzbeitragsatz auf 1,3 Prozent anheben, also den bundesdurchschnittlichen Wert. Zudem hat der Gesetzgeber die Gestaltungsoptionen des Preises zum 1. Januar stark eingeschränkt. Es ist die erste Erhöhung seit 2016 und unter den geschilderten Rahmenbedingungen unumgänglich. Wir bieten als größte Krankenversicherung in Hessen damit weiterhin ein sehr gutes Preis-Leistungs-Verhältnis. Die beschriebene Entwicklung der GKV spiegelt sich natürlich auch in unseren Haushaltsdaten wider. Unsere Leistungsausgaben werden 2021 um 6,1 Prozent je Versicherten steigen, die Einnahmen unter Berücksichtigung der Vermö-

Die Regelungen bestrafen Kassen, die solide gewirtschaftet und Vorsorge betrieben haben

gensentnahme lediglich um 0,7 Prozent. Der größte Ausgabenblock bleibt der Krankenhausbereich mit einem Anstieg um 8,3 Prozent. Die Ausgaben für Arzneimittel steigen um 6,5 und die für ärztliche Behandlung um 5,4 Prozent.

Das sind deutliche Zahlen. Die Finanzsituation dürfte vermutlich in den nächsten Jahren nicht einfacher werden.

Genau, eher noch deutlich schwieriger. Ohne politische Interventionen müssen wir uns in der GKV auf Zusatzbeitragssätze deutlich oberhalb von zwei Prozent einstellen.

Was lässt sich dagegen tun?

Wir brauchen ein Bündel von Maßnahmen. Optionen sind Regelungen zur Kostendämpfung bei den Leistungsausgaben, Einsparungen bei den Dienstleistungskosten, Eigenbeteiligungsregelungen, Änderungen bei den Finanzierungsgrundlagen, ein erhöhter Steuerzuschuss und wieder mehr Gestaltungsspielräume der Krankenkassen für das regionale Versorgungsgeschehen im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Wir wollen gestalten, und zwar vor Ort. Wettbewerb und Regionalität vor Dirigismus und Zentralismus – das sollte neben den originären Finanzierungsfragen das Leitmotiv im Gesundheitswesen sein.

Kann die Digitalisierung dabei helfen?

In der Digitalisierung stecken neben Service- und Transparenzgesichtspunkten ganz sicher auch Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale. Denken sie beispielsweise an die elektronische Patientenakte, die wir über unsere Plattform „AOK Mein Leben“ anbieten. Für unsere Versicherten schaffen wir damit ein erlebbares digitales Angebot, mit dem sie Gesundheitsinformationen selbstbestimmt immer und überall dort zur Verfügung haben, wo sie es möchten. Natürlich verursachen digitale Angebote zunächst Investitionskosten. In der Vernetzung im Gesundheitswesen liegen jedoch immense Chancen, die es schrittweise zu erschließen gilt.

Und man kann über die Kassenfinanzen natürlich nicht ohne einen Blick auf den Risikostrukturausgleich sprechen.

Ja, das ist richtig. Die Bedeutung ist immens. Über diesen werden rund 255 Milliarden Euro an die gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen – kleine Veränderungen haben hier riesige

Wirkungen. Die aktuelle Reform, die ab 2021 wirkt, beinhaltet Fehlanreize und senkt in Teilen die Zielgenauigkeit des RSA, etwa durch die Streichung der Zuweisungen für Erwerbsminderungsrentner, die Ausgestaltung der Regionalkomponente oder die pauschale Streichung von diversen Krankheitszuweisungen durch die sogenannte Manipulationsbremse. Diese Effekte reduzieren die Morbiditätsorientierung des RSA deutlich und mit teils fragwürdigen Ergebnissen auf Ebene einzelner Kassen. Die Zielgenauigkeit des RSA auf Versichertenebene muss der Gradmesser für seine Weiterentwicklung sein. Das Geld muss dort ankommen, wo es für die Versorgung gebraucht wird.

Zum Abschluss noch mal ein Blick auf die AOK Hessen: Diese ist nicht nur als Krankenversicherung, sondern auch als Arbeitgeberin von der Pandemie betroffen. Welche Maßnahmen standen für Sie im Vordergrund?

Zunächst einmal der Infektionsschutz – für unsere Kundinnen und Kunden ebenso wie für unsere Beschäftigten. Wir haben für die persönliche Beratung immer aktuell auf die Bedingungen reagiert und waren jederzeit für unsere Kundinnen und Kunden gut erreichbar – telefonisch, online und bei wichtigen Fragen auch persönlich nach Terminvereinbarung mit Abstand und Maske. Natürlich waren einige Bereiche unseres Hauses derart betroffen, dass sie ihre Tätigkeit nicht mehr wie bisher ausüben konnten. In diesem Zusammenhang möchte ich den Einsatz und die Flexibilität unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch einmal ausdrücklich hervorheben. Ebenso darf ich auch an dieser Stelle unserer Personalvertretung nochmals herzlich danken. Sie hat sich bei all unseren Aktivitäten vorbildlich und engagiert eingebracht – es war eine tolle Teamleistung.

Können Sie das genauer erklären?

Viele unserer Kolleginnen und Kollegen haben in anderen Bereichen ausgeholfen. Wir haben Homeoffice-Möglichkeiten deutlich ausgebaut und schnell die notwendige Technik zur Verfügung gestellt. Derzeit arbeiten rund 1.500 unserer Beschäftigten von zu Hause aus. Dabei kam uns zugute, dass wir schon in der Zeit vor Corona die Weichen entsprechend gestellt und deutliche Schritte in Richtung Arbeitswelt 4.0 und mehr Digitalisierung unternommen hatten. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für uns schon immer von großer Bedeutung.

Hilfe für Hessen

Die AOK Hessen hat in den vergangenen Monaten viel zur Stabilisierung im hessischen Gesundheitswesen und zur Bewältigung der Coronapandemie geleistet. Beispielsweise hat sie von Beginn an den hessischen Krankenhäusern aufgrund drohender Liquiditätsengpässe finanziell unter die Arme gegriffen. Und sie hat Gesundheitsämtern Unterstützung bei der Nachverfolgung des Infektionsgeschehens angeboten. Aktuell hilft sie bei der Verteilung von FFP2-Masken. Und sie unterstützt das Bürgertelefon der hessischen Landesregierung.

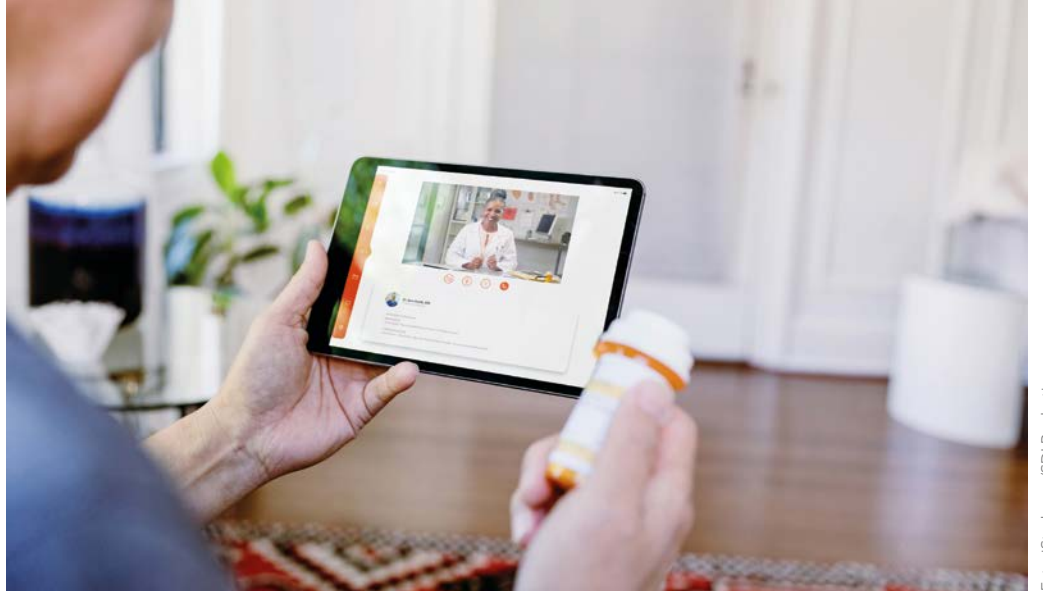


Foto: iStock.com/SDI Productions

DiGA, ePA und TI: Die Bundesregierung treibt die Digitalisierung des Gesundheitswesens voran

Gesünder durch Technik

Drittes Digitalisierungsgesetz | Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Entwurf für ein „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“ (DVPMG) vorgelegt. Vorgesehen ist insbesondere, die Telemedizin und die Telematik-Infrastruktur (TI) auszubauen. Durch neue Aufgaben für die gematik kommen auf die Krankenkassen Mehrausgaben zu.

