

Editorial



## Über Anspruch und Wirklichkeit

In ungewöhnlicher Taktung arbeitet die Koalition ihre Reform-Vorhaben ab. Und wenn in 2015 die Schlagzahl der Gesetzgebung beibehalten wird, wird wohl kaum Langeweile angesagt sein. Anders noch als Jahre zuvor, halten sich die interessenpolitischen Interventionen in Grenzen. Der Bundesrat zeigt sich in der Behandlung der Gesetzesentwürfe zur Prävention, Versorgungsstärkung und Antikorruption trotz reichlicher Änderungsvorschläge ungewöhnlich moderat und legt der Regierung keine unüberwindbaren Stolpersteine in den Weg. Auch die Pflegereform ist endlich auf den Weg gebracht. Die gesundheitspolitischen Reformansprüche repräsentieren mehr Detailfleiß als Stringenz, werden aber wohl ohne großen Zeitverzug realisiert. Das ist aber nur die eine Seite. Wie diese Ansprüche im zuweilen disharmonischen-zeitraubenden Konzert von Wettbewerb und Selbstverwaltung Wirklichkeit werden, steht auf einem anderen Blatt. Es wird dauern bis die Kautelen für das Greifen von Krankenhausreform, Versorgungsqualität, Prävention, Innovationsfonds und E-Health in der Praxis angekommen sein werden. Man denke nur an die never ending story der eGK, deren teure Verzögerungen gemessen an Potential und Anspruch für viele Patienten eher den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung erfüllt. Das neue Jahr läuft also auf Hochtouren mit Herausforderungen aller Beteiligten, die sich bekanntlich schwer tun, über ihren Schatten zu springen. Und das meiste davon werden wieder die Versicherten zu bezahlen haben. Aus deren Sicht ist nur zu wünschen, dass die neuen Reformansprüche ohne große Zeitverzögerungen nutzbringend bei Ihnen ankommen werden. Das ist auch unser Credo bei VITASERV: Alles, was wir besser machen können, soll schnellstmöglich unsere Kunden erreichen.

