

ersatzkasse magazin.

DIE ZEITSCHRIFT
DES VERBANDES DER
ERSATZKASSEN E. V.
SEIT 1916

G20634

6. AUSGABE 2022



Digitalisierung vorantreiben

Elektronische Patienten-
akten müssen endlich in der
Versorgung ankommen

» Globale Krisen stellen uns vor große Herausforderungen «

Vulnerable Gruppen sind von
Corona und Klimakrise besonders
betroffen, sagt Dr. Kirsten
Kappert-Gonther im Interview

Klimapolitik ist auch Gesundheitspolitik

Unsere Gesundheit hängt
von einem stabilen Klima
und Lebensumfeld ab

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 0 40/69 09-17 83
Fax: 0 40/69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
@TK_Presse



BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 08 00/333 1010
Fax: 08 00/333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
@BARMER_Presse



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/2364 855-0
Fax: 0 40/334 70-12 34 56
service@dak.de
www.dak.de
@DAKGesundheit



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 05 11/28 02-0
Fax: 05 11/28 02-99 99
service@kkh.de
www.kkh.de
@KKH_Aktuell



hkk-Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 04 21/36 55-0
Fax: 04 21/36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de
@hkk_Presse



HEK-Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 08 00/0 213 213
Fax: 0 40/6 56 96-12 37
kontakt@hek.de
www.hek.de
@HEKonline

 **@vdek_Presse** #UlrikeElsner auf PK „10 Jahre Endoprothesenregister“: "#EPRD umfasst ca. 2 Mio. Daten zu Knie- und Hüft-OP, die aktiv für Verbesserung der Versorgung + Steigerung der Patientensicherheit genutzt werden. Dies Potenzial künftig auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung nutzen!"

 **@vdek_Presse** Jetzt ist es amtlich. Der durchschnittliche **Zusatzbeitragssatz in der #GKV** steigt um 0,3 Prozentpunkte auf 1,6 Prozent. Ein Ergebnis der jüngsten Gesetzgebung (#GKVFinStG).



EDITORIAL

Strukturreformen gibt es nicht zum Nulltarif

Die Finanzen sind durch das gerade verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für 2023 gesichert, aber 2024 tut sich bereits eine neue Finanzierungslücke auf. Bis Ende Mai 2023 soll das Bundesgesundheitsministerium Empfehlungen vorlegen, wie die GKV künftig stabil, verlässlich und solidarisch finanziert werden kann.

Gleichzeitig sollen Strukturreformen im ambulant-stationären Bereich kommen.

Eine gute Gesundheitsversorgung gibt es aber nicht zum Nulltarif, betont die Grünen-Politikerin und amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, im Interview mit *ersatzkasse magazin*.

Wie wird die Bundesregierung diesen Spagat hinbekommen? Einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung der Versorgung kann die Digitalisierung leisten. Aber mit wichtigen Digitalprojekten, etwa der elektronischen Patientenakte (ePA), geht es nicht schnell genug voran. Strenge Datenschutzvorgaben, fehlende technische Voraussetzungen und vieles mehr verhindern, dass sich die ePA flächendeckend etabliert. Hier muss der Gesetzgeber dringend nachsteuern. Und damit verabschieden wir uns mit einem: Guten Rutsch ins neue Jahr!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Es wird erneut eine Debatte geben müssen, wie die GKV und die sozialen Sicherungssysteme insgesamt stabilisiert werden können. Die Beitragszahler:innen dürfen dabei nicht über Gebühr zur Kasse gebeten werden.

→ **Mehr dazu auf Seite 10**

Im Interview mit der amtierenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, geht es um die Bewältigung der globalen Krisen und die Finanz- und Strukturreformen in der GKV.

→ **Mehr dazu auf Seite 24**

Digitalisierung vorantreiben

SCHWERPUNKT Für die Modernisierung des Gesundheitswesens kann die Digitalisierung einen wichtigen Vorschub leisten. Damit telemedizinische Versorgungsangebote sowie elektronische Patientenakten und E-Rezepte endlich in der Gesundheitsversorgung ankommen, muss unter anderem das Verhältnis zwischen Datenschutz und Versorgungsverbesserung überdacht werden.

