

Gesprächspartner vdek-Neujahrs-Pressekonferenz:

**Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2023**

- Markt- und Finanzsituation der Ersatzkassen und GKV
- Reformbedarf in der Versorgung (Krankenhausversorgung, Digitalisierung, Psychotherapie)
- Umgang der Politik mit der Selbstverwaltung/Sozialwahl 2023

**am 24. Januar 2023**

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

**Uwe Klemens**

Ehrenamtlicher  
Verbandsvorsitzender  
Verband der Ersatzkassen e. V.

**Ulrike Elsner**

Hauptamtliche  
Vorstandsvorsitzende  
Verband der Ersatzkassen e. V.

**Michaela Gottfried**

Pressesprecherin und  
Abteilungsleiterin Kommunikation  
Verband der Ersatzkassen e. V.

## Pressemitteilung

**Presse: Michaela Gottfried**

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

 @vdek\_presse

24. Januar 2023

### **vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens zur Gesundheitspolitik 2023 Verlässliche GKV-Finanzierung und Stärkung der Selbstverwaltung/ Mehr Tempo bei der elektronischen Patientenakte (ePA)**

Der ehrenamtliche Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Uwe Klemens, fordert die Politik auf, rasch einen neuen Anlauf zu nehmen, um die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2024 nachhaltig zu stabilisieren. „Zwar sind die Finanzen in 2023 gesichert. Die Ausgabenspirale dreht sich weiter. 2023 erwarten wir einen Anstieg der Ausgaben um rund 5 Prozent, in 2024 um weitere 4 Prozent, verursacht durch Mengen- und Preissteigerungen in allen Leistungsbereichen.“ Gleichzeitig werden sich die Einnahmen verringern, weil einmalige Maßnahmen für das Jahr 2023 entfallen wie der erhöhte Bundeszuschuss oder der Vermögensabbau der Krankenkassen mit einem Gesamtvolumen von rund 9 Milliarden Euro. „Wir brauchen nachhaltige Finanzreformen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite“, so Klemens.

### **Mehr Beteiligung der Selbstverwaltung an politischen Entscheidungen**

Klemens wandte sich gegen weitere unmittelbare Eingriffe des Staates in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, um damit kurzfristig politische Projekte umzusetzen. „Dies sind die Beitragsmittel der Versicherten und Arbeitgeber.“ Problematisch sei daher auch die geplante Finanzierung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), wofür die Krankenkassen 15 Millionen Euro jährlich zahlen sollen, „ohne dass sie über die Selbstverwaltung an der Entscheidung über die Verwendung der Gelder beteiligt werden.“ Auch bei der Krankenhausreform verweigere der Bundesgesundheitsminister der gemeinsamen Selbstverwaltung das Mitgestaltungsrecht. Mit Blick auf die bevorstehende Sozialwahl 2023 forderte der Verbandsvorsitzende ein Umdenken und klare Signale der Politik zur Stärkung der Selbstverwaltung.

### **Mehr Drive für die elektronische Patientenakte (ePA)**

Mehr Tempo forderte Klemens in Sachen ePA. Erst 1 Prozent aller GKV-Versicherten hätte eine ePA angelegt, das seien nur 600.000 Versicherte. Positiv wertete er, dass die Bundesregierung in den nächsten Monaten die Rahmenbedingungen für das geplante Opt-Out-Verfahren (alle Versicherten erhalten eine ePA, es sei denn sie widersprechen) – schaffen will. Das Opt-Out-Verfahren sollte auch für das Lesen und Einstellen der Informationen gelten, damit die ePA rasch und unkompliziert befüllt und gelesen werden kann. „Um eine Versorgungsverbesserung zu erreichen, müssen wir die Balance zwischen Datenschutz und Nutzen besser austarieren“, so der Appell an den Datenschutz und die Politik.

### **Ersatzkassen: Marktführerschaft ausgebaut**

Die Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse) sind mit einem Marktanteil von 38,3 Prozent weiterhin Marktführer unter den gesetzlichen Krankenkassen. Nach der jüngsten Erhebung vom Dezember 2022 sind 28,5 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert. Das sind 250.000 mehr als im Dezember 2021. „Die Menschen vertrauen den bundesweit tätigen Ersatzkassen. Das spornt uns an, weiterhin eine gute Versorgung für sie zu organisieren“, so Klemens abschließend.

Aktuelle Fotos des vdek-Verbandsvorsitzenden für die Berichterstattung finden Sie [in unserem Bildarchiv](#).

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK), Twitter: @TK\_Presse
- BARMER, Twitter: @BARMER\_Presse
- DAK-Gesundheit, Twitter: @DAKGesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse, Twitter: @KKH\_Politik
- hkk – Handelskrankenkasse, Twitter: @hkk\_Presse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse, Twitter: @HEKonline

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek-Zentrale in Berlin sind mehr als 290 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 380 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

**Uwe Klemens**

Ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz

**Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2023**

am 24. Januar 2023

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich und wünsche Ihnen noch ein gutes und vor allem gesundes neues Jahr. Zunächst möchte ich einen Blick auf die Marktlage der Ersatzkassen und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werfen.

Die Ersatzkassen bleiben die beliebteste Kassenart in der GKV. Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir sowohl bei den Mitglieds- als auch den Versichertenzahlen noch zulegen. Insgesamt sind nach der jüngsten Erhebung vom Dezember 2022 28,5 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert, rund 250.000 mehr als im Dezember 2021. Mit bundesweit 38,3 Prozent Marktanteil sind wir nach wie vor Marktführer in der GKV – und das seit nunmehr 14 Jahren in Folge. Ein Blick auf die Bundesländer zeigt auch, dass die Ersatzkassen in elf Bundesländern die Marktführerschaft innehaben. In Berlin, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein versichern sie sogar mehr als 50 Prozent der gesetzlich Versicherten.

Die Menschen vertrauen den bundesweit tätigen Ersatzkassen – das spornt uns an, weiterhin eine gute Versorgung für sie zu organisieren.

Dazu brauchen wir eine verlässliche und nachhaltige Finanzierung der GKV. Mit dem im vergangenen Jahr verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sind die Finanzen 2023 gesichert. Das gesetzliche Maßnahmenpaket aus Bundeszuschuss, Darlehen, Abbau der Rücklagen der Krankenkassen sowie des Gesundheitsfonds, Effizienzreserven der Leistungserbringenden sowie der Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes kann die GKV kurzfristig stabilisiert werden.

Doch die Ausgabenspirale geht weiter nach oben. 2023 erwarten wir einen Anstieg der Leistungsausgaben um rund 5 Prozent durch Mengen- und Preissteigerungen in allen Leistungsbereichen. Und 2024 werden die Ausgaben der GKV nach unserer Schätzung weiter um rund 4 Prozent steigen. Gleichzeitig werden sich die Einnahmen verringern, weil einmalige Maßnahmen aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz in 2023 in Höhe von zusammen 9 Milliarden Euro entfallen wie zum Beispiel der Bundeszuschuss oder der Vermögensabbau der Krankenkassen.

Eine nachhaltige Finanzreform der GKV muss deshalb weiter ganz oben auf der politischen Agenda stehen. Sonst werden die Zusatzbeitragssätze 2024 weiter steigen. Unsere Forderungen sind nach wie vor die gleichen: die kostendeckende Finanzierung der Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld (Einsparungen: rund zehn Milliarden Euro), die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von

19 auf sieben Prozent (Einsparungen: sechs bis sieben Milliarden Euro) und eine Dynamisierung des Steuerzuschusses, wie im Koalitionsvertrag vereinbart. Mit diesen Maßnahmen könnte die GKV deutlich entlastet werden.

Was dagegen nicht mehr geht, ist, die Finanzlöcher aus den Rücklagen der Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Das hindert die Politik aber nicht daran, auf die noch vorhandenen minimalen Reserven des Gesundheitsfonds zuzugreifen, um damit kurzfristige politische Projekte umzusetzen. Jüngstes Beispiel sind die durchaus berechtigten Vorhaltekosten im Krankenhaus für die Bereiche Kinder- und Jugendheilkunde und Geburtshilfe. Hier werden ohne Beteiligung der Selbstverwaltung den Bundesländern 2023 und 2024 jeweils 378 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Das Geld wird politisch verteilt nach dem sogenannten Königssteiner Schlüssel – einem Verteilungsschlüssel, der aus Versorgungssicht unsinnig ist und nicht die tatsächlichen Bedarfe berücksichtigt.

Ein weiteres Beispiel ist der Kabinettsentwurf zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die Krankenkassen sollen 15 Millionen Euro jährlich zahlen, ohne dass sie über die Selbstverwaltung an der Entscheidung über die Verwendung der Gelder beteiligt werden. Das sind aber Gelder der Beitragszahlenden und kein Nebenetat oder Sondervermögen des Bundesgesundheitsministeriums.

Hier zeigt sich auch ein problematischer Umgang der Politik mit der Selbstverwaltung. Äußerungen aus der Gesundheitspolitik zeigen deutlich, dass die Rechte und die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung eingeschränkt werden sollen. Die Selbstverwaltung wird als intransparente Lobbygruppe bezeichnet. Ihr wird ein Mitgestaltungsrecht, zum Beispiel bei der Krankenhausreform, verweigert. Ob der Staat es besser kann als die Selbstverwaltung, daran habe ich meine Zweifel. Die ausgabenintensive Gesundheitspolitik der letzten Regierungen noch vor Corona hat dazu geführt, dass wir aktuell von Jahr zu Jahr die Finanzierungslöcher in der GKV stopfen müssen. Und wir stellen nicht fest, dass dadurch die Versorgung zwangsläufig qualitativ besser geworden ist.

Wir – die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten – sind dafür da, die Beitragszahlenden vor Überforderung zu schützen und für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sorgen. In den kommenden Jahren wird das enorm wichtig sein, denn es geht darum, das Versorgungsniveau bei steigenden Anforderungen zu wahren und dies auch finanziell stemmen zu können. Wir stehen zu unserer Verantwortung! Wir haben ein Interesse daran, die Versorgung nachhaltig und qualitativ im Sinne der Versicherten zu verbessern.

Meine Damen und Herren,

in diesem Jahr steht wieder die Sozialwahl an. Das ist ein zutiefst demokratischer Wahlakt. Das Handeln der ehrenamtlich tätigen Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter erhält damit seine Legitimation. Wir arbeiten daran, die Sozialwahl auch als Online-Wahl stattfinden zu lassen. Dies stellt uns vor große technische Herausforderungen. Zudem müssen die Wahllisten künftig mindestens zu 40 Prozent weiblich besetzt sein. Das ist ein Meilenstein und trägt zur Modernisierung und Repräsentativität der Selbstverwaltung bei. Wir Ersatzkassen bieten unseren Versicherten eine echte Wahl und haben uns bewusst gegen eine sogenannte Friedenswahl entschieden. Bei den Ersatzkassen sind rund 22 Millionen Versicherte wahlberechtigt, mit der Deutschen Rentenversicherung zusammen sind es rund 52 Millionen Menschen. Bezogen auf die Zahl der Wahlberechtigten ist die Sozialwahl damit nach der Europa- und der Bundestagswahl die drittgrößte Wahl in Deutschland.

Den Versicherten werden ab dem 20. bis zum 28. April die Wahlunterlagen zugeschickt. Dann heißt es: wählen und die Demokratie in den Sozialversicherungssystemen stärken.

Meine Damen und Herren,

als Vertreter der Versicherten liegt es mir besonders am Herzen, dass die GKV einen einfachen Zugang zu einer modernen Gesundheitsversorgung ermöglicht. Deshalb brauchen wir im Jahr 2023 dringend Fortschritte im Bereich der Digitalisierung. Ich möchte zunächst zwei positive Beispiele ansprechen, die zeigen, wie digitale Prozesse zu guten Lösungen führen:

- Seit Jahresbeginn wird auch die zweite Stufe der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgreich umgesetzt. Damit entfällt für Millionen Versicherte der Versand des „gelben Scheins“ an ihre Arbeitgeber – immerhin jährlich etwa 77 Millionen Dokumente. Die Krankenkassen erhalten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bereits seit Mitte 2022 auf digitalem Weg.
- Ebenfalls zum Jahresbeginn wurde das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren im Zahnarztbereich eingeführt, zum Beispiel bei Zahnersatz oder kieferorthopädischen Behandlungen. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten erheblich reduziert und die Versicherten können schneller behandelt werden.