Es grüßt Sie herzlich aus Halle  
Ihre Uta Eis

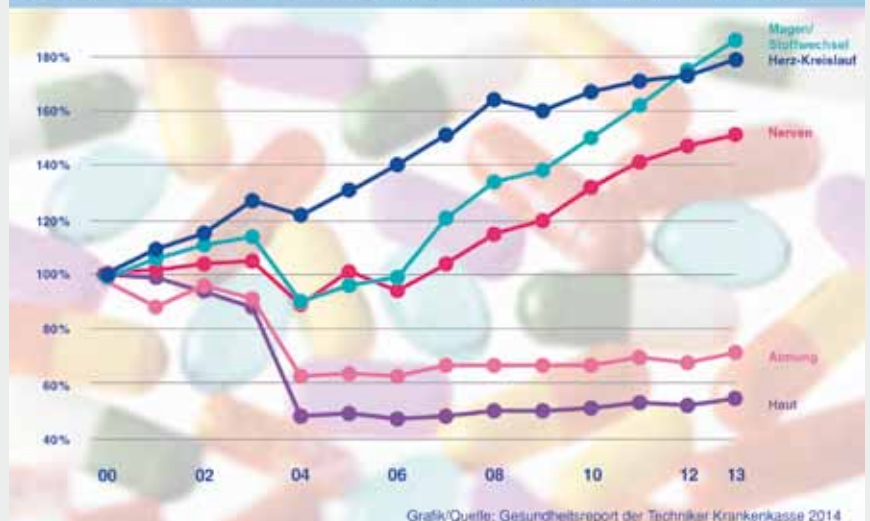
Zukunftsträchtig

## Zweitmeinung soll Versorgungsqualität verbessern

Wer mit einer schweren Erkrankung konfrontiert ist, ist in besonderem Maße auf die richtigen Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt angewiesen. Hier gilt es, die Möglichkeiten zu fördern und die Souveränität der Patienten und Versicherten zu untermauern. Trotz zunehmender integrativer, koordinierender und interdisziplinärer Versorgungsstrategien wirken die sektoralen Strukturen im Gesundheitswesen bis in die Untergliederungen der therapeutischen Einrichtungen so stark und unterschiedlich, dass es angezeigt ist, unterschiedliche Meinungen zur Behandlung einzuholen und sich um die Durchlässigkeit der Versorgung selbst zu kümmern. Eine weitere Meinung einzuholen ist demnach immer sinnvoll, wenn es sich um schwere und komplexe Krankheitsfälle handelt, die oft eine hoch interventionistische und kostenintensive Therapie mit Auswirkungen auf Lebensqualität und Lebenserwartung nach sich ziehen oder auch bei planbaren Operationen. Viele Fragen tun sich dann auf, die sich auf medizinische, pflegerische, soziale und Verhaltensaspekte beziehen. Es geht dann um das Abwägen für die richtige Behandlung und deren Alternativen und Auswirkungen. Zu schnell und zu häufig und nicht selten auch mit zu geringen qualitativen Ergebnissen wird bei bestimmten Diagnosen operiert. Es ist daher angezeigt, mehrere Meinungen einzuholen, um die Qualität von Diagnose und Therapie zu sichern und ob eine empfohlene Maßnahme auch sinnvoll ist. Obwohl viele Krankenkassen das bereits heute schon für Ihre Versicherten anbieten, soll dieser sinnvolle Anspruch nicht zuletzt auch gesetzlich geregelt werden, obwohl er im Grunde bereits besteht. Was in vielen Ländern bereits Routine ist, scheint sich in

### Immer mehr Medikamente gegen Zivilisationskrankheiten

Entwicklung des verordneten Arzneivolumens 2000 bis 2013 (Jahr 2000 = 100%)



„Laut dem TK-Gesundheitsreport werden immer mehr Medikamente gegen Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Psychische Störungen verschrieben.“

weiter auf Seite 2

Deutschland nur langsam durchzusetzen. In den USA beispielsweise sind zweite Arztmeinungen bei bestimmten Operationen schon seit Jahren verpflichtend. Ein Viertel der Bundesbürger aber weiß nicht, dass ein Recht auf Zweitmeinung eines anderen Facharztes besteht und 15 % glauben, dass sie hierfür selbst aufkommen müssen. Wie sich anhand von Medienberichten und Studien aufzeigen lässt, ist das Einholen einer Zweitmeinung in bestimmten Fällen besonders empfehlenswert. Vor allem im Bereich der Orthopädie (Wirbelsäule, Knie, Hüfte) wird häufig operiert. Auch im Bereich der Kardiologie (Herzschrittmacher/Herzkatheter-Untersuchung) kommt es zu vermehrten Eingriffen, obwohl viele Krankheitsbilder auch alternativ behandelt werden könnten. Großangelegte Studien weisen nach, dass die Anzahl der durchgeführten Operationen in Deutschland stark zunehmen

und dass beispielsweise Operationen im Bereich der Wirbelsäule in bis zu 87 % der Fälle vermeidbar sind (TK). Zudem gibt es inzwischen Studien (z.B. Uniklinik Ulm 2014) die den positiven Einfluss des Zweitmeinungsverfahrens herausstellen: In der Regel führe dies zu einer besseren Behandlung. Etwa 40 % der Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten inzwischen beim Zweitmeinungsverfahren. Es gibt aber auch eine wachsende Zahl von Online-Portalen, in denen ausgewiesene Experten den ergänzenden Expertenrat zur Verfügung stellen, wie z.B. [www.krebszweitmeinung.de](http://www.krebszweitmeinung.de) oder die Health Management Online AG (HMO), die das Portal [www.zweitmeinung.de](http://www.zweitmeinung.de) betreiben. Wir meinen: Hierin steckt für die Krankenkassen eine Menge Service und Gesundheitsökonomie-Potential.

## Meldungen

### TK-Depressionsatlas: 70 % Anstieg bei Depressionen; DAK meldet Rekord bei psychischen Erkrankungen

Vom Jahr 2000 bis 2013 sind Fehlzeiten aufgrund von Depressionen um fast 70 % gestiegen. Dies gab die Techniker Krankenkasse (TK) bei der Vorstellung zum **Depressionsatlas** Deutschland bekannt. 14,8 Tage waren Erwerbspersonen - dazu zählen Beschäftigte und ALG-I-Empfänger - in Deutschland 2014 durchschnittlich krankgeschrieben. Dies entspricht einem Krankenstand von 4,05 %, der damit 0,9 % höher liegt als im Jahr zuvor. Der Anstieg resultiert laut TK ausschließlich aus der längeren Dauer der Krankschreibungen. 13,3 Tage fehlten Erwerbspersonen in Deutschland im Krankheitsfall, die durchschnittliche Dauer stieg damit um 4,5 % (12,9 Tage in 2013). Sehr deutlich gestiegen seien die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Von den 14,8 Fehltagen entfielen 2,8 Tage auf psychische Störungen. Damit geht ein Fünftel der gesamten Fehlzeiten auf seelische Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen zurück. Auch die DAK meldete, dass die Zahl der Fehlitage aufgrund psychischer Erkrankungen 2014 einen Höchststand erreicht hat. Die Ausfalltage aufgrund von Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Leiden stieg gegenüber dem Vorjahr um 12 % an.

