

170 JAHRE VDEK
1912-2022

vdek
Die Ersatzkassen

Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort

Ambulant und stationär zusammengedacht



Die Mitgliedschaften



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140 · 22305 Hamburg

Tel.: 0 40 / 69 09-17 83

Fax: 0 40 / 69 09-13 53

E-Mail: pressestelle@tk.de

Internet: www.tk.de

 @TK_Presse



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31 · 20097 Hamburg

Tel.: 0 40 / 2 36 48 55-0

Fax: 0 40 / 3 34 70-12 34 56

E-Mail: service@dak.de

Internet: www.dak.de

 @DAKGesundheit



KRANKENKASSE

hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26 · 28195 Bremen

Tel.: 04 21 / 36 55-0

Fax: 04 21 / 36 55-37 00

E-Mail: info@hkk.de

Internet: www.hkk.de

 @hkk_Presse



BARMER

Postfach 11 07 04 · 10837 Berlin

Tel.: 08 00 / 33 31 01-0

Fax: 08 00 / 3 33 00 90

E-Mail: service@barmer.de

Internet: www.barmer.de

 @BARMER_Presse



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61 · 30625 Hannover

Tel.: 05 11 / 28 02-0

Fax: 05 11 / 28 02-99 99

E-Mail: service@kkh.de

Internet: www.kkh.de

 @KKH_Politik



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90 · 22041 Hamburg

Tel.: 08 00 / 0 21 32 13

Fax: 0 40 / 6 56 96-54 00

E-Mail: kontakt@hek.de

Internet: www.hek.de

 @HEKonline

Inhalt

Stärkung regionaler Entscheidungskompetenzen	7
Modell „Regionale Gesundheitszentren“ (RGZ)	11
Modell „Krankenhausstrukturreform“	25
Modell „Reform der Notfallversorgung“	33



Uwe Klemens

Ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender



Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leser:innen,**

Um eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der Patient:innen unter den Herausforderungen des demografischen Wandels dauerhaft anzubieten, brauchen wir neue moderne Versorgungsstrukturen und ein Miteinander der medizinischen Professionen im Gesundheitswesen. Die einzelnen Versorgungsbereiche müssen dafür strukturell weiterentwickelt und, wo möglich, besser miteinander verzahnt werden. Versorgungskonzepte für strukturschwache Regionen wie Regionale Gesundheitszentren (RGZ), eine umfassende Krankenhausstrukturreform, aber auch die längst überfällige Reform der Notfallversorgung haben dabei oberste Priorität.

Ein einheitlicher bundesweit vorgegebener Versorgungsrahmen, der regionale Bedarfe berücksichtigt und effiziente Versorgung ermöglicht, ist der ordnungspolitische Leitfaden für die bundesweit agierenden Ersatzkassen. Nur so können einheitliche Lebensverhältnisse und eine gleichwertige Versorgung für alle Bevölkerungskreise gewährleistet werden. Außerdem sind mancherorts Versorgungsstrukturen anzutreffen, die erhebliche Effizienzpotenziale bergen.

Bundesweite Planungskriterien, Rahmenbedingungen und Eckwerte gewährleisten eine flächendeckende Patientenversorgung, orientiert an Qualitätsaspekten. Die Umsetzung sollte dann regional erfolgen, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden. Dabei steht die Region, definiert nach Bevölkerungszahl, Einzugsgebiet und demografischer Entwicklung, im Zentrum der Betrachtung. In diesem Kontext müssen auch die Entscheidungsstrukturen in der gemeinsamen Selbstverwaltung weiterentwickelt werden.

Wir schlagen dazu vor, die Kompetenzen des erweiterten Landesausschusses auszubauen, insbesondere um bei Versorgungsdefiziten sektorenübergreifend zu agieren. So lassen sich konkrete Verbesserungen erzielen.

Zu modernen Versorgungsstrukturen gehört auch eine stärkere Ambulantisierung von bisher stationären Versorgungskapazitäten. Ziel dabei ist, keine zusätzlichen oder gedoppelten Strukturen aufzubauen, sondern die Vernetzung von stationärem und ambulantem Sektor. Hilfreich dafür ist, dass es bereits einen einheitlichen, sektorenübergreifenden Vergütungsrahmen gibt. Die Verschiebung zugunsten ambulanter Leistungserbringung aktiviert Potenziale, gerade in teilweise unterversorgten, ländlichen Regionen. Mit Regionalen Gesundheitszentren lassen sich lokale Versorgungslücken schließen und regionale Fehlversorgung ausgleichen. Akut- und Notfallversorgung sowie Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-)Versorgung würden abgedeckt. Optional sind auch Angebote zur Pflege denkbar.

Stationäre Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern sollten nach einheitlichen Kriterien geplant werden. Dazu ist zunächst die Definition einheitlicher Versorgungsstufen (inklusive Notfallversorgung) notwendig. In einem zweiten Schritt wird die Vergütung an die Versorgungsstufen angepasst, um beispielsweise die Vorhaltekosten abzusichern. Dem Ansatz folgend könnte neben der Grundversorgung so auch die Versorgung in spezialisierten Zentren gebündelt werden.

Uns Ersatzkassen eint die gesundheits- und ordnungspolitische Überzeugung, dass bundesweit geltende Versorgungsstandards der Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung sein sollten. Als bundesweit versorgende Kassen sind die Ersatzkassen für jeden in ganz Deutschland zugänglich. Wir stellen uns dem Wettbewerb um das beste Versicherungsangebot und wir prägen die Versorgungslandschaft nachhaltig mit. Wir setzen unsere Marktposition für Qualitätssteigerungen und für bundesweit, einheitliche Vergütungssysteme ein. Dennoch behalten wir regionale Unterschiede und Besonderheiten im Blick. Auf dem Land sind die Vorzeichen andere als in der Stadt. Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen und der stationären Versorgung muss überall gewährleistet werden. Dazu entwickeln wir zukunftsfähige Lösungen wie die Einrichtung sektorenübergreifender Regionaler Gesundheitszentren. Der medizinische Fortschritt muss ebenfalls berücksichtigt werden, um eine moderne Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Auch dafür setzen wir uns mit unserer Expertise als bundesweit agierende Krankenkassen ein.