Versichertenfreundliche Lösungen brauchen wir in diesem Jahr auch bei der elektronischen Patientenakte, kurz ePA. Ihre Potenziale für die Versorgung sind seit Jahren bekannt – gerade deshalb kann uns die Zahl von knapp 600.000 angelegten ePA nicht zufriedenstellen. Das sind weniger als ein Prozent aller GKV-Versicherten.

Es ist daher gut und richtig, dass die Bundesregierung in den nächsten Monaten die Rahmenbedingungen für das sogenannte Opt-Out-Verfahren schafft. Auf diese Weise erhalten alle Versicherten eine ePA – es sei denn, sie widersprechen. Doch mit 74 Millionen leeren ePA erreichen wir noch keine Versorgungsverbesserung.

Erst mit einer strukturierten und regelmäßig befüllten ePA kommen wir wirklich voran. Dafür müssen wir die Balance zwischen Datenschutz und Nutzen für Versicherte und Versorgung neu austarieren: Die Befüllung der ePA und der Zugriff darauf muss für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Regelfall sein – ohne dass es ein kompliziertes Freigabeverfahren gibt. Das Opt-Out-Verfahren muss also nicht nur für die Einrichtung der ePA gelten, sondern auch für das Lesen und Einstellen von Informationen. Hier erwarten wir von der Politik ein stimmiges Gesamtpaket und bringen uns gerne mit unseren Überlegungen ein.

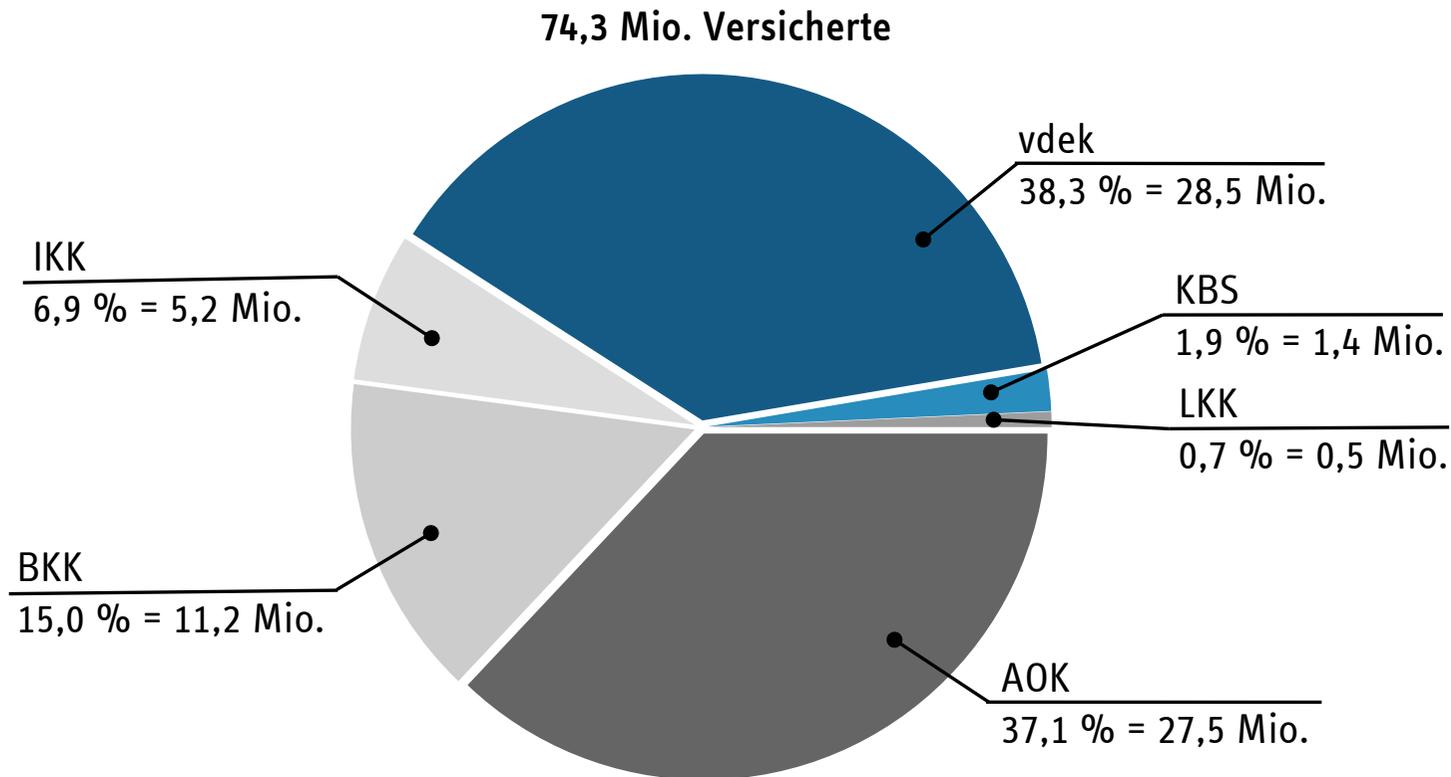
Gleichzeitig müssen wir auch die Nutzung der ePA in den Arztpraxen vereinfachen. Konkret bedeutet das aus unserer Sicht:

- Leistungserbringende müssen verpflichtet werden, bestimmte Inhalte in die ePA aufzunehmen wie Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Impfdaten und Medikationsinformationen sowie Entlassbriefe nach einer Krankenhausbehandlung.
- Ärztinnen und Ärzte müssen auf Daten aus der ePA im Praxisalltag einfach und schnell zugreifen können. Statt einer reinen Dokumentenablage müssen die Informationen dort in strukturierter Form vorliegen, damit sie schnell ausgewertet und genutzt werden können.
- Nicht zuletzt müssen wir auch die Anbieter von Softwaresystemen für Arztpraxen und Krankenhäuser stärker in die Pflicht nehmen. Es sollten nur noch Anwendungen zum Einsatz kommen dürfen, die eine nutzerfreundliche Verwendung der ePA und der anderen Telematik-Anwendungen ermöglichen. Hierfür brauchen wir ein erweitertes Zertifizierungsverfahren.

Wir hoffen außerdem, dass im Laufe des Jahres auch das elektronische Rezept flächendeckend eingeführt und dann einfach mit Einstecken der Gesundheitskarte in der Apotheke eingelöst werden kann. Auch hier fordern wir – gerade von den Datenschutzbehörden – einen stärkeren Fokus auf konstruktive und versichertenfreundliche Lösungen. Wir wollen eine vernünftige Versorgung für

unsere Versicherten. Dazu gehört in diesen Zeiten vor allem eine funktionierende Digitalisierung im Gesundheitswesen.

# GKV - Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten in Prozent und Millionen 1. Dezember 2022

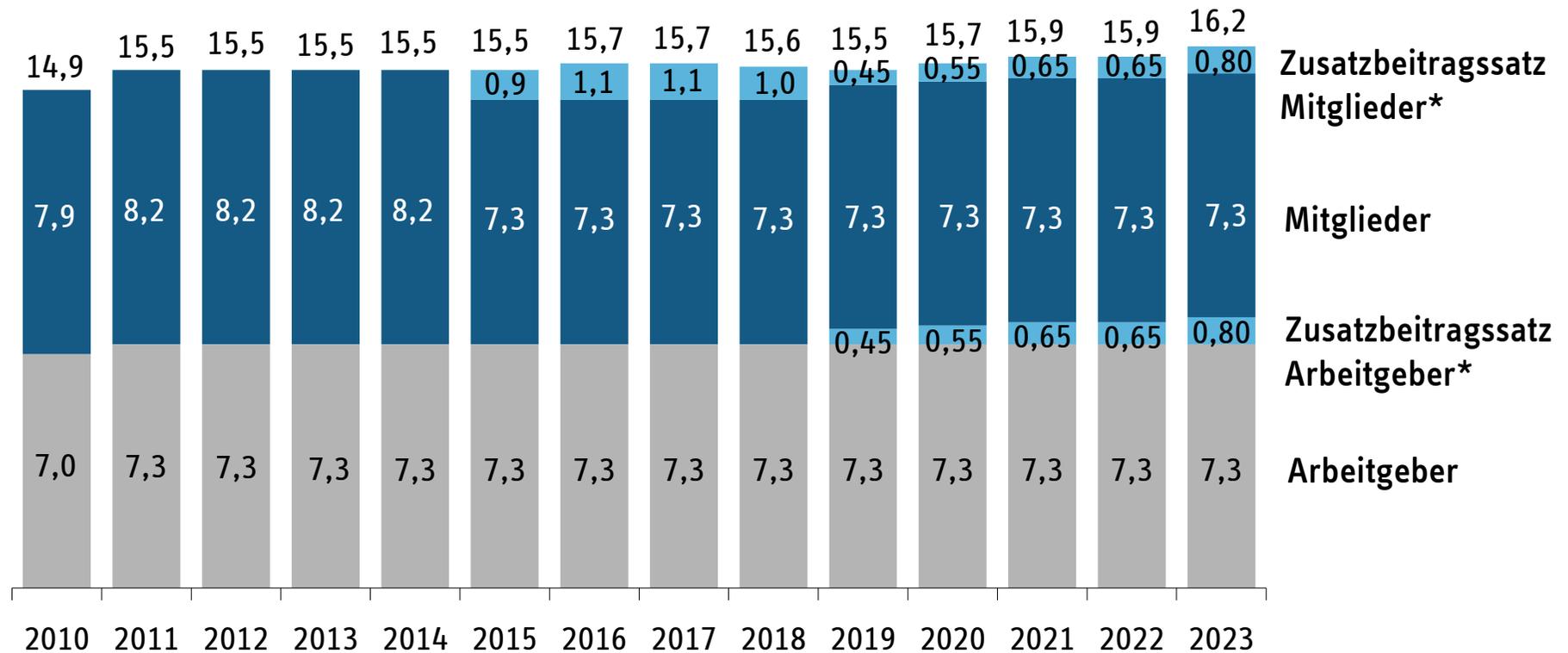


Versicherte	
vdek:	28.459.619
AOK:	27.525.704
BKK:	11.168.736
IKK:	5.158.096
KBS:	1.429.675
LKK:	529.216
GKV:	74.271.046

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG.

## GKV - Beitragssätze

Mitglieder- und Arbeitgeberanteile in Prozent  
2010 - 2023



Quelle: vdek.