Seit Oktober sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnungsfähig (siehe Beitrag auf Seite 9). Jetzt folgt der Gesetzesentwurf zu digitalen Pflegeanwendungen (DiPA), die von der Pflegeversicherung finanziert werden sollen. Wie bei den DiGA wird nach den Plänen des BMG die Verantwortung für Prüfung und Zulassung dieser neuen Webanwendungen und Apps beim Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) liegen. Zudem sind für die DiGA weitere Regelungen geplant, um diese in der Versorgung zu verankern. So sollen die Versorgungsmöglichkeiten ausgebaut und eine integrierte Nutzung von DiGA, elektronischer Patientenakte und Hilfsmitteln ermöglicht werden. Datenschutz und Informationssicherheit sollen ebenfalls gestärkt werden, indem DiGA künftig durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifiziert werden. Für die Hersteller von DiGA wird außerdem eine Schweigepflicht eingeführt.

Ausbau der Telemedizin

Im Bereich der Telemedizin soll das Angebot von Videosprechstunden erweitert werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen weiterhin die Möglichkeit haben, Videosprechstunden anzubieten. Außerdem wird dies auf weitere Gesundheitsberufe wie Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen erweitert. Auch Telekonsilien von Krankenhäusern sollen gefördert werden. Weiterhin wird die Vermittlung von Vor-Ort-Arztterminen um telemedizinische Leistungen ergänzt und der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst soll ebenfalls telemedizinische Leistungen anbieten.

Ein zentraler Punkt ist die Weiterentwicklung und der Ausbau der Telematik-Infrastruktur (TI) im Gesundheitswesen. Hierfür sollen zusätzliche Gesundheitsberufe angebunden werden. Darüber hinaus ist eine EU-Öffnung der TI geplant, um die grenzüberschreitende Versorgung und den Austausch zu stärken. Geplant ist bis spätestens 2023 eine nationale eHealth-Kontaktstelle aufzubauen, sodass Versicherte ihre Gesundheitsdaten Ärztinnen und Ärzten im EU-Ausland sicher und übersetzt zur Verfügung stellen können. Auch das eRezept soll europaweit einlösbar sein. Ergänzend ist die Erweiterung um Verordnungsfunktionen im Bereich häusliche Krankenpflege und Hilfsmittel vorgesehen. Versicherte erhalten die Möglichkeit, Rezept- und Dispensierinformationen – ebenso wie Daten aus den DiGA – in ihre jeweilige elektronische Patientenakte einzustellen und als Medikationshistorie zu nutzen.

Zusätzliche Belastungen für Kassen

Die gematik soll dazu weitere Aufgaben übernehmen. Um den Zugang zur TI sicherer und effizienter zu gestalten, wird die gematik beispielsweise beauftragt, einen Zukunftskonnektor oder „Zukunftskonnektordienst“ einzurichten. Für die hinzukommenden Aufgaben sowie den weiteren Ausbau der TI soll der Jahresbeitrag der Krankenkassen zur gematik um 27 Millionen Euro erhöht werden. Insgesamt kämen dadurch auf die Krankenkassen jährliche Folgekosten von rund 126 Millionen Euro zu. Daneben sind im Entwurf auch einmalige Mehrausgaben von mehr als 100 Millionen Euro für die GKV prognostiziert.

Erste Apps auf Rezept

Leistungskatalog I Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat im Oktober erste Apps in das neue Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen aufgenommen.

Nachdem im April 2020 mit der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung die rechtlichen Grundlagen geschaffen wurden, konnten nun erste Apps in die Versorgung der GKV aufgenommen werden. In das dafür geschaffene Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel-sicherheit und Medizinprodukte (BfArM) kommen Anwendungen, die als Medizinprodukt mit niedrigem Risiko CE-zertifiziert sind und das sogenannte Fast-Track-Verfahren durchlaufen haben. Die beiden ersten in das Verzeichnis aufgenommenen Anwendungen sind die App Kalmeda sowie die Webanwendung Velibra. Erstere richtet sich an Patientinnen und Patienten mit chronischer Tinnitusbelastung, Letztere dient der Unterstützung von Menschen mit Angststörungen. Auch Vivira zur Behandlung

von Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen, Zanadio für die Gewichtsabnahme und Somnio bei Schlafstörungen sind inzwischen zugelassen. Die Zulassung durch das Fast-Track-Verfahren dauert drei Monate ab Einreichung. Derzeit befinden sich über 20 Anwendungen in der Prüfung, bei 75 weiteren fanden Gespräche statt. Kritisch zu sehen sind die Regelungen zur Vergütung. Aktuell können die Hersteller für das erste Jahr die Preise selbst festlegen. Kalmeda kostet derzeit pro Quartal 476 Euro, Velibra rund 117 Euro. Laut Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung würden die aktuellen Apps damit der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1,3 Milliarden Euro kosten, wenn alle derzeit anspruchsberechtigten Personen eine entsprechende App verordnet bekämen.



App Kalmeda
Unterstützt bei der Behandlung von Tinnitus



Webanwendung Velibra
Hilfe für Menschen mit einer Angststörung

Smarte Lösungen gesucht

Land Hessen I Das hessische Förderprogramm zur Digitalisierung wird finanziell aufgestockt. Der Fokus von „Distr@l: Digitalisierung stärken – Transfer leben“ soll verstärkt auf Gesundheit liegen.

Das Fördervolumen des Digitalisierungsförderprogramms Distr@l wird verdoppelt. Hessens Digitalministerin Kristina Sinemus erklärt, dass das Förderprogramm im Rahmen des Sondervermögens „Hessens gute Zukunft sichern“ ausgeweitet und um mindestens 40 Millionen Euro aufgestockt werden soll. Insbesondere E-Health-Initiativen und Projekte, die sich mit dem Thema Künstliche Intelligenz befassen, sollen davon profitieren. „Wir haben vor dem Hintergrund von Corona den Aufruf zu innovativen E-Health-Projekten vorgezogen und handeln jetzt beherzt und besonnen, um den Menschen mit intelligenten und digitalen Lösungen in dieser Zeit helfen zu können.“ Sie betont, dass die ganze Aufmerksamkeit dem Schutz vor dem Virus gilt.

Corona ist Schwerpunkt

Ein großer Teil der bereits eingereichten Projekte habe einen Bezug zu Corona. Bisher wurden über 120 Konzepte eingereicht und 30 Projekte mit einem Gesamtfördervolumen von 8,4 Millionen Euro unterstützt. Weitere Themenschwerpunkte

sind unter anderem patientenzentrierte digitale Lösungen zur Prävention und Diagnostik, digitale Monitoring- und Therapie-Lösungen, patientenzentrierte digitale Lösungen im Bereich Smart Living zur Unterstützung physisch und psychisch herausgeforderter Personen sowie datengestützte Ansätze im Bereich der Präzisions- und Versorgungsmedizin.

Corona erfordert mehr Innovationen:
Digitalministerin Prof. Dr. Kristina Sinemus



Foto: HMIND/Salome Roessler

„Der Beruf muss attraktiver und moderner werden. Hier haben wir mit der neuen Pflegeausbildung einen wichtigen Meilenstein erreicht“



Foto: Holger Gross

Steht Rede und Antwort: Der Pflegebevollmächtigte Andreas Westerfellhaus

„Den Pflegenden mehr Kompetenzen übertragen“

Zukunft der Pflege | Seit Mitte April 2018 ist der ehemalige Präsident des Deutschen Pflgerates, Andreas Westerfellhaus, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege. „Forum aktuell“ sprach mit ihm unter anderem über die aktuellen Herausforderungen durch die Coronapandemie und die Perspektiven zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Herr Westerfellhaus, seit März ist alles anders. Was hat die Coronapandemie mit Ihnen persönlich und Ihren Aufgaben als Pflegebevollmächtigtem gemacht?

Die Coronapandemie hat natürlich unser aller Leben auf den Kopf gestellt. In erster Linie merke ich den enormen Digitalisierungsschub, der damit verbunden ist. Noch vor einem Jahr konnte ich mir kaum vorstellen, wie gut digitale Veranstaltungen funktionieren können. Auch der thematische Fokus meiner Arbeit war gerade im Frühjahr stark auf die Pandemie ausgerichtet: Fehlende Schutzausrüstung und zu wenige Tests waren da ein großes Problem. Ich habe mich in den vergangenen Monaten sehr dafür eingesetzt, dass Besuche in Pflegeeinrichtungen unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen auch weiterhin möglich sein müssen.