Uwe Klemens

Ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender



Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende

The background is a solid blue color. There are several abstract, irregular shapes in a lighter shade of blue scattered across the page. One large shape is on the left side, and others are at the top, bottom, and right edges.

1

Stärkung regionaler Entscheidungskompetenzen

1

Der Aufbau Regionaler Gesundheitszentren und eine weitreichende Reform der Notfallversorgung sind konkrete Vorschläge der Ersatzkassen für sektorenübergreifende Lösungen. Aus Sicht der Ersatzkassen muss dieser erweiterte Blick jedoch auch mit einer Anpassung der Governance-Strukturen in der gemeinsamen Selbstverwaltung einhergehen.

In 97,8 Prozent aller Versorgungsbereiche in Deutschland ist die Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich sichergestellt, für 17,7 Prozent aller hausärztlichen Versorgungsbereiche ist sogar Überversorgung anzunehmen. Dies zeigt, dass die Bedarfsplanung und die mit ihr betrauten Gremien der Selbstverwaltung gut funktionieren. Eine völlige Neuordnung würde voraussichtlich mehrere Jahre dauern und einen massiven bürokratischen Aufwand verursachen. Zudem würde die Heterogenität der Versorgungssituation in Deutschland eher zunehmen, unabhängig von tatsächlichen regionalen Besonderheiten und Bedarfen. Das wäre der falsche Weg.



Die Ersatzkassen wollen daher die Strukturen genau für die Szenarien weiterentwickeln, in denen Herausforderungen in der Versorgung einen sektorenübergreifenden Lösungsansatz erfordern. Hierzu gibt es bereits heute eine Vielzahl von Instrumenten wie Sicherstellungszuschläge und die Ermächtigung von Krankenhausärzt:innen und -instituten für die ambulante Behandlung. Mit den Regionalen Gesundheitszentren kommt ein wichtiges Instrument hinzu. Gleichzeitig können auch im stationären Bereich Situationen entstehen, in denen durch den Wegfall von Behandlungskapazitäten – zum Beispiel durch

Neuaufstellung des erweiterten Landesausschusses



die Schließung einer Abteilung wegen Personalmangels – Versorgungsbedarfe durch eine Vernetzung mit dem ambulanten Bereich aufgefangen werden müssen.

Ausbau des erweiterten Landesausschusses zum sektorenübergreifenden Planungsgremium

Um auf regionaler Ebene konkrete Lösungen zu finden, schlagen die Ersatzkassen vor, die Aufgaben des erweiterten Landesausschusses auszubauen. Dieses Gremium, besetzt mit Vertreter:innen aus Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Landeskrankenhausgesellschaft, ist bereits heute für die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) zuständig. Jede Seite ist mit neun Personen vertreten, wobei die Krankenkassenvertreter:innen ein doppeltes Stimmrecht haben. Kommt keine Mehrheit zustande, entscheiden ein:e unparteiische:r Vorsitzende:r und zwei weitere unparteiische Mitglieder. Das Land ist über ein Beratungsrecht eingebunden.

Wird nun im vertragsärztlichen Bereich eine bestehende oder drohende Unterversorgung festgestellt, können geeignete Lösungsmöglichkeiten im erweiterten Landesausschuss wie die Einrichtung von Regionalen Gesundheitszentren gefunden werden. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen, Landeskrankenhausgesellschaft oder das Land einen entsprechenden Antrag auf Beratung für den stationären Sektor im Bereich der Tages- und Kurzliegerfälle stellen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Versorgungsprobleme auf breiter Front und ohne Begrenzung auf nur einen Leistungssektor angegangen werden. ■