30

ersatzkasse
magazin.
online

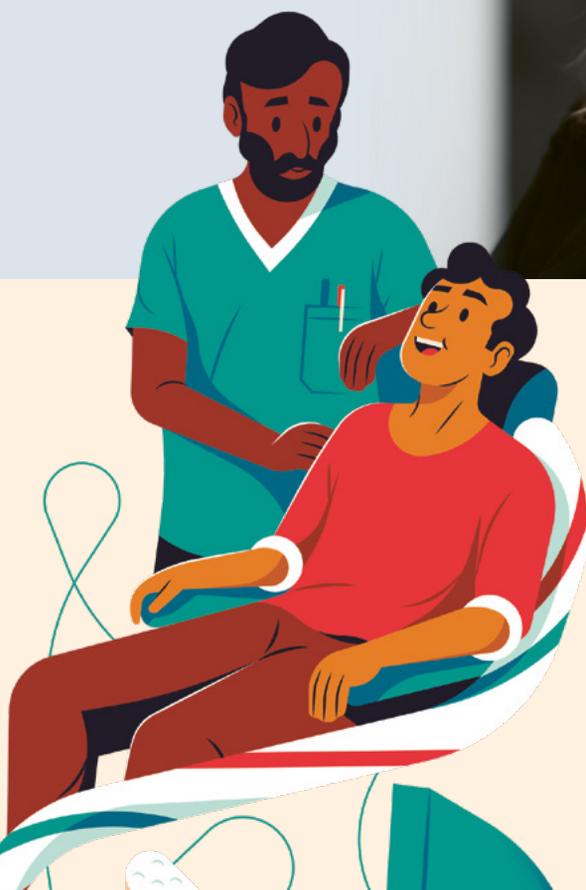
www.vdek.com/magazin



24

Gesündere Zähne bei jungen Menschen

ERSATZKASSEN Der neue Zahnreport 2022 der BARMER zeigt, dass besonders bei jungen Menschen die Zahngesundheit deutlich besser geworden ist. Ungeachtet dieses erfreulichen Ergebnisses ist jedoch die häufige Zahntherapie immer noch die Regel. Der Wandel von einer therapie- zu einer präventionsgeprägten Zahnmedizin sollte daher konsequent weiterverfolgt werden.





»Globale Krisen stellen uns vor große Herausforderungen«

POLITIK & VERSORGUNG Auch das Gesundheitswesen in Deutschland ist von globalen Krisen wie dem Klimawandel und der Corona-Pandemie betroffen. Die Politikerin und Medizinerin Dr. Kirsten Kappert-Gonther spricht im Interview mit *ersatzkasse magazin*. darüber, wie diese Herausforderungen bewältigt und insbesondere die vulnerablen Gruppen gestärkt werden können.

42



AKTUELL

- 6 Auswirkungen von Corona auf die Pflege
- 7 Endoprothesenregister: Positive Bilanz
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Aktuelle Gesetzesvorhaben

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 GKV-Finanzierung: Neue Debatte nötig
- 12 Krankenhausreform – ein Puzzlespiel
- 15 Klimapolitik ist auch Gesundheitspolitik
- 18 Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung
- 20 #regionalstark
- 24 Interview mit Dr. Kirsten Kappert-Gonther
- 29 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 32 Digitalisierung nutzerfreundlich gestalten
- 35 Glossar zur digitalen Transformation
- 38 Umsetzung des E-Rezepts

ERSATZKASSEN

- 40 Impfquoten bei Kindern gehen zurück
- 41 Dauerhaftes Problem „Cybermobbing“
- 42 Häufige Zahntherapie noch die Regel

VERMISCHTES

- 44 Mehr Aufklärung über Diabetes
- 45 Zufrieden mit dem Gesundheitssystem
- 46 PS: Jungbrunnen fürs Herz?
- 46 Impressum