\*Durchschnittlicher vom BMG festgelegter Zusatzbeitragssatz

## GKV - Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Direkte Entnahmen durch Gesetzgeber in Mio. EUR  
ab 2016

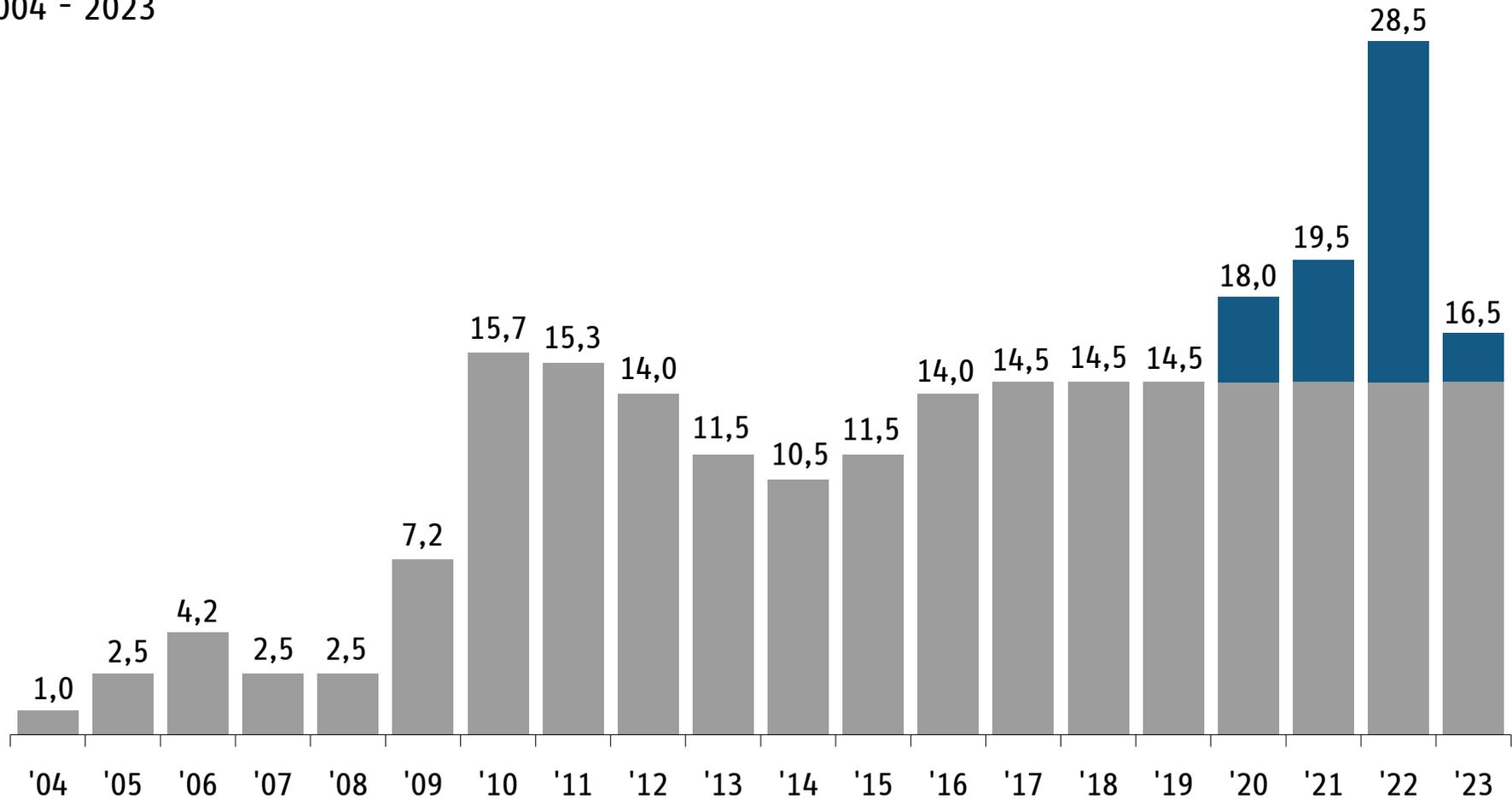


	2016 bis 2021	ab 2022*
Krankenhausstrukturfonds	2016 – 2021: 490 Mio. EUR	2022 – 2023: 800 Mio. EUR
Innovationsfonds	2016 – 2021: 735 Mio. EUR	2022 - 2024: 100 Mio. EUR jährlich
Coronabedingte Finanzierungslasten	2020: ca. 2.400 Mio. EUR	
Förderung für Geburtshilfe u. Pädiatrie		2023 – 2024: 756 Mio. EUR

Quelle: vdek.

\*Geplantes Ausgabevolumen

# GKV - Bundeszuschuss in Milliarden EUR 2004 - 2023



Quelle: vdek.

Seit 2020: Aufstockung durch Sonderbundeszuschuss

## Pressemitteilung

**Presse: Michaela Gottfried**

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

 @vdek\_presse

24. Januar 2023

vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner zur Gesundheitspolitik 2023  
**„Mehr Qualität in der Versorgung – Beitragsgelder zielgerichtet einsetzen“**  
**Im Fokus: Krankenhausreform und Reform der psychotherapeutischen Versorgung**

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird in diesem Jahr nahezu 300 Milliarden Euro für die gesundheitliche Versorgung aufwenden, fast 5 Prozent mehr als im Vorjahr. Bei den anstehenden Reformen in der Versorgung komme es deshalb darauf an, die Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber richtig einzusetzen und die Versorgungsstrukturen und -prozesse modern und in hoher Qualität zu gestalten, so die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner, auf einer Neujahrs-Pressekonferenz in Berlin. Die Parole der „Entökonomisierung des Systems“ sei dabei wenig hilfreich. „Allein mit mehr Geld verbessern wir nicht die Versorgung. Und die Versorgung muss auch bezahlbar bleiben“, so Elsner.

### **Krankenhausreform: Erst Struktur-, dann Finanzierungsreform**

Elsner begrüßte grundsätzlich die Pläne der Koalition für eine umfassende Krankenhausreform. Der von der Regierungskommission vorgesehene Umbau der Krankenhausstrukturen nach Versorgungsstufen und Leistungsgruppen schaffe Standards, fördere die Spezialisierung und steigere damit die Versorgungsqualität. „In Sachen Qualität können wir deutlich besser werden“, so Elsner.

Auch sei die von der Regierungskommission vorgeschlagene Vorhaltekostenfinanzierung vom Grundsatz her nachvollziehbar. Problematisch sei hingegen, die Vorhaltekostenfinanzierung auf den derzeitigen Strukturen von Fehl- und Überversorgung in Ballungszentren aufzubauen. Elsner: „Bevor wir über Vorhaltefinanzierung aller 1.700 Krankenhäuser reden, sollten erst bedarfsgerechte Strukturen geschaffen

werden.“ Elsner forderte auch eine Einbindung der Krankenkassen bei der Ausgestaltung der Krankenhausstrukturreform nach dem Vorbild von Nordrhein–Westfalen und Niedersachsen.

### **Ersatzkassen zur Reform der psychotherapeutischen Versorgung**

Die vdek–Vorstandsvorsitzende stellte ein Forderungspapier der Ersatzkassen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung vor: „Das psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland mit direktem Zugang und ohne Zuzahlung durch die Versicherten ist weltweit einmalig. 38.000 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten sind in der ambulanten Versorgung tätig. Verbesserungen benötigen wir aber in puncto Wartezeiten, Erreichbarkeit und Ausweitung der Gruppentherapie.“

Die Ersatzkassen fordern deshalb eine verbesserte Vermittlungsarbeit durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese seien häufig die ersten Anlaufstellen für schwere Fälle. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten verpflichtet werden, die Hälfte ihrer freiwerdenden Behandlungskapazitäten an die Terminservicestellen zu melden. Bei der Nachbesetzung von Praxissitzen sollten zudem Therapieverfahren bevorzugt werden, die schnellere Therapieerfolge versprechen, etwa die neu zugelassene Systemische Therapie. Und schließlich sollte das Angebot der Gruppentherapie gesteigert werden. Hierfür bietet sich eine besondere Zulassung der Psychiatrischen Institutsambulanzen an.

Aktuelle Fotos der vdek–Vorstandsvorsitzenden für die Berichterstattung finden Sie [in unserem Bildarchiv](#).

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK), Twitter: @TK\_Presse
- BARMER, Twitter: @BARMER\_Presse
- DAK–Gesundheit, Twitter: @DAKGesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse, Twitter: @KKH\_Politik
- hkk – Handelskrankenkasse, Twitter: @hkk\_Presse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse, Twitter: @HEKonline

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten–Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek–Zentrale in Berlin sind mehr als 290 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 380 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

**Ulrike Elsner**

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs–Pressekonferenz

**Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2023**

am 24. Januar 2023

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

ich möchte Ihren Blick auf die anstehenden Versorgungsthemen lenken. Wir werden in diesem Jahr nahezu 300 Milliarden Euro für die gesundheitliche Versorgung aufwenden – viel Geld und erneut fast 5 Prozent mehr als im Vorjahr. Deshalb kommt es darauf an, die Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber richtig einzusetzen und die Versorgungsstrukturen und –prozesse zu optimieren. Unser Ziel ist es, die Versorgung für die Versicherten modern und in hoher Qualität zu gestalten.

In jüngster Zeit wird gebetsmühlenartig die „Entökonomisierung des Systems“ gefordert. Doch allein mit mehr Geld verbessern wir nicht die Versorgung. Und die Versorgung muss auch bezahlbar bleiben.

Ganz oben auf der Agenda steht für uns die Krankenhausreform inklusive einer Reform der Notfallversorgung. Die Vorschläge der Krankenhauskommission bilden hierfür einen guten Ansatz. Wir unterstützen ausdrücklich den vorgeschlagenen Umbau der Krankenhausstrukturen nach Versorgungsstufen, denen dann jeweils Leistungsgruppen zugeordnet werden. Das schafft Standards und steigert die Versorgungsqualität. Da können wir in Deutschland besser werden. Zwar haben wir für ausgewählte Behandlungen Mindestmengen und Qualitätsindikatoren, doch es mangelt an der Umsetzung. So zeigte sich für 2021 für den Bereich der Knie-Endoprothesenoperationen, dass 20 Prozent der Krankenhäuser, die diese Leistung anboten, die erforderliche Mindestmenge von 50 pro Jahr nicht erreichten. Bei den sogenannten „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ sind 94 Prozent der Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen nur gering bis mittel spezialisiert. Deshalb: Eine Krankenhausstrukturreform ist ein Beitrag für mehr Versorgungsqualität.

Eine Krankenhausreform sollte aus zwei Säulen bestehen: einer Struktur- und einer Finanzierungsreform. Idealerweise macht man sich zunächst darüber Gedanken, welche Strukturen man benötigt und gestaltet dann die notwendige Finanzierung. Bei den jetzt begonnenen Beratungen sehen wir das Risiko, dass die Bundesregierung genau umgekehrt vorgeht. Im Fokus scheint eher die auskömmliche Finanzierung der knapp 1.700 Krankenhäuser mit insgesamt mehr als 2.600 Standorten zu stehen – so, wie diese auch seit langem und fast täglich von den Krankenhausvertretern mit dem Narrativ einer drohenden Insolvenzelle gefordert wird.

Ein Bestandteil der Reform soll eine leistungsunabhängige Vorhaltekostenfinanzierung sein. Je nach Fachgebiet sollen künftig 40 oder 60

Prozent der Erlöse aus Fallpauschalen (DRG), unabhängig von der tatsächlichen Belegung, finanziert werden. Grundsätzlich ist dieser Gedanke nicht falsch, er wird jedoch zum Problem, wenn die Vorhaltekostenfinanzierung auf den derzeitigen Strukturen von Fehl- und Überversorgung gerade in den Ballungsgebieten aufbaut. Anders ausgedrückt, bevor die Vorhaltekostenfinanzierung zum Tragen kommt, müssen zunächst bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen geschaffen werden.

Bisher haben sich nur die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit dem bedarfsgerechten Umbau ihrer Krankenhausstrukturen beschäftigt. Nordrhein-Westfalen wendet Leistungsgruppen an, die den Krankenhäusern zugeordnet werden, und Niedersachsen sieht bei dem novellierten Krankenhausgesetz eine regionale Versorgungsplanung nach Versorgungsstufen vor.

Die Krankenkassen waren in diesen komplexen Prozess von Beginn an eingebunden. Das fordern wir auch für die Ausgestaltung der Krankenhausstrukturreform der Bundesregierung. Wir erwarten eine Beteiligung der Gemeinsamen Selbstverwaltung – sowohl bei der Definition der Versorgungsstufen und Leistungsgruppen als auch bei den Kriterien für die Vorhaltefinanzierung. Unser Ziel ist, dass mit diesen Instrumenten bedarfsgerechte Strukturen geschaffen werden, die zu einer neuen Arbeitsteilung unter den Krankenhäusern führen, einer Arbeitsteilung, die unter Qualitätsgesichtspunkten Spezialisierung, Konzentration und Zentralisierung fördert und die Besonderheiten des ländlichen Raums berücksichtigt.

Meine Damen und Herren,

die Krankenhauskommission hat sich auch mit der so wichtigen Verknüpfung ambulanter und stationärer Strukturen beschäftigt. Gerade in ländlichen Regionen brauchen wir vielfältige Versorgungslösungen, um eine qualitativ hochwertige Grundversorgung zu organisieren. Diese Überlegungen der Krankenhauskommission entsprechen unserem Modell der „Regionalen Gesundheitszentren“ – kurz RGZ –, das wir im vergangenen Jahr entwickelt und öffentlich vorgestellt haben. Wir freuen uns, dass unsere Vorschläge zu einer „Versorgung aus einer Hand“ Resonanz finden.