2

Modell

„Regionale Gesundheits- zentren“

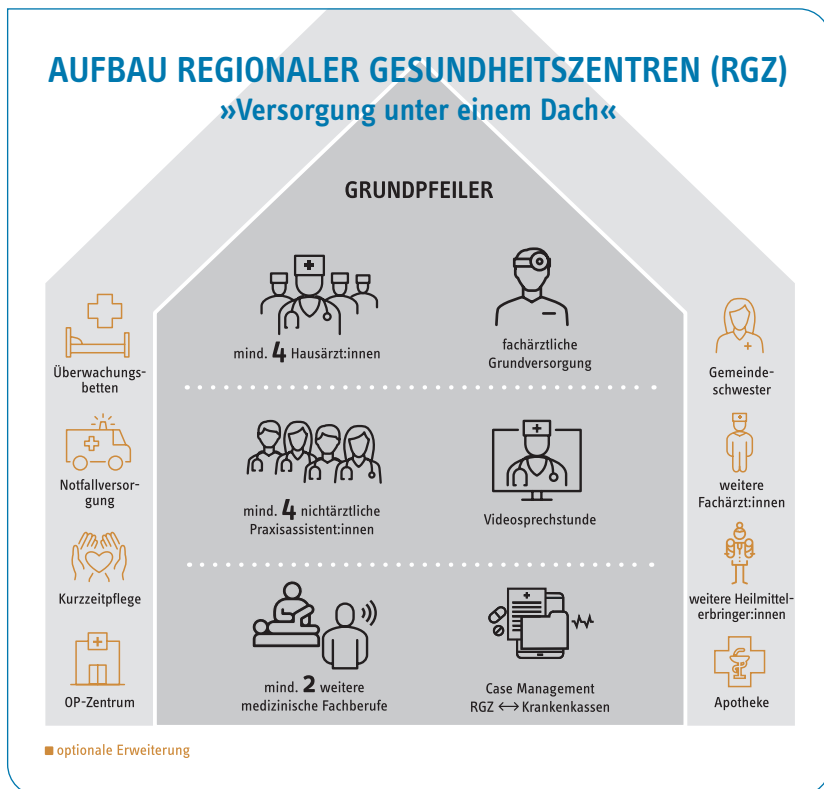
2

Das Modell der Regionalen Gesundheitszentren stellt einen neuen Versorgungsansatz dar, mit dem die regionale Versorgungsinfrastruktur weiterentwickelt wird – eingebettet in die bewährten kollektivvertraglichen Strukturen und nach einheitlichen Maßstäben. Auf diese Weise wird zum einen den regionalen Gegebenheiten Rechnung getragen, zum anderen ein bundesweit vergleichbares Niveau der Patientenversorgung gesichert. Die Gesundheitszentren übernehmen durch hybride Behandlungsangebote wichtige Funktionen kleinerer Krankenhäuser. Dadurch können die vorhandenen Ressourcen effizienter genutzt werden. Medizinische Versorgung findet nun aus einer Hand statt. Neue Formen der Zusammenarbeit sind nötig, die über einfache Kooperationsformen hinausgehen und sich gleichzeitig in das bestehende Versorgungssystem einfügen. Gleichzeitig bieten sie in ländlichen Regionen gerade für junge Ärzt:innen attraktive und flexible Arbeitsbedingungen.

Durch das neue Modell werden auch wichtige Anforderungen und Ziele des Koalitionsvertrages der laufenden Legislaturperiode erfüllt, ohne dass es zu einer regionalen Fragmentierung der Versorgungs-, Vertrags- und Honorarstrukturen kommt.

1. Was ist ein Regionales Gesundheitszentrum?

Das Regionale Gesundheitszentrum als vollumfänglicher Versorgungsansatz
Bereits heute gibt es in Deutschland etwa 3.500 Medizinische Versorgungszentren. Sie sind primär eine Form der Niederlassung. Die wenigsten von ihnen verfolgen den Ansatz, die Behandlung der Patient:innen



wirklich fachübergreifend sicherzustellen. Das Modell der Regionalen Gesundheitszentren geht hier weiter. Das Ziel: so viel vernetzte Versorgung unter einem Dach zu schaffen wie möglich.

Primärversorgung als Grundpfeiler

Eine flächendeckende, gute hausärztliche Versorgung ist Mindestvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem. Hausärzt:innen bleiben auch in Zukunft häufig erste Ansprechpartner:innen der Versicherten bei medizinischen Fragestellungen. Deshalb müssen sie in jedem Regionalen Gesundheitszentrum vertreten sein. Eine Besetzung von vier Hausärzt:innen oder mehr je Zentrum (Vollzeitäquivalente) garantiert eine Erreichbarkeit auch über die heute üblichen Sprechstundenzeiten hinaus und erweitert beziehungsweise entlastet außerdem die bestehenden Strukturen zur Notfallversorgung.

Mehr Unterstützung durch Delegation und Substitution

Die Rolle der Medizinischen Fachangestellten muss sich in einem digitalen Gesundheitssystem verändern – weg von Verwaltungstätigkeiten wie Terminvergabe und Abrechnung hin zur Übernahme vormals ärztlicher Tätigkeiten. In einem Regionalen Gesundheitszentrum werden daher neue Standards gesetzt: Auf jede:n Hausarzt:ärztin (Vollzeitäquivalent) kommt mindestens ein:e besonders qualifizierte:r nichtärztliche:r Praxisassistent:in. Zukünftig können dort auch neu ausgebildete Physician Assistants selbstständig Anamnesen und Behandlungen durchführen.

Vernetzte Strukturen zwischen Haus- und Fachärzt:innen

Fachübergreifende Behandlungskonzepte funktionieren nur durch eine Verknüpfung von hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung. Im Regelfall sind daher auch bestimmte Facharztgruppen wie Internist:innen, Orthopäd:innen und (konservativ tätige) Augenärzt:innen oder Psychotherapeut:innen im Regionalen Gesundheitszentrum aktiv. Ergänzt werden können sie durch spezialisierte Fachärzt:innen oder auch ambulante OP-Zentren.

Digitale Angebote als wichtiger Baustein der Behandlung

Während der Corona-Pandemie hat die Bedeutung telemedizinischer Angebote wie Videosprechstunden erheblich zugenommen. Es zeigt sich allerdings, dass gerade kleinere Praxen diese Angebote nur unter erheblichem Aufwand bereitstellen können. In Regionalen Gesundheitszentren stehen hierfür sowohl technisch als auch personell größere Ressourcen bereit. Gleichzeitig ist es wichtig, dass neben digitalen Behandlungsoptionen auch weiterhin ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt möglich ist, zum Beispiel bei notwendigen Untersuchungen. Diese unterschiedlichen Zugangswege können in Regionalen Gesundheitszentren effizient verknüpft werden.

Von der Arztzentrierung zum multiprofessionellen Ansatz

Bei vielen Erkrankungen ist die ärztliche Therapie nur ein Baustein der Behandlung. Daher sind auch mindestens zwei Angehörige weiterer medizinischer Fachberufe wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Hebammen und Pflegekräfte an jedem Regionalen Gesundheitszentrum beschäftigt. Auf diese Weise kann der fachliche Austausch zwischen Ärzt:innen und anderen medizinischen Berufen endlich gestärkt werden. Je nach Bedarf sollten die Gesundheitszentren um kommunale Angebote (zum Beispiel um eine Gemeindeschwester) erweitert werden. Auf diese Weise kann der Öffentliche Gesundheitsdienst besser mit der Regelversorgung verknüpft werden.