Die Pandemie hat die Pflegeeinrichtungen vor große Herausforderungen gestellt – die Pflegekräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige. Welche Bilanz ziehen Sie nach einem dreiviertel Jahr?

Die Personalsituation in der Pflege war schon vor Corona angespannt. Die pandemiebedingten, zusätzlichen Herausforderungen haben dies noch einmal deutlich verschärft. Auch Angehörige waren und sind belastet, da vielfach Unterstützungsangebote von heute auf morgen weggefallen sind. Zukünftig müssen wir beides unter einen Hut bekommen: einerseits den Infektionsschutz zu gewährleisten, gleichzeitig aber auch soziale Kontakte und Entlastung ermöglichen. Das stellt natürlich eine große Herausforderung insbesondere für die Pflegeeinrichtungen dar.

Wie kann das funktionieren?

Besuchskonzepte müssen individuell auf die Einrichtung und die Situation vor Ort abgestimmt werden. Bislang fehlt es an einer übergreifenden Grundlage dafür. Ich habe mich daher entschieden, mit dem Robert Koch-Institut, den Pflegeverbänden und den Verbänden der Pflegenden Angehörigen eine Handreichung für Besuchskonzepte zu erarbeiten. Diese kann Einrichtungen eine größere Sicherheit geben und Regelungen dadurch für Bewohner und Angehörige nachvollziehbarer machen.

Wie könnte aus Ihrer Sicht dem Mangel an qualifizierten Pflegekräften am effektivsten entgegengetreten werden?

Das ist natürlich ein Zusammenspiel aus verschiedenen Faktoren. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege wurde ein ganzes Maßnahmenpaket beschlossen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Verbindlichere Regeln für die Personalbesetzung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind ein Baustein. Hier müssen schnellstmöglich die individuellen Personalbemessungsverfahren eingesetzt werden, um die Pflegenden vor dauerhafter Überlastung zu schützen. Der Beruf muss endlich attraktiver und moderner werden – hier haben wir mit der neuen Pflegeausbildung seit diesem Jahr einen wichtigen Meilenstein erreicht. Doch mit „moderner“ meine ich auch die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen. Die Pflegenden sind hoch qualifiziert und sollten daher auch mehr Kompetenzen übertragen bekommen. Zusätzlich brauchen wir flächendeckende Tarifverträge in allen Bereichen der Pflege. All die Faktoren wirken sich letztendlich positiv auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aus – und die müssen sowohl die Politik als auch die Arbeitgeber weiterhin konsequent verbessern. Dann schaffen wir es sicher, auch noch mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern.

Haben die vergangenen Reformen – Einführung von Pflegegraden statt Pflegestufen, neue Leistungen und die Strukturreform des Medizinischen Dienstes – die Situation in der Pflege verbessert?

Ja, die Pflegereformen haben die pflegerische Versorgung wesentlich verbessert. Beispielhaft möchte ich nennen, dass fast alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung angehoben wurden. Die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden ausgebaut und können nun besser miteinander kombiniert werden. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf neuen Pflegegrade erhalten alle Pflegebedürftige gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, ganz gleich, ob sie körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen haben. Und auch für die pflegenden Angehörigen wurde mit den Reformen einiges auf den Weg gebracht – so wurde zum Beispiel ihre soziale Absicherung verbessert, Angebote zur Entlastung wurden ausgebaut und Rehabilitationsmaßnahmen sollen bedürfnisgerechter möglich sein.

Welche Rolle sollten die Pflegekassen im Beziehungsgeflecht der Betroffenen und Beteiligten der Pflege wahrnehmen?

Die Pflegekassen sind wichtige Ansprechpartner bei der Beratung ihrer Versicherten. Sie müssen als Kostenträger aber auch über diese Anträge entscheiden. Viele Pflegebedürftige fühlen sich daher oft als Bittsteller – diese Ambivalenz von Aufklärungsauftrag und Leistungsentscheider war für mich ausschlaggebend, eine neue Struktur für die Pflegebedürftigen vorzuschlagen: den Pflege-Ko-Piloten. Es bedarf eines anderen, niedrigschwelligen Angebotes, das neben fachlichen und rechtlichen Fragestellungen auch die Beziehungsebene in den Blick nimmt und Lösungen aufzeigt, damit es Pflegebedürftigen gelingt, für ihre individuellen Lebenskonzepte ein passgenaues Pflegesetting zu finden. Der Ko-Pilot soll Pflegebedürftige und Pflegepersonen regelmäßig in ihrer Häuslichkeit beraten und sie vertrauensvoll und unabhängig unterstützen. Er soll sie auch befähigen, ihre Leistungsansprüche durchsetzen zu können – ganz im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Paradigmenwechsels: weg von der Bevormundung der Pflegebedürftigen hin zu individueller Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags mit Pflegebedürftigkeit. Ich könnte mir vorstellen, diese Aufgabe mit den bereits vorhandenen Pflegestützpunkten zu verzahnen. Die Pflegekassen könnten dann die Rolle des Kostenträgers wahrnehmen und sich auf die Verhandlungen attraktiver Pflegevergütungen mit den Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen konzentrieren.

Welche Schritte sind aus Ihrer Sicht notwendig, um die Pflegeversicherung zukunftsfit zu machen?

Im Grunde steht die Pflegeversicherung vor ähnlichen Problemen wie alle Sozialversicherungen: Sie alle sind zum einen von Beiträgen abhängig, die sich nach der Zahl der Beitragszahler und deren Einkommenshöhe richtet. Zum anderen sind steigende Ausgaben aufgrund einer wachsenden Zahl an Anspruchsberechtigten sowie aktueller, teurer Corona-Schutzschirm-Gesetze zu erwarten. Die Pflegeversicherung ist zukunftssicher, wenn die Einnahmen dauerhaft die Ausgaben decken. Erste Vorschläge mit unterschiedlichen Maßnahmen bis hin zu Steuerzuschüssen liegen auf dem Tisch. Der Gesetzgeber hat nun zu entscheiden.

„Die Pflegeversicherung ist zukunftsicher, wenn die Einnahmen dauerhaft die Ausgaben decken“

Zeichen der Anerkennung

Coronaprämie in der Pflege I Viele Menschen leisten Außergewöhnliches in diesen Zeiten – vor allem Menschen, die in Pflegeeinrichtungen arbeiten. Als Zeichen der Anerkennung erhalten sie eine Coronaprämie. Im Juli 2020 hat die AOK Hessen als Pflegekasse hierfür rund 34 Millionen Euro ausgezahlt. Mitte Dezember gab es weitere Auszahlungen. Außerdem zahlt die AOK Hessen im Auftrag des Landes Hessen auch dessen Aufstockung auf die Prämie aus.

Die Coronaprämie beträgt für Vollzeitbeschäftigte 1.000 Euro, Teilzeitbeschäftigte erhalten einen anteiligen Betrag. 667 Euro erhalten Menschen, die in einem Zeitumfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit mit den Pflegebedürftigen arbeiten. Alle übrigen Beschäftigten erhalten 334 Euro. Auch Auszubildende und Freiwillige in einem sozialen Jahr werden berücksichtigt. Die Prämie ist steuer- und sozialabgabenfrei. Das Land Hessen stockt die Prämie für Vollbeschäftigte um 500 Euro auf. Die AOK zahlt auch diese Aufstockung mit aus und erhält die Vorauszahlung vom Land zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale zurück. Und so zahlte die AOK Hessen zum 15. Juli 2020 insgesamt rund 34 Millionen Euro aus. Da zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Berechtigten gemeldet waren und auch neu eingestellte Pflegekräfte berücksichtigt werden sollten, kamen Mitte Dezember noch fast acht Millionen Euro zur Auszahlung.

Die Aufgaben wurden aufgeteilt

Die Aufgaben rund um die Auszahlung der Coronaprämie und des Schutzschirms für Pflegeeinrichtungen wurden in Hessen zwischen drei Kassenarten aufgeteilt. Neben der AOK Hessen übernimmt die DAK-Gesundheit die Aufgaben für

den Verband der Ersatzkassen und die Siemens-BKK die für den BKK-Landesverband Süd. Zwischen diesen Krankenkassen wurden die Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen aufgeteilt, sodass die AOK Hessen etwa 43 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 57 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Es gibt noch eine zweite Prämie für Mitarbeitende, die im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrages in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden – etwa von Wäschereien. Hier gelten andere Zuordnungen zwischen den Kassen, sodass die AOK Hessen für diesen Personenkreis insgesamt knapp 500.000 Euro ausgezahlt hat.