Auswirkungen von Corona auf die Pflege

Wie haben Schutzmaßnahmen gegen Covid-19 in Pflegeheimen gewirkt und was lässt sich daraus für die Zukunft lernen? Zu diesen Fragen hat die Berliner Charité die vom GKV-Spitzenverband geförderte Studie „Covid-Heim“ vorgelegt, deren Ergebnisse am 16. November 2022 auf einer Fachtagung vorgestellt wurden. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten zeigt, dass die Sterblichkeit in Pflegeheimen zum Höhepunkt der zweiten Welle von Dezember 2020 bis Februar 2021 deutlich erhöht war: Durchschnittlich starben wöchentlich elf von 1.000 Heimbewohnenden. 2015 bis 2019 waren es durchschnittlich sieben von 1.000. Zu Einschränkungen während der zweiten Covid-19-Welle wurden 873 Pflegeheimleitungen befragt. 85 Prozent nannten eingeschränkte Besuche als Maßnahme in ihrer Einrichtung, 82 Prozent hatten den Körperkontakt zwischen allen Personen reduziert und zwei Drittel hatten gemeinsame Veranstaltungen gestrichen. Neun von zehn Pflegekräften bestätigen, dass solche Schutzmaßnahmen für die Bewohnenden Folgewirkungen gehabt hätten, allen voran Einsamkeit, Rückzug und Verwirrung. Soziale Teilhabe, so das Fazit, müsse durch die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen gestärkt werden. *pm*
→ bit.ly/3hB7YB5



Nutzen eines Vitamin-D-Screenings unklar

Das wissenschaftliche Team des IGeL-Monitors hat keine Studien gefunden, die den Nutzen oder Schaden eines Vitamin-D-Screenings bei Erwachsenen ohne Anzeichen eines Vitamin-D-Mangels untersucht haben. Auch eine regelmäßige Einnahme von Vitamin D zeigte bei dieser Gruppe keine positiven gesundheitlichen Effekte. Der IGeL-Monitor bewertet das Vitamin-D-Screening deshalb mit „unklar“. Die Früherkennungsuntersuchung auf einen Vitamin-D-Mangel ist eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die häufig in ärztlichen Praxen angeboten oder nachgefragt wird. Im IGeL-Report 2020 gehörte sie zu den 20 am häufigsten genannten Selbstzahlleistungen. In vielen Praxen wird sie allein oder in Kombination mit anderen Vitaminbestimmungen als sogenannter „Vitamin-Check“ angeboten. *pm*
 → bit.ly/3tbxFeh

Positive Zehn-Jahres-Bilanz zum Endoprothesenregister

Zehn Jahre nach dem Start des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) haben die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie weitere Trägerorganisationen des Registers auf einer gemeinsamen Pressekonferenz im November 2022 eine erfolgreiche Bilanz gezogen. „Das Endoprothesenregister hat Pionierarbeit geleistet“, betonte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Es fördere die Aufklärungsarbeit und trage zu einer größeren Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten bei. Diese würden durch gut aufbereitete Patientebroschüren dazu ermächtigt, sich über ihren Eingriff zu informieren und mehr über Faktoren zu erfahren, die einen langfristigen Behandlungserfolg beeinflussen können. *pm*

→ bit.ly/3ETNDAm



Podiumsteilnehmer:innen der Pressekonferenz zu „Zehn Jahre EPRD“ am 22. November 2022 (v.l.n.r.): Marc Michel, Prof. Dr. med. Carsten Perka, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Dr. med. Jürgen Malzahn und Dr. med. Andreas Hey

Antje Kapinsky verstärkt Politikbereich beim vdek



Seit 1. November 2022 ist Antje Kapinsky Referatsleiterin und stellvertretende Abteilungsleiterin für den Bereich Politik/Selbstverwaltung beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Zuvor war sie als Fachleiterin Gesundheitspolitik bei der Techniker Krankenkasse (TK) tätig, somit bleibt ihre Expertise der Ersatzkassengemeinschaft erhalten. Die studierte Politikwissenschaftlerin begann ihre berufliche Laufbahn im Bundestag als wissenschaftliche Mitarbeiterin von Abgeordneten. Anschließend wechselte sie in die Dienste der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 2018 rief sie mit vier weiteren Frauen die Initiative „Spitzenfrauen Gesundheit“ ins Leben und gründete 2020 den gleichnamigen Verein. *pm*