### Aufsichten: Maßstäbe für Vorstandsverträge überarbeitet

In der Praxis wurde und wird ein unterschiedlicher Umgang der Aufsichten mit Kassenhandeln und auch Vorstandsverträgen und -vergütungen beklagt. Inzwischen haben die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder ihre gemeinsamen Maßstäbe überarbeitet. Anwendbar sind diese nun auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KBV, KVn) und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK). Das BVA hat die Verwaltungsratsvorsitzenden darüber kürzlich informiert. Dabei ging es insbesondere um die Konkretisierung der Rechtsbegriffe der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, um eine Grundlage für eine einheitliche Genehmigungspraxis zu schaffen. Hintergrund ist der 2013 eingeführte Zustimmungsvorbehalt der Aufsichtsbehörden bei Vorstandsverträgen der gesetzlichen Krankenkassen, der KVn und KZVn sowie des MDKs. Das BVA betont hierzu, dass den Kran-

## Depressionen: Wer ist wie stark betroffen?

Depressionsbedingte Fehlitage 2013 pro Kopf nach Berufen



kenkassen bei der Auslegung entsprechender Regelungen auch nach ständiger Rechtsprechung ein Spielraum zustehe. Lediglich eindeutige Grenzüberschreitungen dürften von den Aufsichtsbehörden als rechtswidrig beanstandet werden (BSG 6. Senat, Urteil vom 28. Juni 2000, Az.: B 6 KA 64/98 R). Andererseits sieht das BVA durch den seit 2013 begründeten Zustimmungsvorbehalt besondere Einwirkungsmöglichkeiten. Die Prüfung müsse alle Vergütungsbestandteile mit einbeziehen. Je höher die Grundvergütung sei, desto weniger Spielraum bestehe für zusätzliche Leistungen wie Prämien, Altersversorgung oder Übergangsgelder und desto eher sei eine zu beanstandende eindeutige Grenzüberschreitung anzunehmen.

## DAK-Studie: Gute Vorsätze für 2015

Stress abbauen steht auf Platz eins der guten Vorsätze für 2015. Sechs von zehn Deutschen wünschen sich im neuen Jahr mehr Entspannung. Das gilt vor allem für die Rushhour-Generation zwischen 30 und 44 Jahren mit 68 %. Das zeigt eine aktuelle Forsa-Studie mit 5.000 Befragten im Auftrag der DAK-Gesundheit. Erstmals untersuchte die Krankenkasse auch den Faktor Mediennutzung. Ergebnis: 30 % der jungen Erwachsenen wollen 2015 öfter Handy, Computer und Internet ausschalten. Finanzielle Sorgen und die Angst vor einem Jobverlust sind der Umfrage zufolge kaum angestiegen. Gaben im Jahr 2009 noch 41 % an, dass sie sich finanzielle Sorgen machen, so waren es 31 % im Vorjahr und 33 % in der diesjährigen Befragung. Die Angst vor einem Jobverlust sank von 27 % im Jahr

2009 auf 16 % 2013 und liegt aktuell bei 17 %. Laut DAK-Umfrage hat es 2014 mehr als jeder zweite Deutsche geschafft, seine guten Vorsätze für das neue Jahr vier Monate und länger durchzuhalten. Besonders konsequent waren die Menschen in Berlin. Die Bremer, Rheinland-Pfälzer und Niedersachsen teilen sich den letzten Platz.

**Die TOP-TEN der guten Vorsätze für 2015:** Stress vermeiden oder abbauen (60 %), mehr Zeit für Familie / Freunde (55 %), mehr bewegen/Sport (55 %), mehr Zeit für mich selbst (48 %), gesünder ernähren (48 %), Abnehmen (34 %), sparsamer sein (28 %), Weniger fernsehen (15 %), Weniger Handy, Computer, Internet (15 %), Weniger Alkohol trinken (12 %).