Neues Tool für schnelle Abwicklung

Die AOKs haben sich intensiv auf die Auszahlung vorbereitet und ein gemeinsames digitales Auszahlungstool entwickelt, um eine schnelle und effiziente Abwicklung der Zahlung gewährleisten zu können. „Für uns als AOK Hessen war es sehr wichtig, den Menschen das Geld schnell zur Verfügung zu stellen. Denn die Arbeit mit Pflegebedürftigen kostet in diesen Zeiten besonders viel Kraft“, stellte Robert Ringer klar, der bei der AOK Hessen für die Pflegeversicherung zuständig ist.

Prämie für Pflegekräfte: Diese Arbeit kostet gerade jetzt viel Kraft



Foto: iStock.com/wanderlust



Besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen: Der Bundestag hat viel zu tun

Marathon geht weiter

Gesetzgebung | Die Schlagzahl bleibt hoch: Fast jeden Monat ein Gesetz. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vorgelegt. Damit sollen die Qualität und die Versorgungssicherheit der GKV-Leistungen gewährleistet werden. Das dritte Bevölkerungsschutzgesetz hingegen beinhaltet Maßnahmen bezüglich der aktuellen, aber auch zukünftiger Pandemien. Auch Kliniken sollen finanziell weiter abgesichert werden.

Der Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sieht die Festlegung weiterer Mindestmengen in der Krankenhausversorgung vor. Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Qualitätsentwicklung und Erprobung von Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern abzusichern. Der Anwendungsbereich für die Qualitätsverträge wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erweitert und es werden Vorgaben für die Aus- und Bewertung der Qualitätsverträge präzisiert. Außerdem erhält der G-BA den Auftrag, strukturierte Zweitmeinungsverfahren weiter auszubauen. Die Qualität der Versorgung wird durch die Veröffentlichung von Krankenhausvergleichen dargestellt. Ebenso werden für jeden Standort eines Krankenhauses die Pflegepersonalquotienten veröffentlicht. Für die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht wird ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeführt. Und die Leistungen in der Hospiz- und Palliativmedizin werden erweitert.

PKV in der Pflicht

Im dritten Bevölkerungsschutzgesetz wird das Sozialgesetzbuch ergänzt und an die Besonderheiten einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite angepasst. Unter anderem werden darin auch die Vorbereitungen auf ein Impfprogramm geregelt. Und eine bessere Nachverfolgung des Infektionsgeschehens soll durch eine digitale Einreisemeldung erreicht werden. Nach

Deutschland einreisende Personen können dadurch verpflichtet werden, ihre persönlichen Daten, ihre Aufenthaltsorte der letzten zehn Tage und geplante Aufenthaltsorte mitzuteilen. Sowohl in Bezug auf Schutzimpfungen als auch in Bezug auf Testungen haben gemäß einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nicht nur Versicherte, sondern auch Nichtversicherte einen Leistungsanspruch. Dabei ist es richtig und wichtig, auch die private Krankenversicherung (PKV) für ihre jeweiligen Personenkreise in die Pflicht zu nehmen.

Weiteres Geld für Kliniken

Wenn Krankenhäuser zur Absicherung oder Steigerung der Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Behandlungen planbare Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten sie für diese Einnahmeausfälle für den Zeitraum vom 18. November 2020 bis zum 31. Januar 2021 Ausgleichszahlungen. Diese Ausgleichszahlungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Allerdings erstattet der Bund diese Ausgaben zurück. Auch die Notfallversorgung wird abgesichert. Sollten intensivmedizinische Kapazitäten in einem Krankenhaus nur zu 20 Prozent ausgelastet sein, können diese Krankenhäuser, wenn sie an einer erweiterten Notfallversorgung beteiligt sind, ebenfalls Ausgleichszahlungen erhalten. Auch hierfür werden zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt.

Gerechtigkeit und Gesundheit

Fehlzeiten-Report 2020

Auf 800 Seiten informiert das Sachbuch jährlich umfassend über die Struktur und Entwicklung des Krankenstandes der Beschäftigten und analysiert dabei detailliert einzelne Branchen.



Daten und Analysen | Der Fehlzeiten-Report 2020 widmet sich dem Thema „Gerechtigkeit und Gesundheit“ und berücksichtigt gesellschaftliche und unternehmerische Perspektiven sowie individuelle Blickwinkel. 20 Beiträge zeigen und diskutieren, was Gerechtigkeit bedeuten kann, wie Arbeit gerecht gestaltet werden kann und was gerechtes Handeln in Unternehmen konkret heißt.

In der aktuellen Ausgabe des Fehlzeiten-Reports geht es um die Anforderungen, die Beschäftigte an eine gerechte Führungskraft haben, und welche Folgen es für die Gesundheit hat, wenn Beschäftigte sich subjektiv ungerecht behandelt fühlen. Auch die Rolle eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wird beleuchtet. Mit umfangreichen Daten und Analysen informiert der Report über die Struktur und Entwicklung des Krankenstandes der Beschäftigten und beleuchtet dabei einzelne Branchen und Regionen. Im Einführungsbeitrag werden drei Gerechtigkeitsdimensionen dargestellt: Interaktions-, Verfahrens- und Verteilungsgerechtigkeit. Empfinden Beschäftigte sich in einer dieser Dimensionen als ungerecht behandelt und haben sie nicht die Möglichkeit, die zu ändern, kann sich dies auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. Dieser Zusammenhang wird mit Daten aus einer groß angelegten Befragung von Beschäftigten illustriert.

Große Unterschiede durch Einkommen

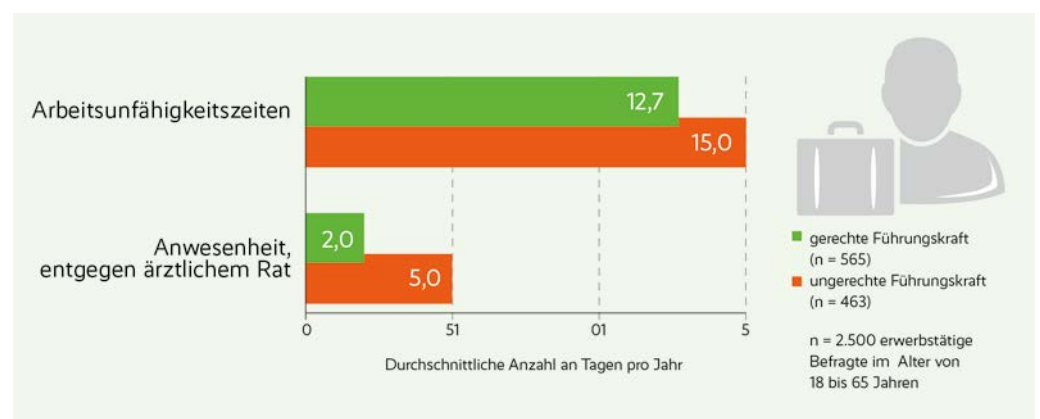
Einkommensunterschiede sind in Deutschland nach wie vor mit Unterschieden im Gesundheitsstatus und -verhalten verbunden. Männer und Frauen, die über höhere Einkommen verfügen, haben eine höhere Lebenserwartung als diejenigen niedrigerer Einkommensgruppen. Bezogen auf den beruflichen Status zeigt sich, dass Männer und Frauen aus niedrigen Berufsstatusgruppen

ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen und häufiger Anzeichen einer depressiven Symptomatik berichten. Daneben schätzen Erwerbstätige in niedrigen beruflichen Positionen ihre Arbeit häufiger als stark gesundheitsgefährdend ein. Die WHO definiert den Anteil gesundheitlicher Ungleichheit als ungerecht, der durch menschliches Handeln verursacht und damit vermeidbar ist. Richtet man den Blick auf die Arbeitswelt, so zeigt sich eine sehr ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risiken. Die Belastungsprofile unterscheiden sich stark nach Berufsgruppen und ausgeübten Tätigkeiten. Dies gilt für körperliche Anforderungen, arbeitsbedingte psychische Belastungen und gesundheitliche Gefährdungen, die mit der Arbeitszeit verbunden sind.

Viele Beschäftigte sind zufrieden

Die Rolle von Arbeitgebern und Führungskräften wird ebenfalls untersucht. Die Arbeitgeber nehmen die Erwartungen der Beschäftigten ernst und investieren in eine gute Arbeitsgestaltung. Dass ihnen das gelingt, zeigen die 89 Prozent der Beschäftigten, die zufrieden bis sehr zufrieden sind. Diese ausgeprägte Zufriedenheit ist auch ein Verdienst der Führungskräfte, die durch Vertrauen, Transparenz und einen bewussten Umgang mit Erwartungshaltungen eine als gerecht wahrgenommene Arbeitsatmosphäre schaffen, die gleichzeitig motivierend und gesund ist.