Krankheitslast in Deutschland

Welche Krankheiten in Deutschland maßgeblich zur Krankheitslast beitragen, haben Forschende des Robert Koch-Instituts (RKI) gemeinsam mit weiteren Einrichtungen im Rahmen der Studie „Burden 2020“ berechnet. Am meisten tragen koronare Herzkrankheiten zur Krankheitslast bei, gefolgt von Schmerzen im unteren Rücken und Lungenkrebs. Krankheitslast-Studien lieferten umfassende Daten zur Bevölkerungsgesundheit, sagte RKI-Präsident Lothar H. Wieler. Er bezeichnete diese Daten als unverzichtbare Grundlage für die Steuerung und Priorisierung von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und Prävention. *pm*
→ bit.ly/3U2YFr4

 **18.1.2023** Unter dem Titel „Die Sozialwahlen 2023: Die Soziale Selbstverwaltung konstituiert sich neu – Herausforderungen, Chancen, Potenziale“ lädt der vdek zu einer Hybridveranstaltung von 11 bis 14 Uhr in die vdek-Zentrale in Berlin ein.

 **24.1.2023** Zu seiner Neujahrs-Presskonferenz lädt der vdek um 10.30 Uhr in die Bundespressekonzferenz ein und gibt einen gesundheitspolitischen Ausblick auf das Jahr 2023. Die Pressekonferenz wird auch per Livestream übertragen.



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS g-ba.de

Außerklinische Intensivpflege

Die Regelung zur Verordnung von Leistungen für Patientinnen und Patienten, die Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben, wurde angepasst. Ziel ist es, den Übergang des bisherigen auf den künftigen Leistungsanspruch bei diesen komplexen und individuell abzustimmenden Leistungen noch stärker zu erleichtern. Im November 2021 verabschiedete der G-BA eine neue Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege, die ab 1. Januar 2023 wirksam wird, und löste damit die Vorgaben für diesen speziellen Leistungsbereich aus der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege

heraus. Nun wurde entschieden, dass weiterhin bis einschließlich 30. Oktober 2023 Verordnungen von Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege nach der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege möglich sind.

Ärztliche Zweitmeinung

Künftig haben gesetzlich Versicherte auch vor einer geplanten Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) Anspruch auf eine zweite ärztliche Meinung. Die sogenannten Zweitmeiner prüfen, ob die empfohlene Operation auch aus ihrer Sicht medizinisch wirklich notwendig ist. Zudem beraten sie die Versicherten zu möglichen Behandlungsalternativen. In Deutschland wird jährlich bei rund 200.000 Patientinnen und Patienten die Gallenblase

entfernt, das ist deutlich mehr als im europäischen Vergleich. Bei der Entfernung der Gallenblase handelt es sich überwiegend um einen planbaren Eingriff.

Stereotaktische Radiochirurgie

Voraussichtlich ab Juli 2023 wird auch in der ambulanten Versorgung die stereotaktische Radiochirurgie – eine einmalige hochdosierte präzise Bestrahlung von Tumorgewebe – eine Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit Hirnmetastasen. Nach Auswertung der aktuellen Studienlage zeigt sich, dass vor allem im Vergleich zu einer Ganzhirnbestrahlung mit der stereotaktischen Radiochirurgie nachweislich geringere Nebenwirkungen eintreten und das umliegende Hirngewebe geschont wird. *pm*



PRESSESCHAU

Finanzen

„Der auf öffentlichen Druck von Scholz ins Gesundheitsministerium beförderte Karl Lauterbach (SPD) hat ebenfalls zu kämpfen. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Regierungskommission zur Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung kam viel später zustande als geplant. Nur mit großer Mühe kann Lauterbach 2023 das Rekorddefizit der gesetzlichen Krankenkassen von 17 Milliarden Euro stopfen. Wie danach die Bilanz ausgeglichen werden soll, steht in den Sternen.“