## Deutliche Unterschiede zwischen PKV und GKV in der Heilmittelversorgung

Privat versicherte Patienten bekommen erheblich öfter Krankmasagen und andere Heilmittel verordnet als Kassenpatienten. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts des Verbands der Privaten Krankenversicherung (WIP). Danach rechnen Therapeuten bei Privatpatienten rechnerisch zweieinhalbmal so viel ab wie bei gesetzlich Versicherten. Neben Leistungsausschlüssen und -einschränkungen seien hierfür vor allem Richtgrößen und die Möglichkeit eines Regresses gegen den behandelnden Arzt in der GKV relevant. Im Jahr 2013 haben die Privatversicherten insgesamt 1.554 Mio. Euro für Heilmittel ausgegeben. In dem Betrag sind dabei die Er-

stattungen der Versicherungen auch die Zuschüsse der Beihilfe sowie Selbstbehalte eingerechnet. Wären die PKV-Versicherten gesetzlich krankenversichert gewesen, hätte die GKV nur rund 618 Mio. Euro für sie aufgewendet. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den hypothetischen Heilmittelausgaben der PKV-Versicherten in der GKV kann als Mehrumsatz der PKV im Heilmittelbereich bezeichnet werden. Er belief sich auf 936 Mio. Euro. Rein rechnerisch entfielen damit auf jede Praxis durchschnittlich 13.300 Euro Mehrumsatz im Jahr. Einzelheiten unter: [www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/145.html](http://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/studien-details/studien-ansicht/detail/studien-uid/145.html)

## DSO: Zahl der Organspender stabilisiert sich auf niedrigem Niveau

Im Jahr 2014 gab es bundesweit 864 Organspender, damit ist die Spenderzahl nahezu unverändert gegenüber dem Vorjahr (876). In den Jahren 2013 und 2012 war die Spenderzahl noch um 16,3 % bzw. 12,8 % eingebrochen. Somit kamen im letzten Jahr in Deutschland 10,7 Spender auf eine Million Einwohner (2013: 10,9). Die Summe der in Deutschland gespendeten Organe blieb ebenfalls weitgehend konstant, sie verringerte sich im Vorjahresvergleich

um 46 auf 2.989. Insgesamt wurden im Jahr 2014 in Deutschland 3.169 Organe aus dem Eurotransplant-Verbund transplantiert, im Vorjahr waren es 3.248. Dies sei nach Ansicht von Dr. med Axel Rahmel, Medizin-Chef der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), unbefriedigend, da die Wartezeiten auf Spenderorgane dadurch immer länger werden.

## Zahl des Quartals: Eins

**Ein Internet verbindet 2,6 Mrd. Menschen. Über nationale Grenzen hinweg. Über Sprachbarrieren. Über soziale Kluften. Über kulturelle Unterschiede – die digitale Gesellschaft**

Quelle: [www-digital-ist.de/aktuelles/zahlen-des-monats.html](http://www-digital-ist.de/aktuelles/zahlen-des-monats.html)



Save the date! VITASERV AG & GFR AG laden ein:

## Symposium zum Thema Regress für Kranken- & Unfallkassen 05. Mai 2015, Hotel Maritim proArte Friedrichstrasse 151, in 10117 Berlin

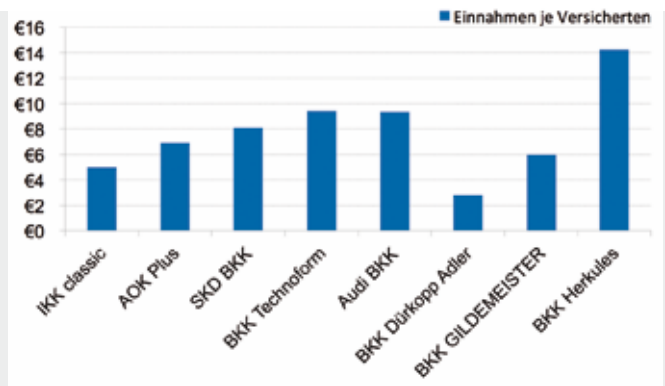
Die Verwaltungskosten der Krankenkassen rücken mal wieder mehr in den Fokus. Die Regressbearbeitung in der Sozialversicherung (§ 116 SGB X) nimmt dabei einen immer höheren Stellenwert ein. Fragen zur Steigerung des Regressvolumens und das Erkennen von Regresspotential unter zunehmend restriktiverem Regulierungsverhalten der Haftpflichtversicherungsträger wollen wir thematisieren und mit Ihnen diskutieren. Einladungen und Programm übersenden wir rechtzeitig. Reservieren Sie sich jetzt einen Platz unter: 03 45 / 2 79 97-101 oder [info@vitaserv.de](mailto:info@vitaserv.de)

## Mit neuen Prozessen ins Jahr 2015 gestartet.

Die neue Finanzhoheit der Krankenkassen und ihre Begleitumstände bedeuten auch für VITASERV, die damit verbundenen Herausforderungen sach- und zeitgerecht zu meistern. Wir begleiten daher Systemumstellungen und unterstützen unsere Kunden bei ihrem Wachstum. Themen wie die Bearbeitung von Mitgliedschaftsanträgen und Fami-Meldeverfahren oder Unterstützung im Rahmen der Fami-Bestandspflege setzen wir für unsere Kunden gewohnt sicher und professionell um.