Fairer Umgang am Arbeitsplatz beeinflusst den Krankenstand



Gesundheit von Beschäftigten: Arbeitgeber haben einen großen Einfluss



Foto: iStock.com/Milos Dimic

Mit Abstand geht es ganz gut: In der Arbeitswelt hat Solidarität wieder mehr Bedeutung

Positive Nebenwirkungen

Corona I Mehrere Erhebungen haben unterschiedliche Aspekte der Pandemie beleuchtet. Behandlungen im Krankenhaus folgen etwa lange Fehlzeiten. Insgesamt sind die Krankenstände aber zurückgegangen. Und neben den erwartbaren negativen Auswirkungen wie geringeren Umsätzen, Hygieneaufwand oder Verunsicherung sehen Unternehmen auch positive Effekte.

Eine Erhebung des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) zeigt, dass die Krankenstände von Mai bis August 2020 im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen sind. Unter den AOK-Versicherten betrug der Krankenstand im Mai 4,4 Prozent (2019: 5,2), im Juni 4,5 Prozent (2019: 4,8), im Juli 4,8 Prozent (2019: 5,0) und im August 4,4 Prozent (2019: 4,7). Bei fast jedem siebten AOK-versicherten Beschäftigten, der wegen einer Coronaerkrankung arbeitsunfähig erklärt wurde, machte ein schwerer Verlauf der Infektion einen Krankenhausaufenthalt notwendig. Das waren zwischen dem 1. März und dem 21. April 2020 insgesamt 3.700 Personen. Deren Krankenstand lag in den ersten zehn Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt mit 6,1 Prozent deutlich höher als bei der nicht infizierten Vergleichsgruppe (2,8 Prozent). Die von Corona betroffenen Beschäftigten fehlten im Durchschnitt 13,5 Tage, die vergleichbare Gruppe nur 9,4 Tage. Ursächlich für die Fehlzeiten bei den Coronaerkrankten, die im Krankenhaus behandelt wurden, waren Infektions- und Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Stoffwechsel-Erkrankungen.

Mehr Zusammenhalt in Unternehmen


Bei der bundesweiten Erhebung des Instituts „Produkt + Markt“ unter 500 mittelständischen Betrieben, die im Auftrag des AOK-Bundesverbandes im Juli und August durchgeführt wurde, zeigen sich auch positive Erfahrungen: Mit deutlichem Abstand

nannten die Befragten einen besseren Zusammenhalt und eine höhere Solidarität. 37 Prozent der Arbeitgeber mit positiven Erlebnissen erwähnten diese Aspekte von sich aus, auf Nachfrage bestätigten 51 Prozent, dass der gestiegene Zusammenhalt positiv erlebt wurde. 45 Prozent gaben an, dass das Vertrauen zwischen der Unternehmensleitung und der Belegschaft gestiegen ist. Insgesamt geben 65 Prozent der Unternehmen an, auch positive Erlebnisse gemacht zu haben – trotz der pandemiebedingten Probleme wie geringere Umsätze, Aufträge oder Buchungen sowie die aufwendige Umsetzung der Hygienemaßnahmen.

Die Angst vor der Praxis

Nach ihrer ersten Befragung im Mai zu gesundheitlichen Aspekten in der Pandemie hatte die AOK Hessen eine weitere Befragung bei Insa Consulere in Auftrag gegeben. Interviewt wurden Ende Oktober erneut 1.000 Personen ab 18 Jahren, die in Hessen wohnen. In der Summe ist eine Kultur des Verzichts feststellbar und eine eher pessimistische Auffassung darüber, wann ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht. Weiterhin zeigt sich bei den Befragten eine starke Vorsicht, bei akuten gesundheitlichen Beschwerden eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Waren es im Mai noch 18 Prozent, die sich ein- oder mehrmals nicht haben behandeln lassen, waren es im Oktober 20 Prozent. Bei der Fragestellung explizit ausgeschlossen waren Erkältungen oder grippeähnliche Symptome.

 **Zahlen zu den Krankenständen:**
wido.de > News & Events > Aktuelles > Mitteilung vom 13.10.2020

 **Befragung unter 500 Betrieben:**
aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > Mitteilung vom 16.09.2020


 **Befragung der AOK Hessen vor dem zweiten Lockdown:**
aok.de/hessen > Presse > Aktuelle Pressemitteilungen > Mitteilung vom 02.11.2020

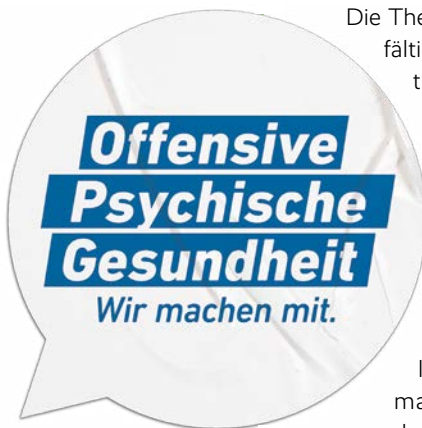


Foto: iStock.com/Jeff Bergen

Wenn die Arbeit der Psyche schadet: Spezielle Angebote sollen den Betroffenen helfen

Offensive gegen die Angst

Psychische Gesundheit | Bundesfamilienministerin Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn starteten Anfang Oktober gemeinsam mit einem Bündnis von über fünfzig Institutionen aus dem Bereich der Prävention die „Offensive Psychische Gesundheit“. Ziele sind mehr Offenheit und Transparenz sowie eine bessere Vernetzung aller Anbieter von Präventionsmaßnahmen. Die AOK ist Partnerin der Offensive.



Die Themenfelder der Offensive sind vielfältig. Es geht etwa um die Berücksichtigung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz, da psychische Erkrankungen neben der individuellen Belastung des Betroffenen auch mit erheblichen Fehlzeiten verbunden sind. So gibt es spezielle Angebote für die betriebliche Gesundheitsförderung. Auf die zahlreichen Unterstützungsmöglichkeiten für Familien und Kinder macht die Offensive ebenfalls aufmerksam. Die Offensive will nicht nur mehr Offenheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen erreichen, sondern auch zu nachhaltigen Verbesserungen in der Präventionslandschaft beitragen.

Die AOK macht mit

Die Ministerien planen 2021 zwei Dialogveranstaltungen, um die Organisationen zu vernetzen. Dazu gehören neben privaten und gesetzlichen Krankenkassen – wie der AOK – auch die Deutsche Rentenversicherung, Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit, berufsständische Verbände von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psycho-


therapeuten, Bündnisse und Betroffenen Einrichtungen im Bereich psychische Gesundheit und weitere Multiplikatoren. Eine solche ressortübergreifende Initiative von BMAS, BMG und BMFSFJ mit breiter Unterstützung unterschiedlicher Akteure zur Stärkung der Prävention ist einmalig.

Auch auf spielerische Art

Die AOK Hessen bietet zahlreiche Hilfestellungen bei psychischen Problemen. Moodgym ist ein Onlineprogramm zur Vorbeugung und Linderung depressiver Symptome. Damit kann die Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie überbrückt werden und es kann begleitend eingesetzt werden. Das Programm ist für Erwachsene kostenlos, zeitlich unbegrenzt und anonym nutzbar. Die Wirksamkeit ist durch Studien belegt. Und mit den Programmen und Kursen der Prävention trägt die AOK zur Stärkung der psychischen Gesundheit aller bei. In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Maßnahmen in Firmen umgesetzt, die speziell für deren Beschäftigte konzipiert sind – etwa Kurzinterventionen zur Entspannung. Darüber hinaus setzt die AOK in den nichtbetrieblichen Lebenswelten Programme in Kindergärten und Schulen ein, die auf spielerische Art die psychische Gesundheit stärken.

Besser vernetzt

Die Offensive von BMAS, BMG und BMFSFJ mit vielen unterschiedlichen Akteuren zur Stärkung der Prävention ist einmalig.

 [inqa.de](https://www.inqa.de) > Vernetzen > „Offensive Psychische Gesundheit“

Ein besonderes Programm

Prävention | Davet ist türkisch und heißt Einladung. Und so heißt ein mehrfach ausgezeichnetes Projekt der Türkisch-Deutschen-Gesundheitsstiftung (TDG) und der AOK Hessen, das in zwei Phasen aufgeteilt war. Zum zweiten Teil Davet 2 liegen nun die Evaluationsergebnisse vor. Ziel war es, mehr türkeistämmige Frauen zur Teilnahme an Präventionskursen zu bewegen. Das ist gelungen.