Im Übrigen gehören für uns auch die Medizinischen Versorgungszentren – kurz MVZ – zu dieser vielfältigen Versorgungslandschaft dazu. Es sollte in der derzeitigen Diskussion um die Rolle von Kapitalinvestoren daher nicht in erster Linie darum gehen, wer ein MVZ besitzt, sondern, ob dort gut und versichertenorientiert behandelt wird. An dieser Stelle positionieren wir uns klar anders als zum Beispiel die Bundesärztekammer, die die Möglichkeit für Krankenhäuser, MVZ zu gründen, einschränken will. Wir als Ersatzkassen wollen da eher bei den „Spielregeln“ nachschärfen, um Fehlentwicklungen wie die Konzentration auf besonders lukrative

Leistungen zu verhindern. Dazu haben wir konkrete Vorschläge entwickelt, die sich dann auch wieder mit der Position der Bundesärztekammer decken.

Das heißt:

1. klare Regeln, die eine regionale Monopolbildung einzelner Anbieter verhindern,
2. die Sicherstellung der Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung,
3. alle Kernleistungen des Fachgebietes müssen angeboten werden,
4. es bedarf der Transparenz zu Trägerschaft und Betreiberstrukturen bereits auf dem Praxisschild.

Meine Damen und Herren,

ein weiterer Versorgungsbereich, der derzeit stark in der Diskussion steht, ist die psychotherapeutische Versorgung. Die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung liegt uns sehr am Herzen, was auch zahlreiche Umfragen unserer Mitgliedskassen zu diesen Themen zeigen.

Zunächst ein paar Fakten: Wir haben in Deutschland ein weltweit einzigartiges psychotherapeutisches Versorgungssystem mit direktem Zugang und ohne Zuzahlung durch die Versicherten. Wir haben über 38.000 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der GKV, übertroffen nur von den Hausärztinnen und -ärzte. Abhängig vom Therapieverfahren werden bis zu 300 Stunden Therapie pro Patientin und Patient übernommen. Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden übrigens zudem in der GKV meist besser vergütet als in der privaten Krankenversicherung, auch der Leistungsumfang ist in der Regel deutlich größer.

Problematisch sind jedoch zu lange Wartezeiten auf Behandlungen, aber auch die Erreichbarkeit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Vermittlung durch die Terminservicestellen. Laut einer Umfrage des GKV-Spitzenverbandes beklagen etwa 20 Prozent der Versicherten Wartezeiten von über vier Wochen. 33 Prozent der Versicherten haben sogar aufgrund der schlechten Erreichbarkeit von Therapeutinnen und Therapeuten überhaupt keine Therapie begonnen.

Die gängige Forderung zur Lösung dieser Probleme lautet, dass wir mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten brauchen. Wir Ersatzkassen glauben jedoch nicht, dass dies die Versorgungsprobleme lösen wird. Wir haben deshalb Vorschläge entwickelt, wie die Versorgung verbessert werden kann. Hier nur drei Punkte, weitere finden Sie in der Pressemappe:

1. Erreichbarkeit: Wir brauchen eine verbesserte Vermittlungsarbeit durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten deshalb verpflichtet werden, die Hälfte ihrer durch abgeschlossene Therapien freiwerdenden Behandlungskapazitäten an die Terminservicestellen zu melden. Denn bei den Terminservicestellen landen meist die schwereren Fälle mit einer höheren Dringlichkeit, die häufig lange auf einen Therapieplatz warten und vergeblich auf Anrufbeantworter von Psychotherapeutinnen sprechen. Das liegt übrigens auch daran, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten nicht telefonisch erreichbar sind, weil sie kein Praxispersonal beschäftigen, obwohl die Kosten für Praxispersonal in die Honorarkalkulation eingeflossen sind. Wir fordern daher eine stärkere Kopplung der Vergütung an tatsächlich angestelltes Praxispersonal.

2. Bedarfsplanung: Wenn Praxen nachbesetzt werden, sollten Therapieverfahren bevorzugt werden, die schnellere Therapieerfolge versprechen. Hierzu gehört die relativ neu zugelassene Systemische Therapie. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die hierfür erforderliche Rechtsgrundlage zu schaffen.

3. Reform der Versorgungsstrukturen: Um die Inanspruchnahme von Gruppentherapie weiter zu verbessern, sollten Psychiatrische Institutsambulanzen für die Gruppentherapie ermächtigt und Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Ausbildung umfassend qualifiziert werden. Um die Bildung von Gruppen zu erleichtern, bedarf es auch einer praxisübergreifenden Terminkoordinierung für Gruppenangebote.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sehen, das Aufgabenbuch für 2023 ist gefüllt, gleichzeitig gibt es die Vorschläge für die Modernisierung der Versorgungsstrukturen – jetzt heißt es anfangen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

# Faktenblatt

## Stationäre Versorgung

- Versorgungssituation in Deutschland
- Internationaler Vergleich

Januar 2023

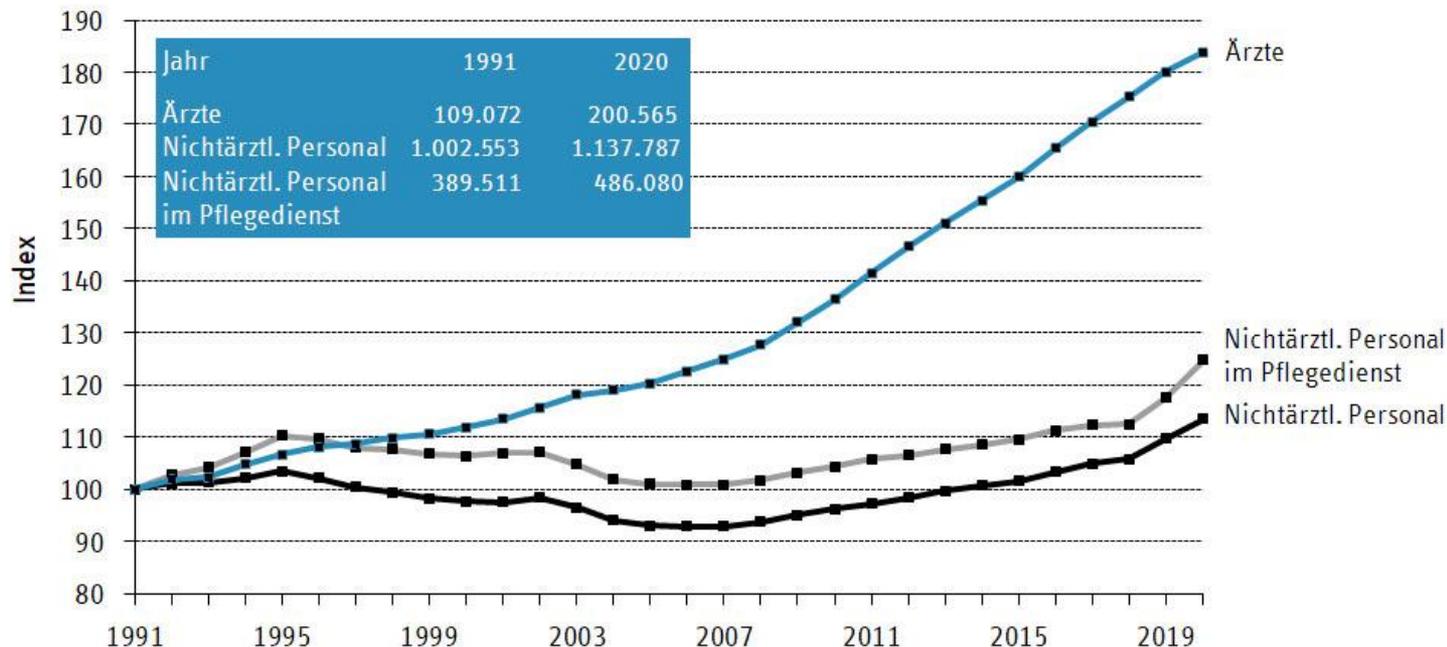
# Versorgungssituation in Deutschland

Im Vergleich zum ärztlichen Personal (Faktor 1,8) ist die Personaldecke des pflegerischen Personals (Faktor 1,14) nur moderat angestiegen.

### Krankenhausindikatoren: Ärztliches und nichtärztliches Personal

Index (1991 = 100)

1991 - 2020



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA.

\*jeweils 31.12.

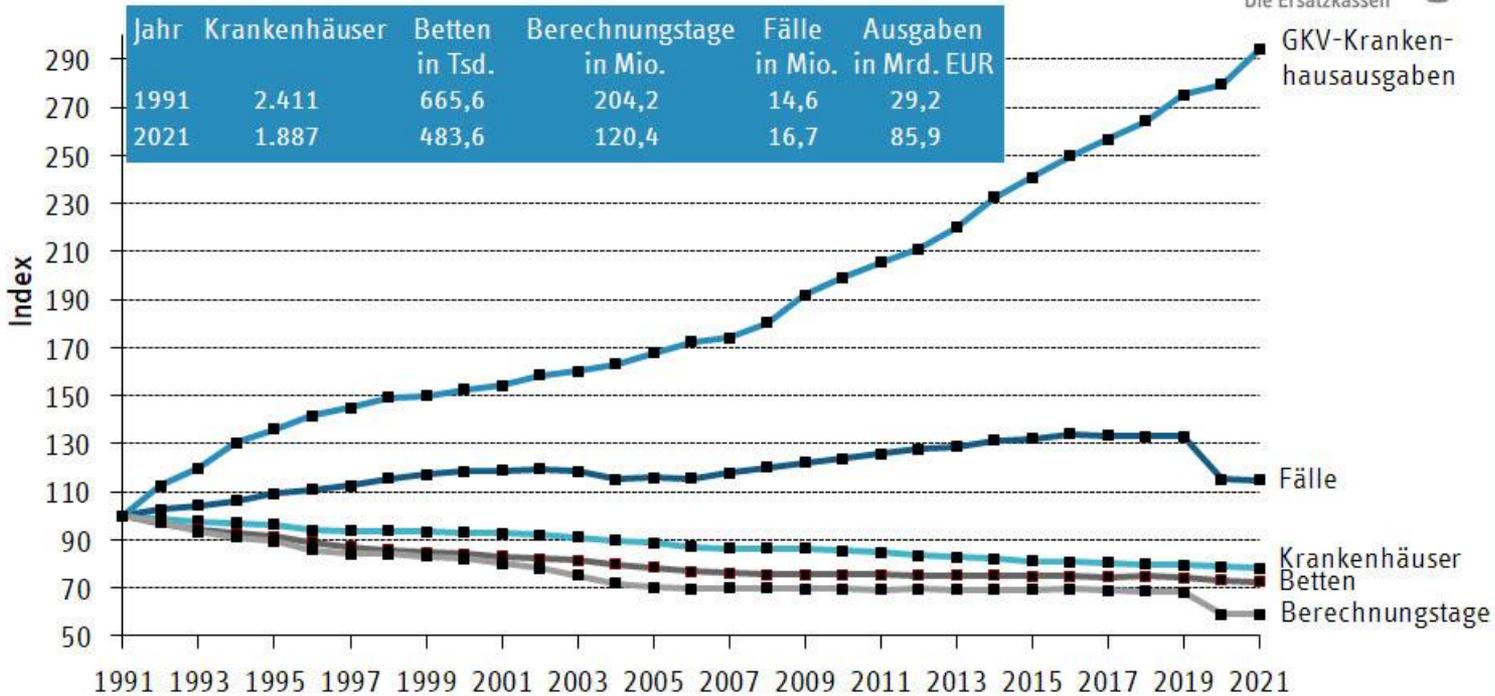


Während die Krankenhaus-Fallzahlen (Faktor 1,08) gestiegen sind, sind die Bettenzahlen (Faktor 0,8) zurückgegangen. Die GKV-Krankenhausaussgaben sind hingegen explodiert (Faktor 2,2)

### Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage, Fälle und Ausgaben

Index (1991 = 100)