Abbau von Sektorengrenzen durch hybride Versorgungsangebote

Eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung ist insbesondere vor dem Hintergrund einer Zunahme chronischer Erkrankungen und komplexer Krankheitsverläufe wichtig. In vielen Fällen könnten Untersuchungen und Eingriffe im ambulanten Setting stattfinden, wenn bei Bedarf die Möglichkeit einer anschließenden Überwachung der Patient:innen bestünde, gegebenenfalls auch über Nacht. Durch die Vielzahl der Leistungserbringer:innen, die in einem Regionalen Gesundheitszentrum ansässig sind, kann das Angebot spezieller Überwachungsbetten auch wirtschaftlich sein. In bestimmten Konstellationen wie bei Anbindung eines OP-Zentrums sollten begrenzte Bettenkapazitäten regelhaft vorgehalten werden, zum Beispiel durch eine Kooperation mit einem Krankenhaus im nahen räumlichen Umfeld. Darüber hinaus ist auch eine vollständige oder teilweise Umwandlung von kleinen, derzeit nicht wirtschaftlichen Krankenhäusern zu Regionalen Gesundheitszentren denkbar. Durch ein hybrides Angebot

aus stationären und ambulanten Leistungen können Ärzt:innen und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe die vorhandene Technik effizienter einsetzen und damit gleichzeitig die Versorgungssituation in der Fläche stärken. Auch eine Anbindung von Angeboten zur Kurzzeitpflege kann in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten erfolgen.

Case Management der Krankenkassen als integraler Bestandteil

Der Ansatz „Versorgung unter einem Dach“ schafft ideale Voraussetzungen für eine strukturierte Behandlung entlang evidenzbasierter Versorgungspfade. Gerade ältere und chronisch kranke Patient:innen benötigen häufig Hilfe bei der Koordination ihrer medizinischen Behandlung. Die Ersatzkassen unterstützen ihre Versicherten bereits heute durch umfassende Angebote im Versorgungsmanagement.

Im Sinne eines übergreifenden Managed Care-Ansatzes sollten Case Manager:innen der Krankenkassen daher mit speziell ausgebildeten Case Manager:innen des Regionalen Gesundheitszentrums kooperieren. Sie agieren als Lots:innen, entlasten vor allem Ärzt:innen und sorgen für effizientere Abläufe.

2. Wie funktioniert die Versorgung in einem Regionalen Gesundheitszentrum?

Durch die fachübergreifende und vernetzte Versorgung der Patient:innen unter einem Dach bestehen innerhalb der Gesundheitszentren kurze Wege und weniger Schnittstellen sowie bürokratische Hemmnisse. Die Regionalen Gesundheitszentren werden als Versorgungsform in die bestehende Versorgungslandschaft eingebettet sein. Die Kooperation mit Leistungserbringer:innen außerhalb der Gesundheitszentren bleibt im Bedarfsfall uneingeschränkt möglich und kann unter anderem durch die Nutzung von Telekonsilien ebenfalls unbürokratisch und aufwandsarm gestaltet werden.

Verlässlicher Leistungsumfang

Patient:innen können sich darauf verlassen, dass in jedem Regionalen Gesundheitszentrum ein definiertes Angebot an Leistungen vorgehalten wird. Daher legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindestanforderungen fest, unter anderem die Teilnahme an Disease-Management-Programmen sowie Genehmigungen für Sonografie und Psychosomatik. Zudem werden Mindeststandards für die nichtärztlichen Leistungserbringer:innen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definiert. Diese sollen insbesondere den Rahmen für ein versichertenorientiertes Case Management sicherstellen.

Durchgängige Erreichbarkeit

Neben den Anforderungen an die Leistungserbringung und den Leistungsumfang legt der Gemeinsame Bundesausschuss auch die räumlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen an die Gesundheitszentren fest. Hierzu gehören Mindestöffnungszeiten an sechs Wochentagen, eine telefonische Erreichbarkeit an 65 Wochenstunden und die Vorhaltung eines regelhaften Angebots an Videosprechstunden.

Standards für multiprofessionelle Zusammenarbeit

Um das Potenzial der multiprofessionellen Versorgung im Rahmen der Regionalen Gesundheitszentren bestmöglich auszuschöpfen, sind ferner in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften der beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer:innen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Standard-Operating-Procedures festzulegen, welche die Zusammenarbeit in den Regionalen Gesundheitszentren optimieren und die Versorgung der Patient:innen verbessern.

Bedarfsgerechte Ausgestaltung vor Ort

Regionale Besonderheiten sollten beim Aufbau von Regionalen Gesundheitszentren berücksichtigt werden. Dazu können die Kommunen zusätzliche Anforderungen an die Struktur und das Leistungsspektrum festlegen.

3. Wie entsteht ein Regionales Gesundheitszentrum?

Für eine zügige und nachhaltige Etablierung der Regionalen Gesundheitszentren in der Versorgung ist die Wahl geeigneter Standorte sowie die Bereitschaft und Unterstützung bereits aktiver sowie neu in die Versorgung kommender Leistungserbringer:innen wesentlich.

ENTSTEHUNG REGIONALER GESUNDHEITZENTREN (RGZ)



* bei bestehender oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich

Aufbau Regionaler Gesundheitszentren an ausgewählten Standorten

Regionale Gesundheitszentren sollen zunächst in 50 bis 100 Regionen in der Bundesrepublik etabliert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert die Kriterien für Regionen, in denen die Gründung eines Regionalen Gesundheitszentrums möglich und sinnvoll ist. Dies sind im ersten Schritt Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich. Darüber hinaus berücksichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Kriterien für die Standortwahl wie bestehende Krankenhauskapazitäten und regionale Erreichbarkeit. Die genaue Zahl der Regionen, welche für ein Regionales Gesundheitszentrum geeignet sind, ist abhängig von der Ausgestaltung der Kriterien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Standortvergabe der Regionalen Gesundheitszentren durch den erweiterten Landesausschuss

Wenn der Landesausschuss gemäß § 90 Absatz 1 SGB V eine bestehende beziehungsweise drohende Unterversorgung feststellt, kann der erweiterte Landesausschuss (siehe Abschnitt I) auf Grundlage der Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses den Standort für den Betrieb eines Regionalen Gesundheitszentrums im Rahmen einer Ausschreibung vergeben. Dabei können regionale Besonderheiten berücksichtigt, die regionalen Versorgungsbedarfe konkretisiert und bei Bedarf ein spezifischer Standort festgelegt werden. Mögliche Betreiber:innen eines Regionalen Gesundheitszentrums können sich mit ihrem konkreten Konzept bewerben. Der erweiterte Landesausschuss wählt auf Basis dieser Bewerbungen ein:e Betreiber:in oder ein Konsortium aus, sodass diese mit der Errichtung des Regionalen Gesundheitszentrums beginnen können. Bei der Auswahl der

Betreiber:innen ist sicherzustellen, dass das gesamte Leistungsspektrum angeboten wird.