Davet 2 startete im September 2016 und endete Anfang 2019. Pilotregion waren Dietzenbach, Dreieich und Neu-Isenburg im Kreis Offenbach. Da bei Versicherten mit Migrationshintergrund die Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen gering ausgeprägt ist, wurden extra für türkeistämmige Bürgerinnen und Bürger Gesundheitskurse angeboten. Angesprochen werden sollten besonders Frauen. Im Angebot waren die Kurse „Aktiv abnehmen“, „Sanftes Rückentraining“ und „Hatha-Yoga für Einsteigerinnen“. Fast 300 Frauen nahmen teil. Die TDG hat mit ihrem Netzwerk und ihrem Engagement mitgewirkt. In der zweiten Jahreshälfte 2020 wurden vom Institut für Soziologie an der Uni Gießen die Evaluationsergebnisse vorgelegt. Die Erhebungsmaterialien wurden von Professor Eva Bitzer von der PH Freiburg erstellt, More-DATA in Gießen übernahm die Datenverarbeitung.

Positive Wirkungen auf die Gesundheit

Viele Befragte gaben an, dass sich der Kurs positiv auf ihr gesundheitliches Befinden auswirkte – präventiv und akut. Schmerzen konnten gelindert und Verspannungen gelöst werden. Die körperliche Aktivität erhöhte sich. Die Einschränkungen im Alltag sind weniger geworden und die Ausübung alltäglicher Aktivitäten fiel leichter. Zusätzlich waren die Befragten dankbar über Tipps und Anregungen für einen gesunden Alltag und zur Schmerzpräven-

tion. In der Gruppe fiel zudem die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten leichter. Die Kurse zeichneten sich dadurch aus, dass sich die Teilnehmerinnen wertgeschätzt fühlten. Das lag auch an der Atmosphäre der Kursräume. Zum Miteinander gehört eine gemeinsame Sprache, in diesem Fall türkisch. Bei Bedarf wurde mit Dolmetscherinnen gearbeitet. Viele Frauen gaben an, dass ihnen das Gefühl vermittelt wurde, Teil des Kurses zu sein. Ängste und Hürden der Teilnahme wurden spürbar verringert – vielfach war von einer Wohlfühlatmosphäre die Rede. Insgesamt wurden die Kurse sehr gut bewertet und die Erfahrungen waren überwiegend positiv. Interviews ergaben, dass Kurse präferiert wurden, die fußläufig stattfinden.

Ein ausgezeichnetes Programm

Die erste Phase von Davet ging von Mitte 2012 bis Mitte 2014 und hatte das Ziel, in Dietzenbach bei türkeistämmigen Versicherten eine Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen. Das Projekt gewann im November 2014 den Hessischen Gesundheitspreis und Mitte 2015 den dfg-Award, eine Auszeichnung des Branchenmagazins „Dienst für Gesellschaftspolitik“. Als Konsequenz aus häufigen Risikofaktoren bei gleichzeitig schlechter Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in Bezug auf diese Risikofaktoren wurde Davet 2 entwickelt.

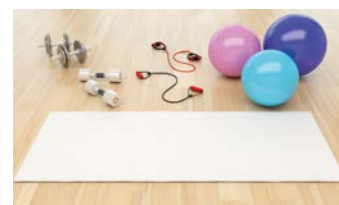
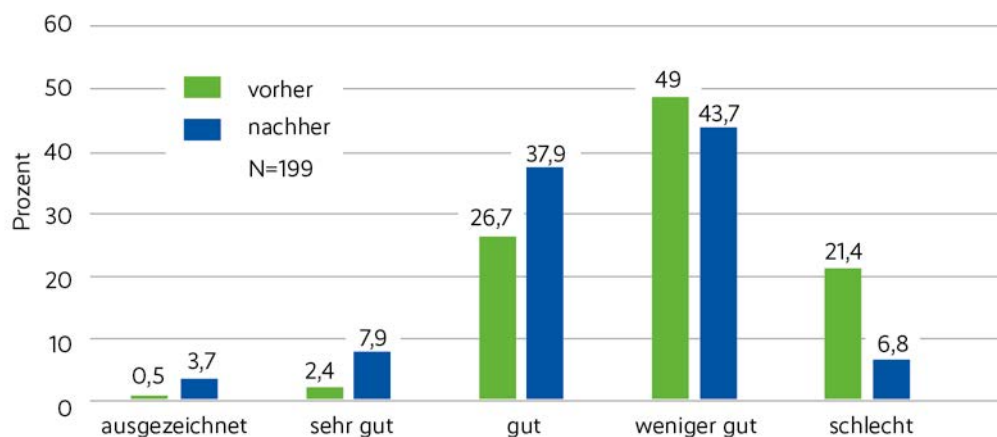


Foto: iStock.com/JEoneren

Fast 300 Frauen nahmen teil: Im Angebot waren die Kurse „Aktiv abnehmen“, „Sanftes Rückentraining“ und „Hatha-Yoga für Einsteigerinnen“

Der Gesundheitszustand vor und nach Davet 2



Was Krankenkassen leisten

Transparenzbericht | Im Dezember hat die AOK Hessen erstmals einen Transparenzbericht auf ihrer Homepage veröffentlicht, um über eigene Services, Leistungen und Unterstützungsangebote zu informieren. Sie will ihren Versicherten mehr Orientierung geben und deren Entscheidungskompetenz stärken. Intention ist es, das Wissen um die Leistungen der eigenen Krankenkasse zu verbessern.

Alle AOKs haben Ende vergangenen Jahres eine Transparenzoffensive gestartet. Damit entspricht die AOK den Wünschen vieler Kundinnen und Kunden, noch besser über Angebote, Services und Leistungen informiert zu werden. Dabei werden Aspekte wie Erreichbarkeit, Leistungs- und Versorgungsangebote, Genehmigungs- beziehungsweise Ablehnungsquoten, Bearbeitungszeiten, Beschwerden und Widersprüche, das Feedback der Versicherten und Ergebnisse von Versichertenbefragungen veröffentlicht. Die AOK Hessen betont in ihrem Transparenzbericht, dass sie die zentrale Ansprechpartnerin für das Thema Gesundheit ist. Um sie gut zu erreichen, gibt es viele Kontaktmöglichkeiten – persönlich vor Ort, per Telefon oder online. 54 Beratungszentren und der Außendienst bieten eine flächendeckende Vor-Ort-Beratung. Den Kundinnen und Kunden stehen unterschiedliche digitale Services wie die Online-Geschäftsstelle „Meine AOK“ zur Verfügung. Natürlich ist die AOK Hessen auch auf Facebook, YouTube, Twitter und Instagram präsent und erreichbar.

schen Telefonberatung Clarimedis, der Unterstützung bei vermuteten Behandlungsfehlern, der umfangreichen Pflegeberatung und der Förderung und Unterstützung der Selbsthilfe. Auch Präventionsangebote und spezielle Versorgungsverträge werden vorgestellt. 2019 wurden insgesamt 97 Prozent der eingegangenen Leistungsanträge und Rechnungen von der AOK Hessen genehmigt.

Von besonderem Interesse

Detaillierte Zahlen gibt es zu den sogenannten Top-Leistungen. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die durch Versicherte der AOK Hessen häufig in Anspruch genommen werden und die nach Gesprächen mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen für Versicherte von besonderem Interesse sind: Hilfsmittel (2,2 Millionen Anträge im Jahr 2019), Pflegeleistungen (276.169), Zahnersatz (235.310), Krankengeld (63.161) sowie Kuren und Rehabilitationsleistungen (23.566). Die durchschnittliche Bearbeitungszeit für Krankengeldzahlungen lag bei 1,5 Tagen, für die Genehmigung des Festzuschusses für Zahnersatz bei 6,4 Tagen. Auch Fakten zu Widerspruchsverfahren liefert der Bericht. Diese sind einem möglichen Klageverfahren vor dem Sozialgericht vorgeschaltet und können oftmals Klärungen und Lösungen für Versicherte erreichen.

Lob und Kritik erwünscht

Aus Sicht der AOK Hessen zeigt sich die Qualität einer Krankenkasse auch in der Offenheit und im Umgang mit Kritik. Darum informiert der Transparenzbericht über die Möglichkeiten für Versicherte, Feedback zu geben. Jedes Feedback der Versicherten – ob Lob oder Kritik – ist wichtig und gewünscht, um die Erwartungen und Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden besser zu kennen, noch besseren Service zu bieten und sich als Dienstleister weiterzuentwickeln. Zusätzlich zu dem direkten Feedback befragt die AOK Hessen regelmäßig einen Teil ihrer Versicherten zu deren Zufriedenheit mit der Krankenkasse.