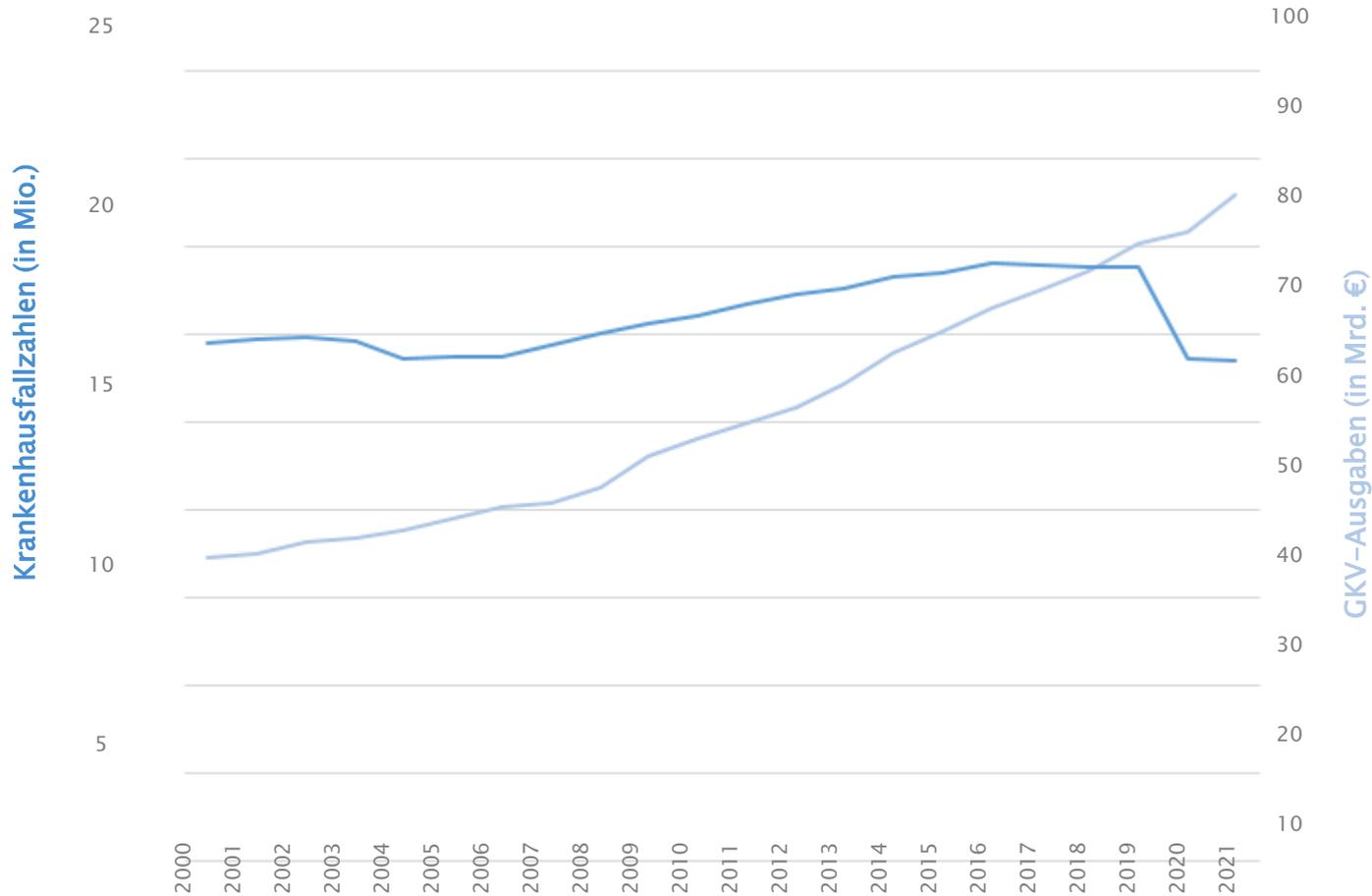
1991 - 2021



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA und BMG.



# Krankenhausversorgung: Entwicklung von Fallzahlen und Kostenläuft mit zunehmender Tendenz auseinander

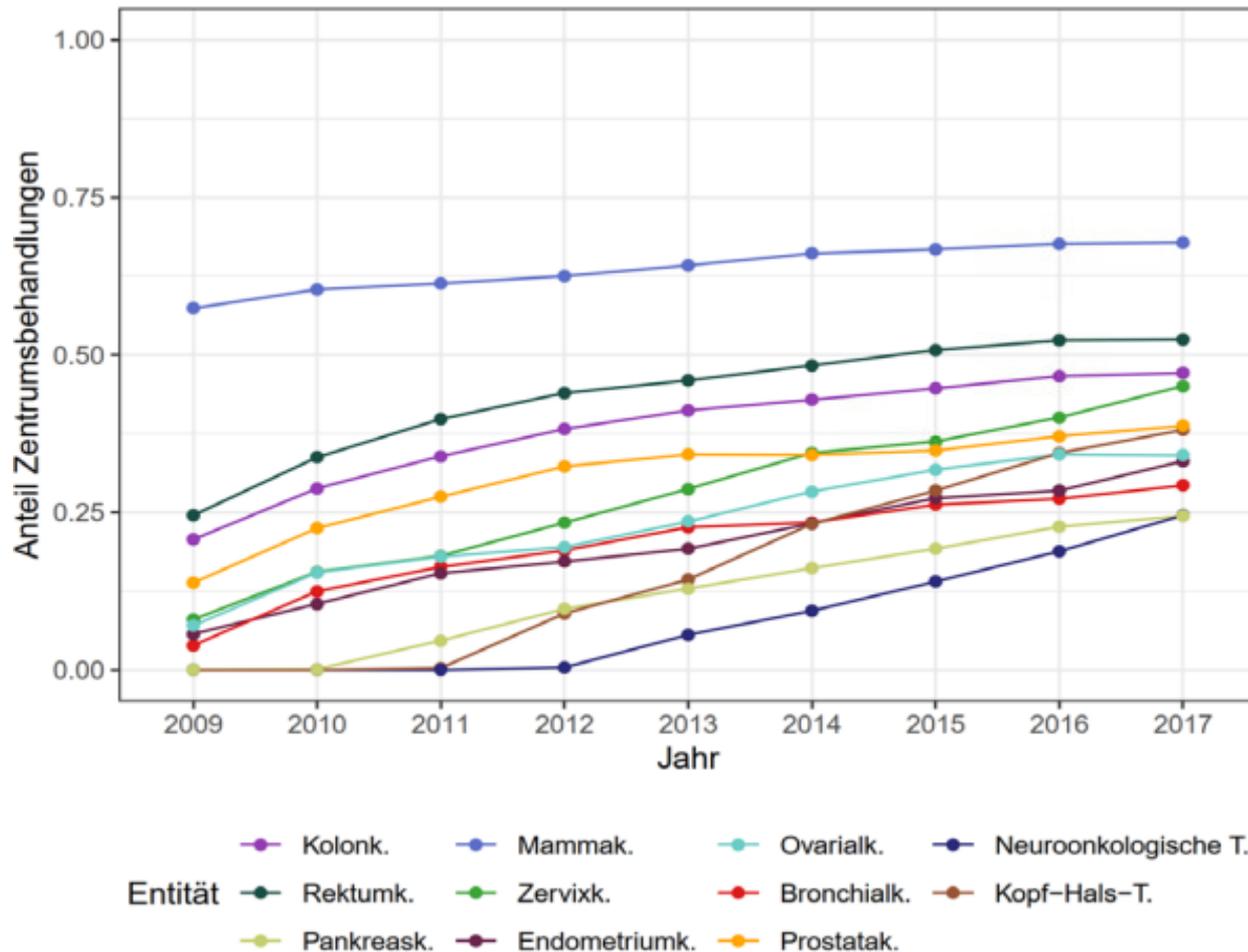


Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA und BMG.

Sondersituation Corona

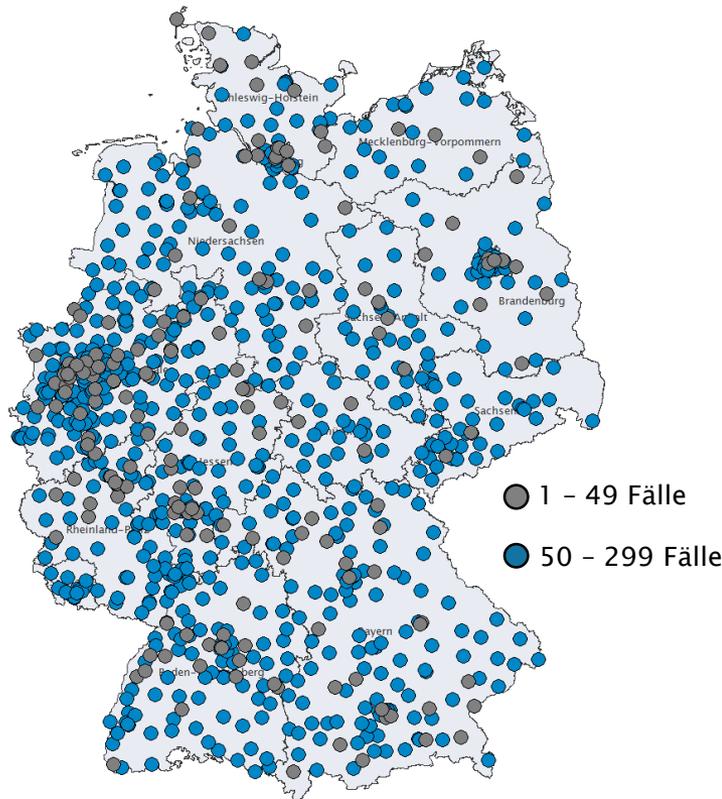
- Seit der Jahrtausendwende stiegen die Kosten und die Fallzahlen im stationären Sektor an
- Zwischen 2016 und 2019 stabilisierten sich die Fallzahlsteigerungen, die Kosten jedoch nicht.
- Die Zahlen für 2020 und 2021 sind der Sondersituation der Covid-Pandemie geschuldet
- Die Zahlen für 2022 liegen noch nicht abschließend vor.
- Derzeit (Anfang 2023) überlagern sich die Sondersituationen Covid-Pandemie und RSV, die jeweils Auswirkungen auf das stationäre Leistungsgeschehen haben.

Mangelnde Qualitätsorientierung am Beispiel der Onkologie:  
Bei fast allen Krebsindikationen werden die Patienten mehrheitlich nicht in zertifizierten Krebszentren behandelt. Dabei ist der Überlebensvorteil einer Behandlung in einem Krebszentrum evident.

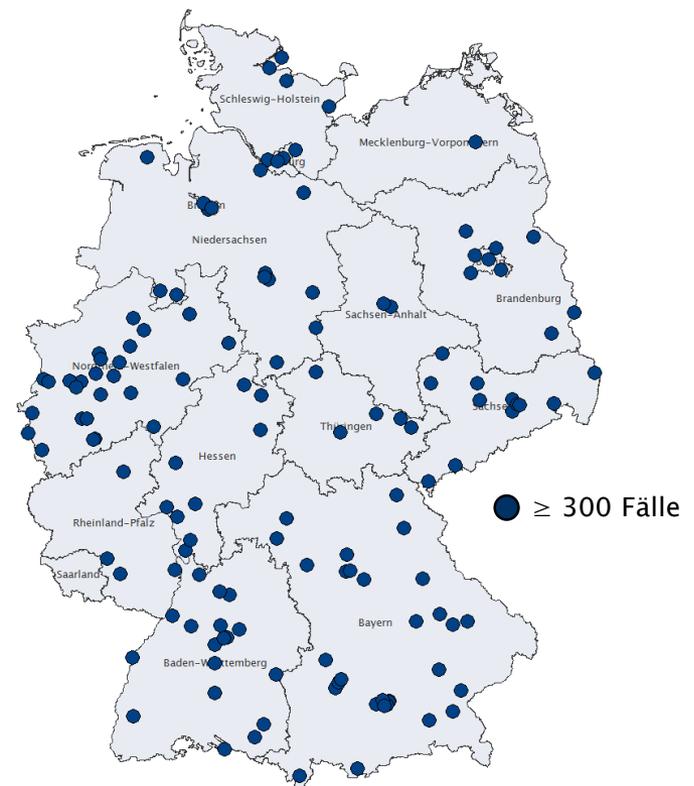


Im internationalen Vergleich sind die Mindestmengen bei Knieendoprothesen (Knie-TEP) großzügig ausgelegt. Ist das Qualitätsfördernd? Nein! Höhere Fallzahlen korrelieren signifikant mit der Ergebnisqualität. <sup>[1]</sup>