FAZ, 24.11.2022

Pflege

„Ein Platz im Pflegeheim war schon immer teuer. Im Schnitt mussten Pflegebedürftige bislang einen monatlichen Eigenanteil von 2.248 Euro stemmen. Das reicht jetzt nicht mehr. Die Kosten für Pflegeplätze sind extrem nach oben geschossen. (...) Hinter der Preisexplosion stecken nicht allein die höheren Energie- und Lebensmittelkosten, sondern auch höhere Löhne. Seit September müssen Pflegekräfte nach Tarif bezahlt werden. All diese Teuerungen reichen die Heime nun an ihre Bewohner weiter.“

DIE WELT, 23.11.2022

Coronavirus

„So sehr „Endemie“ nach „Ende“ klingt, es bedeutet das Gegenteil. Ohne Zweifel wird die Menschheit künftig mit Sars-CoV-2 leben müssen. Dieses Virus wird nicht mehr verschwinden, so wie auch Influenza, HIV, Malaria, Masern oder andere Erreger nach ihren epidemischen (beschränkt auf eine oder wenige Regionen) oder pandemischen (weltweite verbreitet) Phasen nicht verschwunden sind.“

DER TAGESSPIEGEL, 19.11.2022



AKTUELLE GESETZESVORHABEN*

Krankenhauspflege-entlastungsgesetz (KHPfLEG)

 **Kabinettsentwurf** vom 14. September 2022

 **Inkrafttreten** voraussichtlich im Dez. 2022

Das Gesetz ist als eilbedürftig deklariert. An dieses Gesetz, in dessen Zentrum die Einführung eines neuen Pflegepersonalbemessungsinstruments (PPR 2.0) steht, sollen weitere Regelungen angehängt werden. Vorgesehen ist unter anderem:

- Bis zum 31. Dezember 2023 muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long Covid beschließen.
- Einführung der paritätischen Beteiligung von Frauen in den Vorständen der K(Z)BV und der K(Z)V, sofern diese mehrköpfig sind
- Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhalten Krankenhäuser 2023 und 2024 ein angehobenes Erlösvolumen. Hierfür sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds insgesamt 540 Millionen Euro entnommen werden.
- Die geburtshilfliche Versorgung durch Krankenhäuser soll ebenfalls mit Mitteln aus der Liquiditätsreserve in 2023 und 2024 mit insgesamt 216 Millionen Euro unterstützt werden.
- Einführung der Krankenhaustagesbehandlung (tagesstationäre Behandlung) als weitere Behandlungsform im Krankenhaus
- Ab 1. Januar 2023 wird eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt.
- Die Ermächtigung, durch Rechtsverordnung des BMG im Einvernehmen mit dem BMF der sozialen Pflegeversicherung Bundesmittel zur Sicherung der Zahlungsfähigkeit aufgrund pandemiebedingter Mehrkosten zur Verfügung zu stellen, wird bis Ende 2023 verlängert.

Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

 **Kabinettsentwurf** vom 21. Oktober 2022

 **Inkrafttreten** voraussichtlich Sommer 2023

Das BMG will – wie im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung vereinbart – die Überführung der bislang aus Projektmitteln finanzierten UPD in eine Stiftung umsetzen. Sie soll beim GKV-Spitzenverband neu strukturiert und verstetigt werden und zum 1. Januar 2024 an den Start gehen. Vorgesehen ist unter anderem:

- Finanziert werden soll die Stiftung im Wesentlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die private Krankenversicherung (PKV) soll sich anteilig mit sieben Prozent an den Kosten in Höhe von insgesamt 15 Millionen Euro jährlich beteiligen.
- Der Stiftung soll ein zweiköpfiger Stiftungsvorstand vorstehen, der durch die Patientinnen-Verbände vorgeschlagen wird. Ein Stiftungsrat soll die Arbeit des Vorstandes begleiten. Diesem Stiftungsrat sollen angehören der/die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sowie Vertreter:innen der Patient:innen-Verbände, des Gesundheits- und des Verbraucherschutzministeriums, des GKV-Spitzenverbandes, des PKV-Verbandes sowie zwei Bundestagsabgeordnete.
- Einem wissenschaftlichen Beirat sollen sechs unabhängige Sachverständige angehören.