Onlineversion des Transparenzberichts:
aok.de/hessen

Detaillierte Zahlen: Im Transparenzbericht steht etwa, wie viele Anträge auf Hilfsmittel, Zahnersatz oder Krankengeld 2019 bearbeitet wurden

97 Prozent genehmigt

Der Bericht gibt einen Überblick über das Leistungsangebot und -geschehen der hessischen Krankenkasse. Nähere Informationen gibt es beispielsweise zu besonderen Leistungen wie der medizini-





Werbefrei, kostenlos und für alle: Der Gesundheitsnavigator der AOK

Besser suchen und finden

Gesundheitsportal | Der AOK-Gesundheitsnavigator wurde überarbeitet und neu gestaltet. Er bietet mehr Infos über Behandlungen und Qualitätsergebnisse von Praxen und Kliniken – werbefrei und kostenfrei für alle Bürgerinnen und Bürger. Die Suche nach Ärztinnen und Ärzten oder Kliniken für planbare OPs ist um Hebammen und Kontaktinformationen für den Notfall ergänzt worden.

Ob Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Hebammen oder Notfallinformationen: Alle Gesundheitsnavigatoren der AOK sind jetzt über ein gemeinsames Suchfeld zu erreichen. Für Krankenhäuser bedeutet das: Am besten sollte man sich dort operieren lassen, wo die meiste Erfahrung besteht und wenige Fehler passieren. Zu zehn häufig durchgeführten Behandlungen wie OPs an Hüft- und Kniegelenken oder Blinddarm-Entfernungen stehen Ergebnisse aus dem Verfahren zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Verfügung. Sie erlauben Patientinnen und Patienten vor planbaren Eingriffen einen schnellen Überblick: Mit AOK-Lebensbaum-Symbolen wird verständlich dargestellt, welche Häuser in puncto Behandlungsqualität über- oder unterdurchschnittlich abschneiden. Auch die gemeldeten Fallzahlen der Kliniken sind transparent. Diese Zahlen liefern wichtige Hinweise über die Routine der operierenden Ärztinnen und Ärzte. Zudem wird die Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland kenntlich gemacht.

Mehr Durchblick bei Praxen

Zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bietet der Gesundheitsnavigator neben Fachgebieten und Spezialisierungen, Öffnungszeiten und Kontaktdaten jetzt zusätzliche Informationen. So macht das Tool die Teilnahme von Haus- und Fachärzten an Selektivverträgen der AOKs transparent. Dargestellt wird, ob sich Praxen im

AOK-Projekt „QuATRo – Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ besonders für eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung engagieren. Auch die Teilnahme an den Disease-Management-Programmen der AOK zur strukturierten und koordinierten Behandlung von chronisch Kranken wird im Portal dargestellt. Die Praxissuche bietet die Möglichkeit, komfortabel nach Haus-, Fach- und Zahnärztinnen und -ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen. Außerdem können die Ergebnisse nach bestimmten Kriterien wie Sprachkenntnissen oder Barrierefreiheit der Praxis gefiltert werden.

Da geht noch mehr

Was es bislang noch nicht gab: Jetzt können auch Hebammen gefunden werden. Darüber hinaus können Begriffe – etwa Diagnosen oder Therapieformen – eingespeist werden, zu denen dann eine laienfreundliche Erläuterung erfolgt. In einem separaten, login-geschützten Bereich haben Kliniken und Arztpraxen die Möglichkeit, Korrekturen ihrer Einträge vorzunehmen und ihre Angaben zu ergänzen. Auch das Erscheinungsbild des Gesundheitsnavigator hat sich deutlich geändert: Er wurde nach dem Motto „Mobile first“ konzipiert, weil immer mehr Nutzerinnen und Nutzer mit Tablets oder Smartphones auf das Angebot zugreifen. In der zweiten Ausbaustufe ab Frühjahr werden der bestehende Pflegenavigator und der Palliativwegweiser in die technische Anwendung integriert.


 **Alle Navigatoren der AOK sind über ein gemeinsames Suchfeld erreichbar:**
aok.de/gesundheitsnavigator



Illustration: iStock.com/Gocmen



Foto: Stadt Niedernhausen

Joachim Reimann

Er ist der Bürgermeister der 15.570-Einwohner-Gemeinde Niedernhausen im Taunus. Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Hessen ist der 41-Jährige seit Juli 2014. Dort ist er auch Mitglied im Marktausschuss.

Gutes für die Zukunft

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: **Joachim Reimann.**

Die Coronapandemie stellt die Unternehmen und Arbeitgeber vor zahlreiche Herausforderungen. Sie sind nicht nur von den wirtschaftlichen Folgen betroffen, sondern auch von tiefgreifenden Änderungen der Arbeitswelt. Wie sehen diese aus?

Das ist richtig. Hier hat sich etwas entwickelt, das langfristig die Arbeitswelt verändern wird – auch über die Pandemie hinaus. Ein wichtiges Stichwort ist Homeoffice. Und das ist grundsätzlich auch gut, da es den Wünschen vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entgegenkommt, Berufsleben und Familie besser unter einen Hut zu bekommen. Aber die soziale Komponente am Arbeitsplatz darf nicht unterschätzt werden. Durch ausschließliche Arbeit zu Hause geht sicher etwas an Kommunikation und Begegnung verloren. Daher muss eine Balance gefunden werden zwischen den Bedürfnissen des Arbeitgebers und denen der Beschäftigten. Wer das gut hinbekommt, kann aus der Pandemie Positives für die Zukunft mitnehmen.

Umfragen belegen ja, dass der Zusammenhalt während der Coronakrise innerhalb der Unternehmen durchaus gewachsen ist. Auch die AOK Hessen hat hier flexible und individuelle Lösungen für ihre Beschäftigten möglich gemacht. Und auch wir bei der Gemeinde Niedernhausen haben in enger Kooperation mit unserer Personalvertretung und unseren Beschäftigten stets zielorientierte, bewegliche und auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zugeschnittene Wege durch diese Krise gefunden. Krankheitszeiten und Infektionsschutz am Arbeitsplatz waren und sind große Herausforderungen. Interessanterweise sind ja die Fehlzeiten bislang offenkundig nicht angestiegen. Dennoch wird betriebliches Gesundheitsmanagement in Zukunft auch das Homeoffice umfassen müssen.

Besondere Herausforderungen

Haushalt I Am 17. Dezember hat der Verwaltungsrat der AOK Hessen den Haushaltsplan für 2021 verabschiedet. Vorausgegangen waren intensive Beratungen – unter anderem in Klausurtagungen und einer Sondersitzung. Schwierige finanzielle und gesetzgeberische Rahmenbedingungen erschwerten die Planungen. Zentrales Ergebnis: Die AOK Hessen erhöht ihren Zusatzbeitragsatz auf 1,3 Prozent.

In einer Sondersitzung im Oktober hatte der Verwaltungsrat erste Überlegungen zum Umgang mit dem Maßnahmenpaket der Bundesregierung zum Schließen der erwarteten Finanzierungslücke der GKV und den Auswirkungen auf die Haushaltsplanung 2021 angestellt. Diese wurden in Klausurtagungen im November vertieft. Erst am 26. November hat der Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) verabschiedet, mit dem die Rahmenbedingungen für den Haushaltsplan konkret festgelegt wurden (siehe Seite 13). Die AOK-Verwaltungsratssitzung fand am 17. Dezember statt.

Schwierige Rahmenbedingungen

Zum engen Zeitplan durch die Gesetzgebung kommen gravierende finanzielle Herausforderungen. Aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Situation sinken die Einnahmen, andererseits steigen die Ausgaben erheblich. Nicht nur die Ausgaben aufgrund der Pandemie belasten den Haushalt, sondern auch gesetzliche Neuerungen – etwa das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz oder das Digitale-Versorgung-Gesetz. Insgesamt belaufen sich die Mehrausgaben für die GKV bis Ende 2022 auf mehr als 32 Milliarden Euro. Zählt man den im GPVG verankerten Rückgriff auf die kassenindividuellen Finanzreserven in Höhe von acht Milliarden Euro hinzu, ist die Ausgabenbelas-

tung für die Beitragszahlenden deutlich höher und über der politischen Zielmarke der Bundesregierung von 40 Prozent.

Zusatzbeitrag im Bundesdurchschnitt

Der Haushaltsplan 2021 der AOK Hessen umfasst in der GKV rund 6,6 Milliarden Euro und sieht ein Defizit von 417 Millionen Euro vor. Daher passt die AOK zum 1. Januar ihren Zusatzbeitragsatz um 0,4 Prozentpunkte an. Er beträgt dann 1,3 Prozent und entspricht dem durchschnittlichen Beitragssatz für die gesamte GKV. Trotz der schwierigeren Rahmenbedingungen erwartet die AOK einen Zuwachs von Mitgliedern und Versicherten – im Jahresdurchschnitt 2021 um rund 6.600 Versicherte.