~ 1.000 Standorte, die nach deutschen Mindestmengen (>50) Knie-TEP durchführen. <sup>[2]</sup>

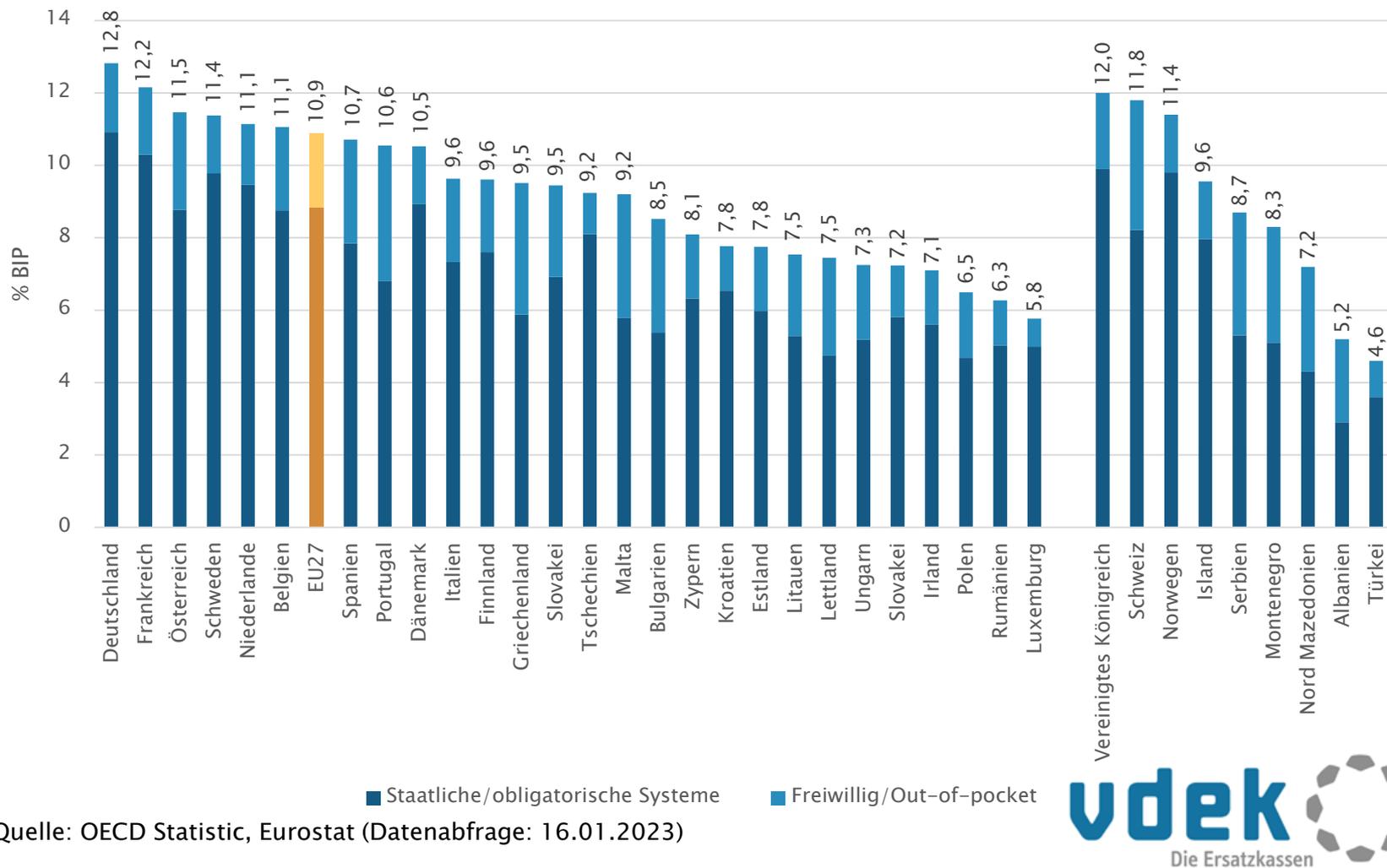


140 Standorte, die nach finnischen Mindestmengen (>300) Knie-TEP durchführen würden. <sup>[3]</sup>



# Internationaler Vergleich

# Deutschland leistet sich im internationalen Vergleich ein sehr teures Gesundheitssystem. Beim prozentualen Ausgabenanteil am BIP liegt Deutschland an der Spitze.

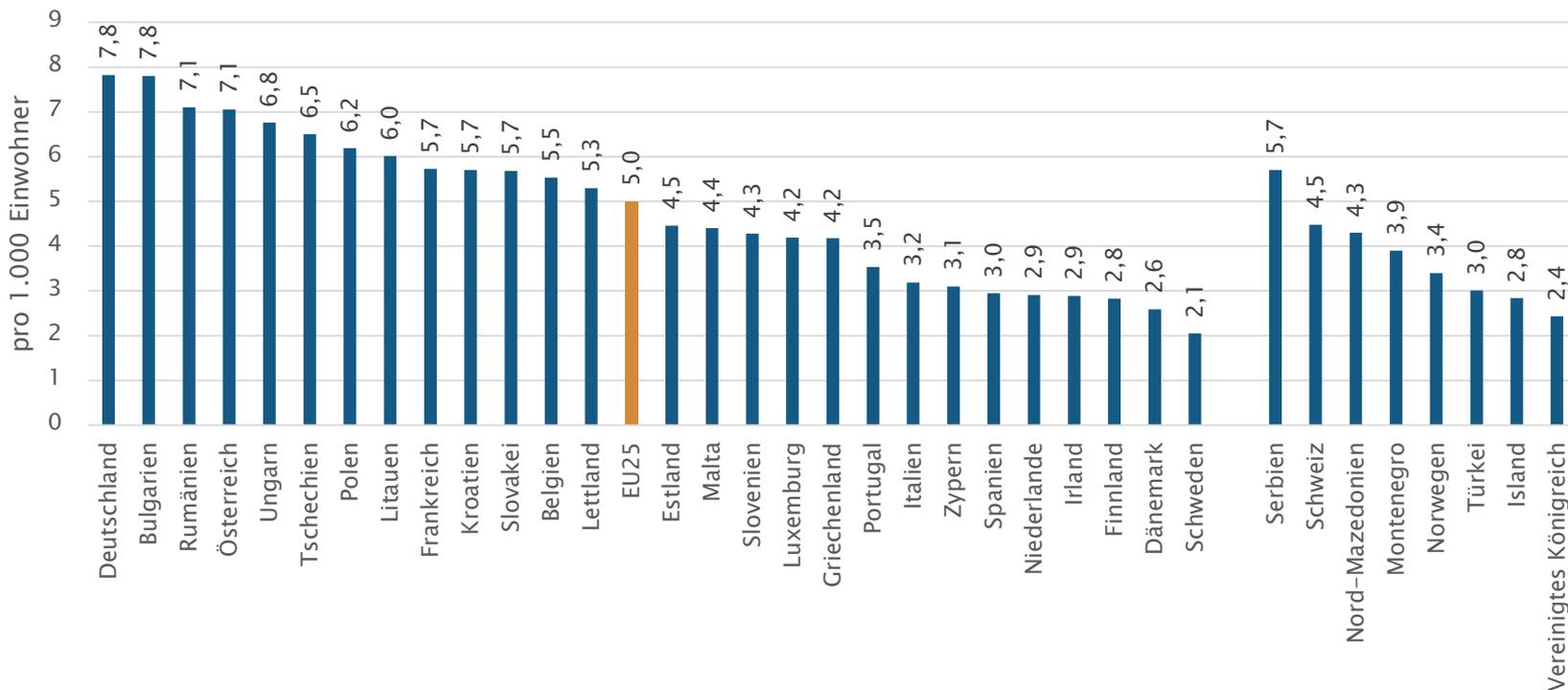


Quelle: OECD Statistic, Eurostat (Datenabfrage: 16.01.2023)



Deutschland stellt derzeit pro 1.000 Einwohner 7,8 Krankenhausbetten zur Verfügung. Im EU-Vergleich beträgt die Quote nur 5,0 Betten pro 1.000 Einwohner.

Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (2020 oder nächst-verfügbares Jahr)

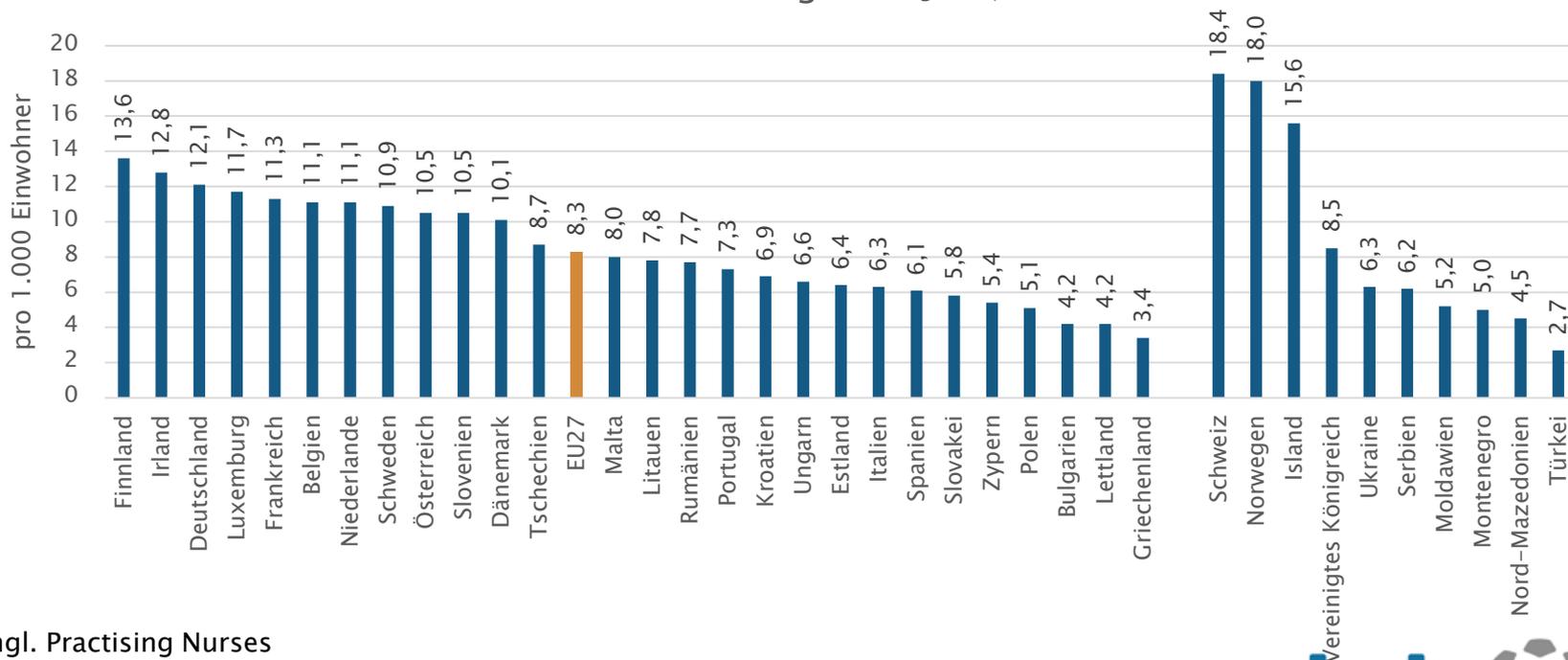


Quelle: Modifizierte und übersetzte Darstellung nach OECD 2022, S. 191

Im internationalen Vergleich arbeiten in Deutschland überdurchschnittlich viele Pflegekräfte (GER 12,1 pro 1.000 Einwohner; EU 8,3 pro 1.000 Einwohner).