4. Wie wird ein Regionales Gesundheitszentrum finanziert?

Mit dem Aufbau von Regionalen Gesundheitszentren wird die öffentliche Infrastruktur in den jeweiligen Regionen dauerhaft gestärkt.

FINANZIERUNG UND VERGÜTUNG REGIONALER GESUNDHEITZENTREN (RGZ)

REGELVERSORGUNG

EBM-Vergütung;
GKV-Finanzierung



KOORDINATION UND CASE MANAGEMENT

neue EBM-Leistungen;
GKV-Finanzierung



ANSCHUB- FINANZIERUNG

öffentliche Haushalte



AUFTRAGS- LEISTUNGEN

Kommune



Eine gute gesundheitliche Versorgung steigert die Attraktivität gerade in ländlichen Regionen. Deshalb wird der Aufbau der Regionalen Gesundheitszentren durch die öffentlichen Haushalte finanziell unterstützt. Hierzu werden neue Förderinstrumente geschaffen. Die erbrachten Leistungen innerhalb der Regionalen Gesundheitszentren werden entsprechend der bestehenden Gebührenordnung und den Honorarregelungen abgerechnet.

Spezifische Leistungen der Regionalen Gesundheitszentren werden zusätzlich vergütet

Bestimmte (ärztliche) Koordinierungs- und Kooperationsleistungen sowie (nichtärztliche) Case-Management-Leistungen stärken die Zusammenarbeit innerhalb des Regionalen Zentrums und die Patientenversorgung. Sie sind bislang größtenteils nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Regelversorgung. Daher werden sie als spezifische Leistungen für Regionale Gesundheitszentren definiert und außerhalb der bestehenden Gebührenordnung und Honorarsystematik ohne Mengengrenzung vergütet.

5. Resümee

Durch den Aufbau Regionaler Gesundheitszentren werden vernetzte Strukturen geschaffen, die weit über bisherige Kooperationsformen hinausgehen. Die Vorteile dieses Konzeptes liegen auf der Hand:

- strukturierte Versorgung der Versicherten über Leistungsbereiche hinweg an einem Ort,
- Schaffung eines niedrighschwelligen Versorgungsangebotes für alle Versicherten ohne bürokratische Einschreibeverfahren,
- bundesweit verlässliche Struktur und Leistungsangebot sowie
- Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedarfe durch die Einbindung der regionalen Selbstverwaltungspartner.

Gleichzeitig können die Regionalen Gesundheitszentren aufwandsarm in das bestehende Versorgungs- und Vergütungssystem integriert werden. Sie können damit kurzfristig in Regionen mit bestehenden Versorgungsproblemen – also gerade im ländlichen Raum – aufgebaut werden und den Herausforderungen der demografischen Entwicklung in der Bevölkerung, dem zunehmenden Fachkräftemangel und den Versorgungsunterschieden zwischen Stadt und Land begegnen. ■

3

Modell

„Krankenhausstrukturreform“

3

Für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ist die Etablierung eines gestuften Versorgungsangebotes mit einer flächendeckenden Grundversorgung einerseits und mit einem leistungsfähigen Netz aus hochspezialisierten Maximalversorgern an ausgewählten Standorten andererseits sinnvoll. Diesen Handlungsbedarf zur Anpassung der Strukturen ließ bereits eine Forsa-Umfrage im Auftrag der Ersatzkassen aus dem Jahr 2019 erkennen. Auch wenn die Versicherten die Qualität der Krankenhausversorgung grundsätzlich positiv bewerten, nehmen sie dennoch deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern wahr. Für die Versicherten ist eine wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung wichtig. Bei schweren Erkrankungen oder komplexeren planbaren Eingriffen ist jedoch das Behandlungsergebnis entscheidend, und die Entfernung zu einem qualitativ hochwertigen Krankenhaus spielt eine untergeordnete Rolle.

Versorgung muss schnell verfügbar und hochwertig sein

Die Bedürfnisse der Versicherten stehen bei der Anpassung der Versorgungsstrukturen im Mittelpunkt. Eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung und Krankenhausvergütung fördern die Qualität, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Dazu muss auch das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden.

Die Ersatzkassen fordern deshalb, dass

- bei Krankenhäusern künftig nach bundeseinheitlichen Versorgungsstufen zwischen Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorgern differenziert wird. Dies ermöglicht es, sowohl ausgewählte Standorte mit umfangreicher Ausstattung und personeller Expertise vorzuhalten als auch die Grund- und Notfallversorgung flächendeckend sicherzustellen. In strukturschwachen Regionen besteht zudem die Möglichkeit, geeignete Krankenhäuser in ambulant-stationäre beziehungsweise integrierte Gesundheitszentren (zum Beispiel Regionale Gesundheitszentren) umzuwidmen.
- den einzelnen Versorgungsstufen Leistungsgruppen und -bereiche durch die Bundesebene (zum Beispiel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) zugeordnet werden, sodass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen kann. Dies ermöglicht eine hohe Behandlungsqualität und Spezialisierung. Den Leistungen werden gleichzeitig einzuhaltende Qualitätskriterien zugeordnet.
- die Bundesländer die bundesweiten Kriterien zu den einzelnen Versorgungsstufen unter Berücksichtigung der Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Krankenhausplanung verbindlich umsetzen. Die spezialisierte Versorgung sollte dabei bundeslandübergreifend betrachtet werden.
- in Anlehnung an die verbesserten Versorgungsstrukturen eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems erfolgt: Das DRG-System ist so weiterzuentwickeln, dass notwendige Vorhaltungen in den einzelnen Versorgungsstufen angemessen refinanziert werden. Gleichzeitig müssen die Bundesländer ihrer Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen.

Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ zeigt den Weg für eine neue Krankenhausplanung auf

Mit dem Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ liegen Vorschläge für einen Planungsansatz nach Versorgungsstufen und Leistungsgruppen vor, das jetzt für einen bundesweiten Regelungsrahmen genutzt werden könnte, dessen konkrete Ausgestaltung und Umsetzung den Ländern weiter obliegen soll. Aus verwaltungsökonomischen Gesichtspunkten bietet es sich an, folgende Aufgaben beziehungsweise Umsetzungsschritte zentral auf Bundesebene zu organisieren:

- Übernahme, Pflege bzw. Weiterentwicklung der im Gutachten vorgeschlagenen Leistungsbereiche und -gruppen
- Planungsregionen sollten die Raumordnungsregionen sein
- Dauerhafte Integration von Qualitätsvorgaben des IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (planungsrelevante Qualitätsindikatoren) und der qualitativen Strukturvorgaben, Mindestmengen sowie weiterer Qualitätsdimensionen des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Leistungsgruppen
- Erarbeitung von Leistungsgruppen für ambulante Leistungen
- Entwicklung eines Leistungsgruppen-Groupers, der allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden soll
- Entwicklung eines Instruments zur Analyse und Auswertung des Versorgungsgeschehens
- Aufbau einer digitalen Plattform zur Durchführung eines bundesweiten standardisierten systematischen Leistungscontrollings zur Überwachung der Einhaltung der Qualitätsvorgaben

Versorgung muss transparent und sicher sein

Die Versicherten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung ausschließlich medizinisch begründet ist (Indikationsqualität). Zu einer optimalen Versorgung zählen außerdem qualitativ hochwertige Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern. Hierzu gehören beispielsweise die Einhaltung von Hygienestandards, gut geplante Behandlungsabläufe, die Betreuung und Zuwendung durch geschultes und ausreichend vorhandenes Pflegepersonal sowie qualifizierte und erfahrene ärztliche Behandlungsteams. Hinzu kommen Erwartungen an die Ergebnisqualität, um Komplikationen nach einem Eingriff auf ein Minimum zu reduzieren. Die vier Dimensionen einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Form von Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen transparent dargestellt werden, und sie müssen mithilfe geeigneter Qualitätsindikatoren in die Versichertenberatung und Versorgungsplanung einfließen können.

Die Ersatzkassen fordern deshalb, dass

- bestimmte Mindeststandards an Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität an allen Standorten analog den Versorgungsstufen vorgehalten, nachgewiesen und bei Nichteinhaltung sanktioniert werden.
- die vorhandenen Ansätze zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit in der Versorgung wie Pflegepersonaluntergrenzen, Mindestmengen und G-BA-Strukturrichtlinien konsequent angewendet und ausgeweitet werden.
- durch eine gesetzliche Grundlage ein Qualitätsverzeichnis etabliert wird, das es unseren Versicherten ermöglicht, die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern zu erkennen, und bei ihrer Wahl eines geeigneten Krankenhauses die Behandlungsqualität als Entscheidungsparameter einbezogen werden kann.
- eine gesetzliche Regelung etabliert wird, die es ermöglicht, in Extremfällen ein Krankenhaus mit dauerhaft unzureichender Qualität von der Versorgung ganz, teil- oder zeitweise auszuschließen.

Versorgung muss unabhängig vom Wohnort gesichert sein

Die Versicherten haben unabhängig davon, ob sie auf dem Land oder in der Stadt wohnen, einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Für die Bevölkerung auf dem Land gehört autonome Mobilität zum Alltag; dennoch bedarf es in Notfällen eines schnellen Rettungsdienstes. Eine ambulant-stationäre Grundversorgung muss zudem in der Stadt und auf dem Land rund um die Uhr in angemessener Entfernung sichergestellt sein. Für die spezialisierte Maximalversorgung steht Qualität und nicht die Erreichbarkeit im Vordergrund. Eine reibungslose Organisation der Transporte muss auch hier gewährleistet werden.

Grundversorger in ländlichen Regionen sind aufgrund der geringen Fallzahlen oft nicht wirtschaftlich betreibbar, aber keinesfalls verzichtbar. Hingegen werden Krankenhäuser mit einer hohen Fallzahl durch das DRG-System begünstigt.

Die Ersatzkassen fordern deshalb, dass

- die Digitalisierung dazu genutzt wird, flächendeckend alle bedarfsnotwendigen Behandlungsformen mit entsprechender Qualität anzubieten.
- eine Anpassung der Kalkulationssystematik der DRG-Fallkosten erfolgt, die die vorhandenen Instrumente wie beispielsweise den krankenhausindividuellen Sicherstellungszuschlag der Kinder- und Jugendmedizin einbindet. Die Kostenunterschiede zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstufen müssen dabei berücksichtigt werden.
- die krankenhausplanerische Fokussierung auf ambulant-stationäre beziehungsweise integrierte Einrichtungen zur Grund- und Notfallversorgung – vor allem in ländlichen Regionen – erfolgt. Durch eine konzentrierte Leistungserbringung wird sichergestellt, dass in der Stadt und auf dem Land erfahrene und gut eingespielte Behandlungsteams rund um die Uhr zur Verfügung stehen. In Ballungsgebieten verhindert diese differenzierte, aber vor allem konzentrierte Planung zugleich den unerwünschten Wettbewerb um fehlendes Personal und Investitionsmittel an zu vielen Standorten zulasten der Versicherten.