* Stand Redaktionsschluss

Nach der Reform ist vor der Reform

Text von **Dr. Jörg Meyers-Middendorf** und **Thorsten Nahgang**

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird um 0,3 Beitragssatzpunkte ansteigen. Weitere Beitragssatzsteigerungen in anderen Sozialversicherungszweigen sind zu erwarten und bereits angekündigt. Zu diesen Mehrbelastungen kommen steigende Energiekosten, eine hohe Inflationsrate und deutlich höhere Konsum- und Bauzinsen hinzu.

Keine „Sozialversicherung auf Pump“

Das GKV-FinStG enthält umfangreiche Regelungen, die dazu dienen, die Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds weiter abzuschmelzen. Rücklagen, die aus Beitragsmitteln aufgebaut wurden, sind eigentlich nicht dazu da, notdürftig das System zu stützen. Außerdem stellen sie einen Eingriff in die Haushaltsautonomie der Selbstverwaltung dar. Klar ist jetzt, dass durch den Abbau der Kassenreserven „die Zitrone faktisch ausgepresst“ ist. Die Rücklagen bis auf die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve der GKV sind quasi komplett verfrühstückt und leergehäumt. Das ist kein guter Beitrag für eine zukunftsfeste Finanzierung und allenfalls Flickschusterei. Daneben wurde der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein zinsloses Bundesdarlehen aus Steuermitteln gewährt. Das stellt an sich bereits einen gefährlichen Systembruch dar. Der Weg in die „Sozialversicherung auf Pump“ sollte nicht gegangen werden.

Die Verabschiedung des **GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG)** liegt erst wenige Wochen zurück und ging aus Sicht der Beitragszahler:innen enttäuschend und wenig erfreulich aus. Sie müssen künftig tiefer in die Tasche greifen.

Dabei lagen sinnvolle und leicht umsetzbare Alternativvorschläge auf dem Tisch. Sogar die Koalition selbst hat sich in ihr Pflichtenheft geschrieben, dass sie den Pauschalbeitrag, den die Arbeitslosenversicherung für die Krankenversicherung der Hartz-IV-Empfänger:innen an die GKV überweist, kostendeckender gestalten will. Derzeit existiert dort eine systematische Unterfinanzierung in Höhe von insgesamt rund zehn Milliarden Euro.

Zudem will die Koalition eigentlich den Steuerzuschuss regelhaft dynamisieren, den der Bund pauschal in den Gesundheitsfonds gibt, um die von der GKV erbrachten, aber eigentlich versicherungsfremden Leistungen zu refinanzieren. Seit Jahren ist dieser Steuerzuschuss jedoch vom Gutdünken der Haushaltspolitik der jeweiligen

Bundesregierung abhängig. Es ist dringend notwendig, dass dieser Steuerzuschuss in seiner Höhe regelbasiert dauerhaft abgesichert und fortlaufend dynamisiert wird. Beide Vorhaben hat sich die Ampel in ihrem Koalitionsvertrag zwar vorgenommen, passiert ist bislang jedoch nichts. Dabei herrscht dringend Handlungsbedarf.

Das renommierte IGES Institut hat erst kürzlich im Auftrag der DAK-Gesundheit ermittelt, dass bereits 2024 in der GKV erneut eine Finanzlücke in Höhe von 25 Milliarden Euro droht. Das Gutachten prognostiziert für 2025 sogar ein Finanzierungsdelta von über 30 Milliarden Euro. Insofern ist nach der Reform vor der Reform!