Nur in der Schweiz, Norwegen, Island, Finnland und Irland sind die Quoten höher.

praktizierende Krankenschwestern\* pro 1.000 Einwohner (2020 oder nächst-verfügbares Jahr)



\* engl. Practising Nurses

Quelle: Modifizierte und übersetzte Darstellung nach OECD 2022, S. 185



**BARMER**

**DAK**  
Gesundheit

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

**hkk**  
KRANKENKASSE

**HEK**  
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**vdek**  
Die Ersatzkassen

## **Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Finanzinvestoren** Position des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

**Die Rolle privater Finanzinvestoren in der vertragsärztlichen Versorgung wird derzeit in der Öffentlichkeit diskutiert. Im Mittelpunkt steht hierbei der Aufkauf von Medizinischen Versorgungszentren durch Finanzinvestoren.**

**Der vdek spricht sich für eine differenzierte Betrachtung aus:**

- 1. Ökonomisch induzierte Fehlentwicklungen bei MVZ – und in der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt – müssen verhindert werden.**
- 2. Die Trägervielfalt bei MVZ sollte erhalten bleiben.**

**Ersatzkassen bekennen sich zur Trägervielfalt:**

- MVZ stellen einen wichtigen Bestandteil eines modernen, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgungssystems dar.
- Sie dienen als attraktiver Arbeitgeber für verschiedene Gesundheitsberufe, wie angestellte Ärzt:innen und andere nichtärztliche medizinische Berufsgruppen.
- Gerade in besonders technikintensiven Bereichen spielen MVZ in der Trägerschaft von Finanzinvestoren mittlerweile eine wichtige Rolle. Ihr Zugang sollte in einem transparenten regulatorischen Rahmen grundsätzlich erhalten bleiben.
- Ihnen ist ein direkter Marktzugang – statt eines Zugangs durch Umgehungsstrategien, wie dem Kauf kleiner Krankenhäuser – zu ermöglichen.

**Gesetzlicher Handlungsbedarf aus Sicht der Ersatzkassen:**

- Der Einfluss der Investoren ist zu begrenzen, um ökonomische Fehlentwicklungen wie Monopolbildungen oder eine Konzentration auf renditestarke Leistungen zu verhindern.
- Im Falle einer drohenden marktbeherrschenden Stellung durch MVZ-Träger müssen Zulassungsstopps greifen. Entscheidend hierfür sind die Anzahl der MVZ-Träger sowie die individuelle Versorgungssituation im Planungsbereich.
- Eine Konzentration auf renditestarke Leistungen muss auch durch bundesweit einheitliche Vorgaben zum Leistungsumfang der Fachgruppen und Vergütungsabschläge bei sinkenden Fixkosten verhindert werden.
- Die regionalen Zulassungsausschüsse müssen rechtlich und personell in die Lage versetzt werden, die konkrete Marktsituation vor Ort zu prüfen und Gegenmaßnahmen zu treffen.

### **Weitere Maßnahmen:**

- Durch eine Kennzeichnungspflicht der Träger und Betreiber sowie der Angabe der Rechtsform auf dem Praxisschild des MVZ können sich Patient:innen über die Trägerschaft informieren. Ergänzend sollten die bestehenden Arztregister auf Bundes- und Landesebene um Angaben zu Eigentumsverhältnissen und Trägergesellschaften erweitert werden.
- Ärztliche Entscheidungen dürfen nicht von ökonomischen Interessen beeinflusst werden.
- Dazu ist die ärztliche Leitung zu stärken, indem ihr Aufgaben- und Verantwortungsbereich gesetzlich konkretisiert sowie ihre Stellung als Schutz gegenüber wirtschaftlichen Interessen gestärkt wird. Außerdem sollte sie einen besonderen Abberufungs- oder Kündigungsschutz erhalten.
- Weiterhin ist die ärztliche Unabhängigkeit durch interne Compliance-Regeln sowie durch die Einführung einer Meldestelle in der ärztlichen Selbstverwaltung zu sichern. Bei dieser sind Eingriffe in die Therapiehoheit anzuzeigen.

Stand: 24.1.2023



**BARMER**

**DAK**  
Gesundheit

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

**hkk**  
KRANKENKASSE



**vdek**  
Die Ersatzkassen

# Forderungen der Ersatzkassen zur Bedarfsplanung und Reform der Versorgungsstrukturen in der ambulanten Psychotherapie

Stand: 03.08.2022

Die Ersatzkassen setzen sich seit vielen Jahren für eine gute psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten ein. Die steigende Nachfrage nach Psychotherapie und die ungleich verteilten Therapeutenkapazitäten konnten durch bisherige Bedarfsplanungsanpassungen und Reformen der Psychotherapie-Richtlinie nicht zufriedenstellend kompensiert werden.

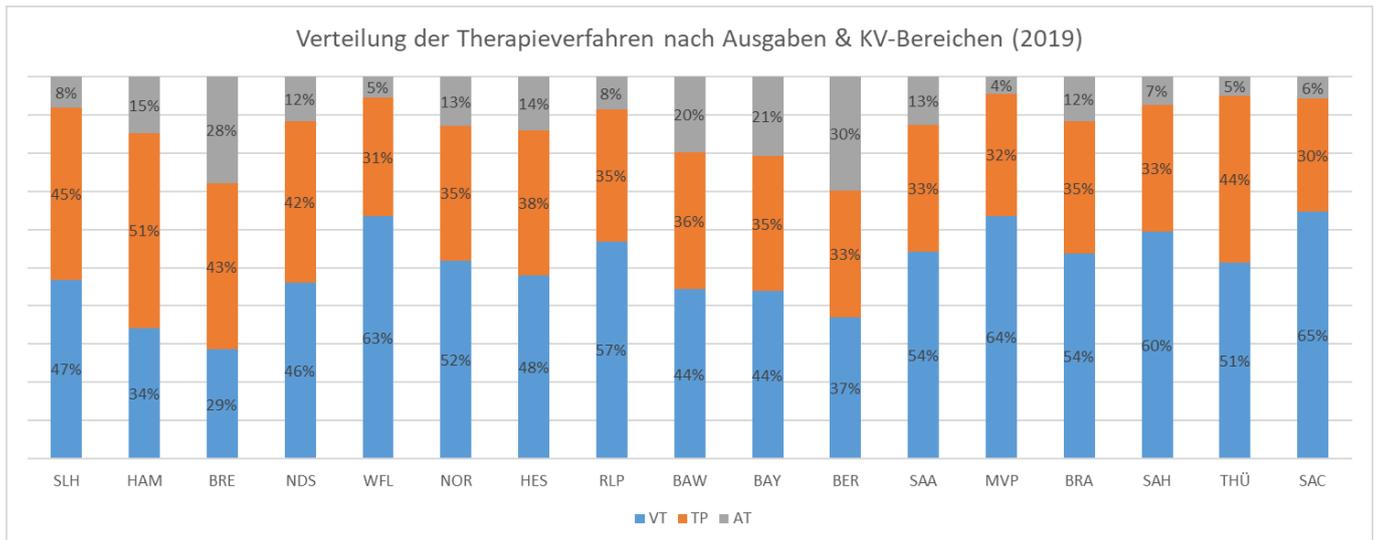
Die Bundesregierung hat daher in ihrem Koalitionsvertrag mehrere Punkte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung vereinbart, die insbesondere die Bedarfsplanung verbessern sollen.

Aus Sicht der Ersatzkassen liegen gegenwärtig strukturelle Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vor, die in erster Linie nicht durch Reformen der Bedarfsplanung zu lösen sind. Um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern, haben die Ersatzkassen folgende Forderungen formuliert:

## Vorrang für Therapieverfahren mit höherer Versorgungskapazität

Die ambulante Psychotherapie unterscheidet vier sogenannte Richtlinienverfahren: Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie. Die Psychotherapeut:innen dieser Verfahren verteilen sich nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet. Regional gibt es eine deutliche Schwerpunktsetzung einzelner Verfahren.

Die Verfahren unterscheiden sich zudem deutlich im Hinblick auf den Leistungsumfang. Die Systemische Therapie hat ein Stundenkontingent von bis zu 48 Stunden, die Analytische Psychotherapie hingegen bis zu 300 Stunden. Dazwischen liegen die Verhaltenstherapie mit bis zu 80 Stunden und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit bis zu 100 Stunden. Im Ergebnis kann die gleiche Zahl an Psychotherapeut:innen in unterschiedlichen Regionen daher unterschiedlich viele Versicherte behandeln:



(Quelle: vdek-Datenanalyse; Abrechnungsdaten nach ARZTRG und Versichertenzahlen nach ANZVER). Systemische Therapie kam erst 2020 in die vertragsärztliche Versorgung und fehlt daher noch in der Grafik.

Die regional unterschiedliche Verteilung der Therapieverfahren ändert sich im Zeitablauf nur geringfügig. Gibt es auf einen freiwerdenden Kassensitz mehrere Bewerber:innen, entscheiden sich in der Praxis die Zulassungsausschüsse in der Regel für eine:n Vertreter:in des gleichen Therapieverfahrens wie bei der ausscheidenden Psychotherapeut:in. Damit werden historisch gewachsene Versorgungsstrukturen zementiert, anstatt sie auf die Erfordernisse in der Versorgung anzupassen.

Die Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren gestattet, alle Störungen gleichermaßen zu behandeln. Allerdings sind nicht alle Störungen durch alle Richtlinienverfahren gleichermaßen gut zu behandeln. Eine leitliniengerechte Behandlung ist zum Wohle der Patient:innen zu gewährleisten.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *dass bei einer Nachbesetzung von Psychotherapeut:innensitzen nicht die Praxishistorie entscheidend sein darf, sondern das Erfordernis der regionalen Versorgung,*
- *dass die Therapieverfahren mit einer höheren Versorgungskapazität bei der Nachbesetzung bevorzugt zu berücksichtigen sind.*

Die Systemische Therapie wurde 2020 neu als Therapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Im 1. Quartal 2021 wurden jedoch nur ca. 0,02 Prozent aller Psychotherapieleistungen in der Systemischen Therapie erbracht. Der Versorgungsanspruch der Versicherten mit Systemischer Therapie kann daher aktuell nur unzureichend erfüllt werden.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *dass eine Rechtsgrundlage geschaffen wird, dass bei der Nachbesetzung von Psychotherapeut:innensitzen Vertreter:innen der Systemischen Therapie solange bevorzugt werden, bis ihr Anteil an der Versorgung mindestens das Niveau des zweitkleinsten Therapieverfahrens erreicht hat. Dadurch erhöhen sich auch die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten.*

## Erreichbarkeit der Terminservicestellen ausbauen und Vermittlung von Therapieplätzen verbessern

Die Ersatzkassen erhalten regelmäßig Rückmeldungen von Versicherten über schlechte Erreichbarkeiten von Terminservicestellen (TSS) und von fehlenden Vermittlungsmöglichkeiten. Diese Rückmeldungen sind regional unterschiedlich. Dennoch ist ein grundsätzlicher Regelungsbedarf erkennbar.

Ein grundsätzliches Problem besteht bei der Vermittlung von probatorischen Sitzungen. Wird in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine ambulante Psychotherapie empfohlen und ein besonders zeitnaher Behandlungsbedarf festgestellt, haben Versicherte einen Anspruch auf Vermittlung einer probatorischen Sitzung durch die TSS. Die Probatorik umfasst mindestens zwei Sitzungen und ist mit dem Ziel der Diagnostik, Aufklärung und Beziehungsbildung einer Psychotherapie verpflichtend vorgeschaltet. De facto wird jedoch von der TSS nur ein Probatoriktermin für eine:n Psychotherapeut:in vermittelt, vielfach ohne die Möglichkeit einer anschließenden Therapie. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Vermittlung einer ambulanten Psychotherapie findet daher in der Praxis nicht statt. Für Patient:innen stellt dies eine erhebliche emotionale Belastung dar, da sie nach der Probatorikstunde erneut eine:n Therapeut:in suchen müssen.