### Immer wichtiger ! Einnahmen für die Krankenkasse

Intensiver werden wir uns in 2015 auch dem Thema Ersatzleistungswesen widmen. Die Regressbearbeitung gewinnt nicht nur durch die Finanzproblematik immer mehr an Bedeutung. Die Ergebnisse und die Herangehensweisen stellen sich von Krankenkasse zu Krankenkasse



recht unterschiedlich dar. Während das BKK System überwiegend mit Teilungsabkommen arbeitet, hat sich im AOK System die Bearbeitung nach Sach- und Rechtslage bewährt. Welche Herangehensweise tatsächlich wirtschaftlich erfolgreicher ist, lässt sich aus den dargestellten Ergebnissen nicht ableiten. Wir haben für Sie im Internet recherchiert und einige Geschäftsberichte aus dem Jahr 2013 ausgewertet (siehe Abbildung).

## Die Zeche zahlen mal wieder die Krankenkassen

Mit Wirkung vom 13. Dezember 2014 ist die Vollstreckungspauschalen-Verordnung in Kraft getreten. Krankenkassen zahlen nun rückwirkend zum 01.07.2014 für jeden Auftrag an das Hauptzollamt (HZA) 9 Euro. Dem Schuldner dürfen diese Kosten jedoch nicht in Rechnung gestellt werden. Damit werden die Kassen von Rechts wegen nicht in die Lage versetzt, die Kosten auch beizutreiben. Um die Gemüter zu beruhigen, wird jetzt zwischen dem Bundesversicherungsamt, den Kassenverbänden, der Deutschen Rentenversicherung und der Agentur für Arbeit über eine Verschiebung der Fristen um 2 Wochen auf 6 Wochen und einer Bündelung von maximal 3 Monaten rückständiger

Beitragsforderungen nach erster Vollstreckungsmaßnahme diskutiert. Dadurch sollen dann angeblich Kosten gespart werden.

Doch welchen Effekt bringt eine solche Umsetzung wirklich? Unsere notorischen Spätzahler werden sich freuen, denn an diese Zahlungsfristen kann man sich schnell gewöhnen. Forderungsausfälle, weil ein rechtzeitiger Insolvenzantrag nicht mehr in jedem Falle möglich ist, sind absehbar. Trotz aller Kostendiskussionen hält man an der Vollstreckungsgrenze von 36 Euro fest. Hier scheint das Interesse an Wirtschaftlichkeit noch nicht angekommen zu sein.

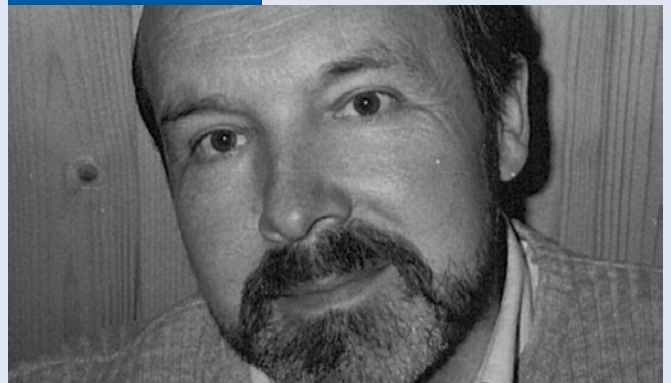
## Quartalsfoto



### Großstadtmorgen und der Versuch über den Schatten zu springen

©Edition Ursprung, Rolf Stuppardt

## Zitatenschatz



### „ Ein gutes Gespräch besteht ungefähr zur Hälfte aus Zuhören. “

Ernst Ferstl, österreichischer Lyriker

## Impressum

VITASERV AG  
Magdeburger Straße 36  
D-06112 Halle (Saale)

Uta Eis – Vorstand  
Telefon: +49 (0)345 27 997 -0  
Telefax: +49 (0)345 27 997 -890

Konzeption & Gestaltung:  
STUPPARDTPARTNER Berlin, Menden, Overath  
www.stuppardtpartner.de