Versorgung muss zunehmend ambulanter angeboten werden

Der Ausbau der ambulanten Versorgung ist ein zentraler Bestandteil einer zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft. Die Versicherten möchten immer häufiger bei kleineren Eingriffen ambulant behandelt werden, damit sie sich in gewohnter Umgebung im häuslichen Umfeld und mit der Unterstützung ihrer Familie bestmöglich erholen können. Dieser Anspruch ist, wann immer es medizinisch möglich und sinnvoll ist, zu fördern. Zudem gilt es, unnötige Komplikations- und Infektionsrisiken zu vermeiden.

Die Ersatzkassen fordern deshalb, dass

- der Ausbau einer ambulanten Versorgung, die primär den Versicherten und den Beitragszahler:innen dient, vorangetrieben wird. Die Schaffung eines Katalogs für stationersetzende Maßnahmen ist ein wichtiger erster Schritt, um den negativen Anreizmechanismen entgegenzuwirken.
- umfassende Prüfungsmöglichkeiten durch die Medizinischen Dienste beibehalten werden, um verbleibenden Fehlanreizen und möglichen Mängeln in der Qualität der Indikationsstellung angemessen begegnen zu können.
- perspektivisch die gesetzlichen Grundlagen und Strukturen so ausgestaltet werden, dass eine sektorenübergreifende Planung erfolgen kann, die regionale Besonderheiten abbildet und den Prozess der Ambulantisierung vorantreibt. So werden Doppelstrukturen zurückgefahren und Ressourcen sinnvoll genutzt. ■

4

Modell „Reform der Notfall- versorgung“

4

Die Strukturen der Notfallversorgung sind grundlegend reformbedürftig. Um dem Problem der steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen zu begegnen, sollten Portalpraxen an Krankenhäusern, die rund um die Uhr an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eingerichtet werden. Eine Portalpraxis sollte mit Ärzt:innen der Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben werden. Die Portalpraxis sollte immer aus einem zentralen gemeinsamen Tresen (Anlaufstelle) bestehen, die die Behandlungsbedürftigkeit (notfallmedizinische Ersteinschätzung) abklärt und den Notfallpatient:innen den Weg zu den Vertragsärzt:innen in die Notdienstpraxis oder Notaufnahme weist. Zusätzlich kann eine Portalpraxis eine kassenärztliche Notdienstpraxis beinhalten, in der die ambulante Notfallbehandlung durchgeführt wird (organisatorisch von der Notaufnahme getrennt). Eine bundesweit einheitliche und gute Versorgung der Notfallversorgung ist für die Ersatzkassen besonders wichtig. Unter folgenden Bedingungen sollte die Notfallversorgung reformiert werden:

Sicherstellungsauftrag bleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

Der Sicherstellungsauftrag für die Notfallbehandlung bleibt weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sollen eine bundesweit einheitlich vorgegebene Mindestzahl von Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen garantieren. Wenn die erforderlichen Ärzt:innen für die Notfallbehandlung nicht bereitgestellt werden können, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsverträge mit den Krankenhäusern oder Krankenhausärzt:innen schließen.

Portalpraxen einrichten

Um dem Problem der steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen zu begegnen, sollen Portalpraxen an Krankenhäusern eingerichtet werden. Eine Portalpraxis besteht immer aus einer zentralen Anlaufstelle, an die sich Patient:innen im Notfall wenden können und von der aus sie in die für sie angemessene Versorgungsstruktur weitergeleitet werden. Zusätzlich soll in möglichst vielen Portalpraxen eine kassenärztliche Notdienstpraxis integriert sein, in der die ärztliche Behandlung der ambulanten Notfallpatient:innen erfolgt. Grundlage für die Einrichtung der Portalpraxen soll das vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitete gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sein. Zentrale Anlaufstellen sollen an allen Krankenhäusern eingeführt werden, die gemäß diesem gestuften System 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine Notaufnahme betreiben.

Verlässliche Öffnungszeiten

Die mit den Portalpraxen eingeführten zentralen Anlaufstellen sollen rund um die Uhr verfügbar sein und damit auch eine ambulante ärztliche Notfallversorgung zu jeder Zeit sicherstellen. In Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus ist daher klar festzulegen, welche konkreten Strukturen vor Ort zur Verfügung stehen, in die ambulante Notfallpatient:innen weitergeleitet werden können.

Grundsätzlich sollen innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten niedergelassene Ärzt:innen weiterhin die primären Ansprechpartner:innen für ambulante Notfallpatient:innen sein. Außerhalb dieser Sprechstundenzeiten übernehmen in der Regel die Notdienstpraxen die Versorgung dieser Patient:innen.

Standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patient:innen etablieren

Vielerorts gibt es keine Absprachen zwischen Notdienstpraxis und Notaufnahme darüber, wie die Patient:innen in die jeweils angemessene Versorgungsstruktur gelenkt werden sollen. Zudem fehlt bisher eine standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patient:innen, um diese gezielt den Leistungserbringer:innen zuzuweisen.

Mithilfe einer solch standardisierten Einschätzung soll gewährleistet werden, dass die Patient:innen einheitlich und nachvollziehbar der entsprechenden Versorgungsstruktur zugeordnet werden. Dabei kann auf bereits bestehende, algorithmusbasierte Triage-Systeme zurückgegriffen werden. Diese müssen weiterentwickelt werden, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Gemeinsame Leitstellen einrichten

In der Regel sind die Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (116 117) sowie die Rettungsleitstellen (112) unabhängig voneinander organisiert. Zur Vermeidung von unnötigen Rettungsdiensteinsätzen bei ambulanten Notfallpatient:innen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Rettungsleitstellen besser kooperieren. Ideal wäre eine vollständige Integration der Leitstellen, sodass eingehende Anrufe rund um die Uhr an die jeweils zuständige Leitstelle zügig übergeben werden können. In der gemeinsamen Leitstelle soll eine standardisierte Notrufabfrage (Ersteinschätzung) anhand von einheitlichen Kriterien erfolgen, wodurch Patient:innen gezielt der für sie angemessenen Versorgungsstruktur zugeordnet werden können.