Zusätzlich sind die TSS dazu verpflichtet, anfragende Versicherte in eine ambulante Versorgung in einer stationären Einrichtung zu vermitteln, sollten ambulante Kapazitäten ausgeschöpft sein. Diese Möglichkeit wird von den TSS nicht wahrgenommen. Stattdessen erhalten anfragende Betroffene die Rückmeldung, dass

eine Vermittlung nicht möglich sei und werden mit ihrer Problematik allein gelassen. In diesen Fällen kommen die TSS ihrem Versorgungsauftrag nicht nach.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *eine adäquate personelle Besetzung der TSS unter Berücksichtigung des gestiegenen Vermittlungsbedarfs,*
- *die regelmäßige Veröffentlichung der Erreichbarkeits- und Servicequalität der TSS nach einheitlichen Kriterien analog der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelung für Krankenkassen,*
- *einen Vermittlungsanspruch für einen Therapieplatz anstelle einer einzelnen probatorischen Sitzung,*
- *die Einführung einer Kontrolle der Vermittlungsleistung der TSS und ggf. Sanktionen, sollten die TSS ihrem Vermittlungsauftrag nicht nachkommen.*

Der Vermittlungsanspruch über die Terminservicestellen kann auch deshalb teilweise nicht erfüllt werden, weil es kein geregeltes Verfahren über den Zugang zur ambulanten Psychotherapie gibt. In Regionen mit vorhandenen Wartezeiten ist es oft vom Zufall abhängig, wie schnell Versicherte einen Therapieplatz erhalten. Es ist bislang den einzelnen Therapeut:innen überlassen, ob diese ihre freiwerdenden Therapieplätze nach Wartezeit, nach Schweregrad der Erkrankung oder nach Dringlichkeit der Behandlung vergeben. So erhalten leicht erkrankte Patient:innen teilweise schneller einen Therapieplatz als schwergradig bzw. akut Erkrankte.

Mit den TSS existieren bereits Institutionen, um einen Zugang nach objektivierten Kriterien sicherzustellen. Dieser Zugangsweg sollte ausgebaut werden, sodass besonders dringlich behandlungsbedürftige Patient:innen eine „fast lane“ in die Versorgung erhalten. Hierzu ist es erforderlich, dass alle Therapeut:innen einen Teil ihrer Therapieplätze den TSS zur Vermittlung zur Verfügung stellt. Der Gesetzgeber muss für die Partner des Bundesmantelvertrages die gesetzlichen Grundlagen schaffen, damit die tatsächlich freien Kapazitäten an die TSS übermittelt und überprüft werden können.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *Psychotherapeut:innen zu verpflichten, mindestens 50 Prozent ihrer freiwerdenden Therapieplätze umgehend den TSS zur Vermittlung dringlicher Patient:innen zur Verfügung zu stellen. Nicht durch die TSS vermittelte Plätze dürfen weiterhin selbst besetzt werden,*

- *einen Vergütungsabschlag vorzusehen für den Fall, dass Psychotherapeut:innen den TSS weniger Therapieplätze zur Verfügung stellen und die TSS daher dringliche Vermittlungswünsche nicht erfüllen kann,*
- *dass die bereits bestehenden Zuschläge zu den ersten zehn Stunden zur Kurzzeittherapie nur dann vergütet werden, wenn die Vermittlung in die Therapie über die TSS erfolgte.*

## Telefonische Erreichbarkeit der Psychotherapeut:innen sichern

Eine weitere Möglichkeit, derzeit in die ambulante Psychotherapie zu gelangen, ist der direkte, meist telefonische, Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis. Praxen müssen verpflichtend 200 Minuten/Woche bei einem vollem Versorgungsauftrag und 100 Minuten/Woche bei einem hälftigem Versorgungsauftrag für Patient:innen erreichbar sein.

Allerdings sind ca. 90 Prozent der Psychotherapeut:innen in einer Einzelpraxis tätig.

Dies geht zulasten der telefonischen Erreichbarkeit, da oftmals kein eigenes Praxispersonal für die Telefonie zur Verfügung steht. Die verpflichtenden Telefoniezeiten werden zum Teil auf Randzeiten verteilt und deren Einhaltung wird nicht kontrolliert.

Psychotherapeut:innen erhalten mit Erreichen eines gewissen Stundenvolumens sogenannte Strukturzuschläge (GOP 35571–35573). In den Strukturzuschlägen sind normative Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft enthalten. Diese sollten die Anstellung von Praxispersonal bei den Psychotherapeut:innen erleichtern bzw. ermöglichen. Im Großteil der Einzelpraxen ist dies jedoch nicht erfolgt. Die Strukturzuschläge werden zusätzlich zu den üblichen Psychotherapie-Honoraren gezahlt, welche ebenfalls bereits eingepreiste Personalkosten enthalten, und erhöhen die Vergütung der Psychotherapeut:innen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Therapeut:innen trotz der finanziellen Förderung von Praxispersonal organisatorische Aufgaben wie die Terminvergabe selbst übernehmen und in dieser Zeit nicht für Therapien zur Verfügung stehen. Die oben genannten telefonischen Erreichbarkeitszeiten müssen daher durch nichttherapeutisches Praxispersonal während der üblichen Praxisöffnungszeiten gewährleistet werden.

Einzelpraxen könnten sich zusammenschließen und eine gemeinsame Praxisassistenz zur Terminvergabe anstellen oder externe Dienstleister beauftragen. Ergänzende digitale Möglichkeiten zur Terminvereinbarung sind zu begrüßen.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *die Kopplung der Auszahlung der Strukturzuschläge an eine nachweisliche Anstellung einer medizinischen Fachkraft als mindestens Halbtagsstelle,*
- *eine verpflichtende, persönliche, nicht durch die Therapeut:innen durchgeführte Terminvergabe, ggf. durch externe Dienstleister, sofern dort kein Praxispersonal angestellt ist.*

## Die Rolle der Fernbehandlung in der psychotherapeutischen Versorgung stärken

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, dass telemedizinische Leistungen regelhaft ermöglicht werden sollen. Obwohl die Möglichkeit der Fernbehandlung per Video von Psychotherapeut:innen deutlich häufiger angewendet wird als von anderen Facharztgruppen, ist das Angebot immer noch sehr gering. Bislang sind die psychotherapeutische Sprechstunde und die Probatorik von einer Durchführung per Videosprechstunde durch die Regelungen in der Psychotherapie-Vereinbarung ausgeschlossen. Darüber sieht die Psychotherapie-Vereinbarung eine grundsätzliche Ortsnähe von Patient:innen und Psychotherapeut:innen vor. Um die Versorgung in ländlichen Gebieten zu verbessern und um flächendeckend mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme von freien Therapieplätzen zu ermöglichen, begrüßen wir eine Aufhebung dieser Einschränkungen, wenn Patient:in und Psychotherapeut:in keine Bedenken bezüglich der Sicherheit und Qualität der Fernbehandlung haben.

Die Ersatzkassen sind sich bewusst, dass dieses Angebot sicherlich nicht für alle Patient:innen geeignet sein wird. Es ist die Aufgabe der Psychotherapeut:innen, in der Sprechstunde gemeinsam mit den Patient:innen zu klären, ob diese aufgrund ihrer Symptomatik sowie der technischen und persönlichen Voraussetzungen für eine videobasierte Psychotherapie geeignet sind. Die Qualität der Behandlung und Sicherheit der Patient:innen steht auch bei der Durchführung einer Psychotherapie im Videosetting an erster Stelle. Die Information über das Angebot der Videosprechstunde als Therapiesetting kann entscheidend bei der

Psychotherapeutenwahl sein und sollte bei der Suche nach Therapeut:innen für die Patient:innen ersichtlich sein.

In der Folge könnten durch diese Regelung psychotherapeutische Behandlungen auch in den Regionen sichergestellt werden, in denen sich Psychotherapeut:innen seltener oder gar nicht niederlassen. Dieser Bedarf kann durch Psychotherapeut:innen aus Regionen gedeckt werden, in denen der Versorgungsgrad laut Bedarfsplanung überdurchschnittlich ist.

Ein weiterer Vorteil besteht in der Förderung der Inanspruchnahme von Gruppentherapie, insbesondere in ländlichen Regionen. Diese wird dort seltener in Anspruch genommen, aus Scham, auf Bekannte zu treffen. Die Bildung überregionaler Gruppen senkt diese Hemmschwelle. Zusätzlich erhöht sich durch die Aufhebung der Ortsnähe der Einzugsbereich für potenzielle Teilnehmer:innen, sodass mehr gruppentherapeutische Angebote zustande kommen können.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *sowohl die psychotherapeutische Sprechstunde als auch die Probatorik im Rahmen der Videosprechstunde zu ermöglichen, wenn die/der Psychotherapeut:in keine Bedenken bezüglich der Sicherheit und Qualität der Behandlung hat,*
- *die Beschränkung, wonach Vertragsärzt:innen maximal 30 Prozent ihrer Leistungen per Videosprechstunde erbringen dürfen, für psychotherapeutische Behandlungen aufzuheben,*
- *die Vorgabe der Psychotherapie-Vereinbarung aufzuheben, dass sich Psychotherapeut:in und Patient:in grundsätzlich in einer örtlichen Nähe zueinander befinden sollen, sodass eine überregionale Versorgung ermöglicht wird. Aufgrund der fehlenden Ortsnähe müssen Psychotherapeut:innen ihre Patient:innen in einer videobasierten Psychotherapie umfassend über eine individuell geeignete Notfalllösung im Fall einer akuten Krise und eines Verbindungsabbruchs aufklären,*
- *eine entsprechende Berücksichtigung der Videosprechstunde in der Bedarfsplanungsrichtlinie, sofern die behandelnden Patient:innen nicht aus dem eigenen Planungsbereich der Therapeut:innen stammen. Entsprechende Regelungen könnten über die Landesausschüsse getroffen werden,*
- *die Veröffentlichung des Angebots des Videosettings auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung (KV [Arzt- und Psychotherapeutensuche]).*

# Die Rolle der Gruppentherapie in der psychotherapeutischen Versorgung fördern

Neben der Einzeltherapie besteht in Deutschland auch die Möglichkeit, eine Gruppentherapie oder eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie in Anspruch zu nehmen. Trotz vieler Maßnahmen, die Gruppentherapie zu fördern, ist die Anzahl der Behandlungsfälle im Gruppensetting noch auf einem geringen Niveau. In der (teil-)stationären Versorgung gehört die Gruppentherapie jedoch zum Standard, da sie viele Vorteile bietet. Durch ein flächendeckendes Angebot von Gruppentherapien könnten mehr Patient:innen von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren, da ein:e Psychotherapeut:in gleichzeitig mehrere Patient:innen betreut. Dies ist insbesondere ein Vorteil für Erkrankte, die nicht zwingend eine Einzeltherapie benötigen.

In einer Psychotherapeutenbefragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA [BARGRU-Studie]) wurde als hemmender Faktor dafür, keine Gruppenpsychotherapie durchzuführen, insbesondere die erschwerte Patientenakquise und Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung angegeben. Angesichts der hohen Versorgungsrelevanz sollten sich Einzelpraxen daher zusammenschließen und eine gemeinsame Praxisassistenz zur Terminkoordination anstellen oder externe Dienstleister beauftragen (siehe auch „Telefonische Erreichbarkeit der Psychotherapeut:innen“). Durch die Möglichkeit, Gruppentherapie im Videosetting durchzuführen und die oben geforderte Aufhebung der Ortsnähe auch für Gruppentherapien, können überregionale Gruppen entstehen, wodurch sich der Einzugsbereich potenzieller Teilnehmer:innen erhöht.

Falls die Psychotherapeut:innen im ambulanten Setting aus oben genannten Gründen keine deutliche Ausweitung der Gruppentherapie leisten können, könnten andere Leistungserbringer für die Gruppentherapie stärker herangezogen werden. Insbesondere die Gruppenbildung, Fragen der Räumlichkeiten und weitere administrative Punkte können durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) und Aus-/Weiterbildungsinstitute leichter gelöst werden als durch Einzelpraxen. Ein deutlich höherer Anteil an Gruppentherapie in Aus- und Weiterbildungsinstituten könnte zudem die Bereitschaft der Therapeut:innen in Aus-/Weiterbildung fördern, nach ihrer Niederlassung selbst Gruppentherapien zu erbringen.

*Die Ersatzkassen fordern daher,*

- *eine praxisübergreifende, nicht durch Psychotherapeut:innen durchgeführte Terminkoordination für gruppentherapeutische Angebote, ggf. durch externe Dienstleister, sofern dort kein Praxispersonal angestellt ist,*

- *dass die Gruppentherapie in der Ausbildung von Psychotherapeut:innen einen deutlich größeren Stellenwert einnimmt. Durch höhere Theorie-, Praxis- und Supervisionsanteile sollten Psychotherapeut:innen umfassend zur Durchführung von Gruppentherapien befähigt werden,*
- *PIAs qua Gesetz zur Erbringung ambulanter Gruppentherapie nach Psychotherapie-Richtlinie zu ermächtigen.*