Selbstverwaltung stärken

Die Zwangsentnahme bestraft eine vorausschauende Geschäftspolitik. „Hier werden Reserven geplündert, die den Beitragszahlern, den Versicherten und ihren Arbeitgebern, gehören“, so die AOK-Verwaltungsratsvorsitzenden Stefan Hoehl und André Schönewolf. Beide sprechen sich gegen den Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie aus: „Dies entzieht der größten hessischen Krankenkasse Finanzmittel für die Versorgung vor Ort. Wir brauchen keine Einschränkung, wie sie das aktuelle Gesetzespaket beinhaltet, sondern mehr Gestaltungsspielräume für die Selbstverwaltung.“



Foto: AOK Hessen

Angelika Beier verabschiedet

In der Verwaltungsratssitzung im Dezember wurde Angelika Beier verabschiedet, die nach 17-jähriger Mitgliedschaft das Gremium verlässt. 15 Jahre davon war sie im Grundsatzausschuss des Verwaltungsrates tätig. Viele Jahre war sie zudem im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes und im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aktiv. Stefan Hoehl, der Vorsitzende des Verwaltungsrates, würdigte ihren Einsatz in der Selbstverwaltung und überreichte ihr das Ehrenzeichen in Gold. Mit großem Engagement, hoher Fachkenntnis und mit Leidenschaft habe sie stets die Anliegen der Versicherten vertreten.

Rechnung aus Berlin: Neue Gesetze kosten die GKV viel Geld bei sinkenden Einnahmen



Foto: iStock.com/Acilio

Medizinservice am Telefon

AOK-Clarimedis | Es ist die Nummer gegen Kummer: 0800 1 265 265. Der medizinische Informationsservice AOK-Clarimedis steht an 365 Tagen und 24 Stunden am Tag für Fragen rund um das Thema Gesundheit zur Verfügung. Für AOK-Mitglieder ist das Beratungsangebot kostenfrei.

Das AOK-Clarimedis-Team besteht aus Fachärztinnen und -ärzten, medizinischem Personal, sogar Hebammen, Apothekerinnen und Apothekern. Mit ihnen können Gesundheitsfragen schnell und unkompliziert geklärt werden – ohne Termin, ohne Wartezeit und ohne zusätzliches Infektionsrisiko. Man kann beispielsweise die Bedeutung medizinischer Fachbegriffe erfragen, sich über Medikamente und Impfungen informieren oder Laborwerte genauer erklären lassen. Auch bei den Themen

Vorsorge und Kindergesundheit ist das Team bestens aufgestellt. Selbstverständlich gilt die ärztliche Schweigepflicht, denn es darf und kann auch etwas persönlicher werden. Natürlich ersetzt das Telefonat nicht jeden Besuch in einer Praxis. Es können weder Ferndiagnosen erstellt noch konkrete Therapieempfehlungen gegeben werden. Dafür unterstützt das Team von Clarimedis auf Wunsch bei der Suche nach geeigneten Ärztinnen oder Ärzten und sogar bei der Terminvereinbarung.

So etwas hat nur die Gesundheitskasse: Eine kostenlose Medizinhotline



Foto: iStock.com/Sturti

Seltener in Großstädten

Asthma | Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat für seinen zweiten Gesundheitsatlas umfangreiche Daten zur Asthma-Häufigkeit in Deutschland ausgewertet. Das Ergebnis für Hessen: In größeren Städten gibt es weniger Erkrankungen und in Nordhessen deutlich mehr als im Süden.

Laut WHO sind 3,1 Prozent der Weltbevölkerung betroffen, in Deutschland sind es 4,2 Prozent. Je entwickelter das Land, desto höher der Anteil von Patientinnen und Patienten. In Hessen liegt der Wert bei vier Prozent – in Städten sind es sogar weniger. In Frankfurt sind 3,9, in Kassel 3,8, in Darmstadt nur 3,2 Prozent der Menschen betroffen – das ist der niedrigste Wert in der gesamten Liste. Der Ausreißer ist Offenbach. Die Stadt am Main führt das Ranking der Kreise und kreisfreien Städte in Hessen an. Hier leben 5,2 Prozent der Bürgerinnen und Bürger mit der Diagnose Asthma.

Etwa vier Prozent der Deutschen sind betroffen



Foto: iStock.com/Martin Bauraud

Zukunft auf dem Land



Illustration: wikipedia

Der Werra-Meißner-Kreis fördert die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen, um einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Landpartie ist ein Projekt in Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Allgemeinmedizin der Uni Marburg. Es wurde für Studierende im neunten und zehnten Semester konzipiert, die ein 14-tägiges Pflichtpraktikum absolvieren. Teilnehmen können zudem Studierende der Uni Göttingen. Der Kreis hilft, eine Lehrarztpraxis zu finden und übernimmt bis 1.000 Euro der Fahrtkosten und Übernachtungskosten während des Praktikums. Die Studierenden haben durch das Blockpraktikum die Möglichkeit, den Arbeitsalltag in einer Praxis kennenzulernen. Online können sich Studierende der Allgemeinmedizin, Pharmazie, Psychologie und weiteren Gesundheitsberufen über zusätzliche Fördermöglichkeiten informieren. Neuigkeiten in der Gesundheitslandschaft vor Ort erhalten sie mit dem Newsletter Heimvorteil. Und mit der Veranstaltung „Landtag individuell“ besteht die Möglichkeit, sich über die berufliche Perspektive als Landärztin oder -arzt zu informieren. Die AOK Hessen unterstützt das Projekt.

Praktikums. Die Studierenden haben durch das Blockpraktikum die Möglichkeit, den Arbeitsalltag in einer Praxis kennenzulernen. Online können sich Studierende der Allgemeinmedizin, Pharmazie, Psychologie und weiteren Gesundheitsberufen über zusätzliche Fördermöglichkeiten informieren. Neuigkeiten in der Gesundheitslandschaft vor Ort erhalten sie mit dem Newsletter Heimvorteil. Und mit der Veranstaltung „Landtag individuell“ besteht die Möglichkeit, sich über die berufliche Perspektive als Landärztin oder -arzt zu informieren. Die AOK Hessen unterstützt das Projekt.

 **Mehr zum Projekt:** land-arzt-leben.de.

Schüler machen Zeitung

Die AOK Hessen hat im Rahmen des hessischen Schülerzeitungswettbewerbs den Sonderpreis Gesundheit vergeben. Dabei wurden drei Texte ausgezeichnet, die sich durch gute Recherche und einen souveränen Schreibstil hervorheben. Alle eingesendeten Beiträge waren hervorragend, sodass die Auswahl nicht leichtfiel. Gewonnen haben schließlich drei Schülerinnen und Schüler, die sich in ihren Texten mit gesundem Einschlafen, Neophobie und Organspende auseinandergesetzt haben. Sie erhalten Gutscheine für Sportbekleidung. Der Wettbewerb wird von der Jugendpresse Hessen zusammen mit dem Hessischen Kultusministerium und der Firma LitCam veranstaltet.

 **Mehr Informationen:** szw-hessen.de

Hilfreiche Infos zum Knie

Die AOK Hessen hat ihr Infoangebot zu klinikbezogenen Qualitätsdaten ergänzt: Jetzt sind im Onlineportal Infos zu Knieprothesenwechseln abrufbar. Diese basieren auf dem Verfahren zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“. Damit bietet die AOK zu allen großen OPs an Hüfte und Knie Infos, die bei der Klinikwahl helfen. Zwei hessische Kliniken schneiden besonders gut ab: Die Atos Orthopädische Klinik Braunsfels und die Vitos Orthopädische Klinik Kassel. Beide Häuser haben gezeigt, dass sie Knieprothesenwechsel routiniert und mit hoher Qualität vornehmen. Beim Knieprothesenwechsel zeigen sich deutliche Unterschiede: Im Mittel kommt es bei knapp acht Prozent zu Komplikationen. Die AOK Hessen empfiehlt, nicht die nächste Klinik zu wählen, sondern eine, die Eingriffe regelmäßig und mit hoher Qualität durchführt.

 **Mehr Informationen:** aok.de/gesundheitsnavigator

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, Kristina Weil, Tobias Wötzel

Redaktionsschluss

19. Januar 2021

Realisation

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin
Redaktion: Fabian Obergföll, Wigbert Tocha
Creative Director: Sybilla Weidinger
Grafik: Geertje Steglich

Titelbild

iStock.com/RapidEye

ISSN 1611-7395



21-0112



Jeder kann zum
Pflegefall werden.
Wer hilft dann?

Unsere Pflegeberater finden für Sie und Ihre Liebsten die richtige Lösung: aok.de/gesundheitsfragen

Für ein gesünderes Deutschland.

**AOK-PFLEGE-
BERATUNG**