Qualifikation des Personals sicherstellen

Die Mediziner:innen, die an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen, müssen für die speziellen Anforderungen entsprechend qualifiziert sein. Da im Notdienst Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen eingesetzt werden, die nicht immer die gleichen Erfahrungen im Umgang mit ambulanten Notfallpatient:innen haben, müssen bundesweit verbindliche Anforderungen für die Qualifikation der im Notdienst eingesetzten Ärzt:innen definiert werden.

Strukturierte Qualifikationsprofile sowie Fortbildungsangebote sollen auch für das in der ambulanten Notfallversorgung eingesetzte nicht-ärztliche Personal etabliert werden. Für Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und Leitstellenmitarbeiter:innen soll neben ausreichenden praktischen Erfahrungen in der Patientenversorgung auch die Qualifikation zur Durchführung einer standardisierten Einschätzung beziehungsweise Notrufabfrage verpflichtend sein.

Patientenkompetenzen stärken

Die Voraussetzung für eine funktionierende ambulante Notfallversorgung bilden die bereits beschriebenen Maßnahmen. Diese veränderten Strukturen der ambulanten Notfallversorgung sollten der Bevölkerung durch Informations- und Aufklärungskampagnen bekannt gemacht werden. Auf diese Weise werden die Patient:innen befähigt, in Notfallsituationen eine angemessene Entscheidung zu treffen. ■



Die vdek-Landesvertretungen

BADEN-WÜRTTEMBERG

Christophstraße 7 · 70178 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 2 39 54-0
Fax: 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail: lv-baden-wuerttemberg@vdek.com
 @vdek_BW

HAMBURG

Sachsenstraße 6 (Haus D) · 20097 Hamburg
Tel.: 0 40 / 41 32 98-0
Fax: 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail: lv-hamburg@vdek.com
 @vdek_HH

BAYERN

Arnulfstraße 201 a · 80634 München
Tel.: 0 89 / 55 25 51-0
Fax: 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail: lv-bayern@vdek.com

HESSEN

Walter-Kolb-Straße 9-11 · 60594 Frankfurt/M.
Tel.: 0 69 / 96 21 68-0
Fax: 0 69 / 96 21 68-90
E-Mail: lv-hessen@vdek.com
 @vdek_HE

BERLIN-BRANDENBURG

Friedrichstraße 50-55 · 10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 25 37 74-0
Fax: 0 30 / 25 37 74-19 oder -26
E-Mail: lv-berlin.brandenburg@vdek.com

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Werderstraße 74 a, III. OG · 19055 Schwerin
Tel.: 03 85 / 52 16-0
Fax: 03 85 / 52 16-1 11
E-Mail: lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

BREMEN

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

NIEDERSACHSEN

Schillerstraße 32 · 30159 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 03 97-0
Fax: 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail: lv-niedersachsen@vdek.com

NORDRHEIN-WESTFALEN

Ludwig-Erhard-Allee 9 · 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 84 10-0
Fax: 02 11 / 3 84 10-20
E-Mail: lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

GESCHÄFTSSTELLE WESTFALEN-LIPPE

Königswall 44-46 · 44137 Dortmund
Tel.: 02 31 / 9 17 71-0
Fax: 02 31 / 9 17 71-30
E-Mail: gs-westfalen-lippe@vdek.com

RHEINLAND-PFALZ

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 · 55130 Mainz
Tel.: 0 61 31 / 9 82 55-0
Fax: 0 61 31 / 83 20-15
E-Mail: lv-rheinland-pfalz@vdek.com
 @vdek_RLP

SAARLAND

Heinrich-Böcking-Straße 6-8 · 66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 9 26 71-0
Fax: 06 81 / 9 26 71-19
E-Mail: lv-saarland@vdek.com
 @vdek_SL

SACHSEN

Glacisstraße 4 · 01099 Dresden
Tel.: 03 51 / 8 76 55-0
Fax: 03 51 / 8 76 55-43
E-Mail: lv-sachsen@vdek.com
 @vdek_SAC

SACHSEN-ANHALT

Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg
Tel.: 03 91 / 5 65 16-0
Fax: 03 91 / 5 65 16-30
E-Mail: lv-sachsen-anhalt@vdek.com

SCHLESWIG-HOLSTEIN

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

THÜRINGEN

Lucas-Cranach-Platz 2 · 99097 Erfurt
Tel.: 03 61 / 4 42 52-0
Fax: 03 61 / 4 42 52-28
E-Mail: lv-thueringen@vdek.com



BARMER

DAK
Gesundheit

KKH Kaufmännische
Krankenkasse

hkk
KRANKENKASSE

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

vdek Die Ersatzkassen

Impressum

Herausgeber:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31-0

E-Mail: info@vdek.com

Internet: www.vdek.com

 [@vdek_Presse](https://twitter.com/vdek_Presse)

Verantwortlich für die Inhalte:

Dr. Jörg Meyers-Middendorf

Abteilung Politik / Selbstverwaltung

Redaktion:

Abteilung Kommunikation

Bildnachweis:

Seite 1: ©Stefanamer / iStock / Getty Images Plus | ©LumiNola / iStock / Getty Images | ©alvarez / iStock / Getty Images | ©ferrantraite / iStock / Getty Images

Seite 4: @vdek / Georg J. Lopata

Seite 44: ©Geber86 / iStock / Getty Images | ©AJ_Watt / iStock / Getty Images | ©kalig / iStock / Getty Images | ©bojanstory / iStock / Getty Images | ©Geber86 / iStock / Getty Images

Gestaltung:

Schön und Middelhaufe GbR, Berlin

Druck:

PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Stand:

8. Juli 2022

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31-0

E-Mail: info@vdek.com

Internet: www.vdek.com