Es wird erneut eine Debatte geben müssen, wie die GKV und die sozialen Sicherungssysteme insgesamt stabilisiert werden können, ohne die Beitragszahler:innen über Gebühr zur Kasse zu bitten. Die Sozialversicherung ist ein Garant für den sozialen



Dr. Jörg Meyers-Middendorf ist Abteilungsleiter Politik/Selbstverwaltung beim vdek



Thorsten Nahrgang ist Referent in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte neben der reinen Finanzierungsdebatte insbesondere eine Restrukturierung der stationären Versorgungslandschaft in den Fokus genommen werden.

Frieden in Deutschland. Dennoch wird sich im kommenden Jahrzehnt der Demografie-Effekt umso stärker bemerkbar machen. Das hat Auswirkungen auf alle Sozialversicherungszweige.

GKV verlässlich und solidarisch finanzieren

Vor diesem Hintergrund ist es begrüßenswert, dass das GKV-FinStG dem Gesundheitsministerium einen umfangreichen Arbeitsauftrag mitgegeben hat. Bis Ende Mai 2023 soll es Empfehlungen ausarbeiten, wie die GKV künftig stabil, verlässlich und solidarisch finanziert werden kann. Für die Einnahmeseite dürfte das klar sein: kostendeckender Beitrag für die ALG-II-Empfänger:innen, dynamisierter Steuerzuschuss und Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf den ermäßigten Steuersatz. Es muss aber auch bei den vorzulegenden Empfehlungen der Blick auf die Ausgabenseite der GKV gelenkt werden. In diesen gesamtgesellschaftlich notwendigen und von allen Beteiligten solidarisch zu tragenden Prozess bringen sich die Ersatzkassen und ihr Verband konstruktiv und kritisch ein. Die nächsten Monate werden von intensiven Debatten im gesundheitspolitischen Berlin geprägt sein.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte neben der reinen Finanzierungsdebatte insbesondere eine Restrukturierung der stationären Versorgungslandschaft in den Fokus genommen werden. Deutschland leistet sich im internationalen Vergleich eine überdimensionierte Krankenhauslandschaft. Gerade dort könnten durch eine Leistungskonzentration Effizienzpotenziale gehoben werden. Auch der Personalmangel wird sich weiter verschärfen und es notwendiger denn je machen, die Versorgung zu bündeln und das Personal nutzbringender einzusetzen. Darüber hinaus braucht es auch Vorschläge für die ambulante Versorgung in eher unterversorgten Gebieten. Die Ersatzkassen haben mit ihren Vorstellungen für die Einführung von regionalen Versorgungszentren dazu einen Vorschlag unterbreitet.

Im Sinne der Beitragszahler:innen und der Patient:innen muss eine qualitativ hochwertige, zielgenaue und vor allem finanzierbare Gesundheitsversorgung das Ziel sein. ■

Krankenhausreform – ein wissenschaftliches Puzzlespiel

Text von Agnes Kübler und Stefan Wöhrmann

Ein Puzzle ist ein Geduldspiel, das für Rätsel und Verwirrung sorgt, da es aus vielen Einzelteilen besteht, die es gilt zusammenzulegen. Es erweckt den Eindruck, dass sich die Verantwortlichen der Bundesregierung hiervon inspiriert fühlten, als sie die **Krankenhausreform** dieser Legislaturperiode in Angriff genommen haben.



Seit Einführung der DRG-Fallpauschalen hat es, abgesehen von der erfolglos gebliebenen Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes, keine nennenswerte Reform für den Krankenhaussektor gegeben. Dies soll nun anders werden. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat eine Regierungskommission gebildet und dabei die Selbstverwaltungspartner bewusst außen vor gelassen. Die Regierungskommission hat zu Teilbereichen Vorschläge und Empfehlungen vorgelegt, die nun in Gesetzesvorschläge gegossen wurden. Gleichzeitig wurden weitere Reformbereiche angekündigt. Alle Reformmaßnahmen zielen darauf ab, den Leistungserbringern zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Kein einziger Vorschlag zielt bislang darauf ab, die Versorgungsstrukturen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu verändern, im Gegenteil. Von einer Krankenhausstrukturreform kann noch nicht die Rede sein.



Kein einziger Vorschlag der Regierungskommission zielt bislang darauf ab, die Versorgungsstrukturen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu verändern, im Gegenteil.

Was sagen die Länder?

Nicht nur die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, sondern auch die Länder wurden bislang nicht prominent in die Arbeiten der Regierungskommission eingebunden. Es verwundert nicht, dass die Länder sich nun lautstark zu Wort gemeldet haben. Die Gesundheitsministerkonferenz hat jüngst in ihren Eckpunkten zur Krankenhausreform beschlossen, dass die Länder bei der Planung alles richtig machen und diese auch in Zukunft alleine bei ihnen liegen soll. Eigen- und Fremdwahrnehmung können bekanntlich abweichen. Die Länder werden sich nicht die Butter vom Brot nehmen lassen. Eine Krankenhausreform ohne ihre Einbindung wird es nicht geben. Die Reaktion der Bundesregierung kam prompt.

Förderung der Geburtshilfe: 16 Länderlösungen

Die Bundesregierung hat sich darauf festgelegt, die Geburtshilfe finanziell fördern zu wollen. Die Regierungskommission hat Vorschläge unterbreitet, nur die auf Bundesebene festgelegten bedarfsnotwendigen Standorte zu fördern. Hiervon wurde nun abgewichen. Die Länder sollen die bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorte mit einer geburtshilflichen Fachabteilung und die jeweilige Förderhöhe festlegen. Insgesamt sollen Beitragsmittel in Höhe von 120 Millionen Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt werden. Das Land soll bei seiner Entscheidung folgende Punkte berücksichtigen:

- die länderbezogene Bedarfsnotwendigkeit
- die Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie am Standort
- die Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie am Standort
- den Anteil vaginaler Geburten am Standort
- die Geburtenanzahl am Standort

Im Ergebnis werden 16 verschiedene Länderlösungen dazu führen, dass jede bisher im Plan ausgewiesene geburtshilfliche Abteilung auch bedarfsnotwendig ist und folglich finanziell gefördert werden muss. Es überrascht nicht, dass dies eine Reform nach dem Geschmack der Länder ist. Das Geld anderer lässt sich bekanntlich leichter ausgeben als das eigene.

Behandlung von Kindern: Beitragsgelder mit der Gießkanne verteilt

Für die Behandlung von Kindern sollen alle Krankenhäuser ein garantiertes Erlösvolumen von insgesamt 300 Millionen Euro erhalten. Außerdem sollen Minderbelegungen von bis zu 20 Prozent vollständig und bei Krankenhäusern von mehr als 20 Prozent zu 65 Prozent ausgeglichen werden. Die Förderung zielt



Agnes Kübler ist Referatsleiterin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek



Stefan Wöhrmann ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek



dabei nicht auf die Strukturkomponente einer pädiatrischen Fachabteilung ab. Beitragsgelder werden mit der Gießkanne munter verteilt. Eine spezielle Förderung pädiatrischer Fachabteilungen in den ländlichen oder strukturschwachen Regionen hingegen hätte noch einen Sinn ergeben.

Tagesstationäre Behandlung

Bei der tagesstationären Behandlung soll es sich weiterhin um eine Krankenhausbehandlung handeln; damit ist es keine ambulante Behandlung. Sie ist inhaltsgleich mit der teilstationären Behandlung, wird jedoch besser vergütet. Als Vergütungs- oder Hotelkostenabschlag wird das abzurechnende Relativgewicht pro Tag um 0,04 bis zu einer Grenze von 30 Prozent reduziert. Dies sind in etwa 150 Euro pro Nacht. Die Tagesbehandlung soll mehr als sechs Stunden am Tag mit ärztlicher oder pflegerischer Behandlung dauern. Konkretisierende Behandlungsanforderungen gibt es nicht. Sechs Stunden im Wartezimmer könnten die Anforderungen einer Tagesbehandlung erfüllen. Kosten für Transport und häusliche Pflege können nicht anfallen. Dies gilt nicht für den Rettungsdienst bei einem Notfall in der Nacht. Tagesstationäre Behandlung soll zu einer Entlastung des Krankenhauspersonals in der Nacht führen. Fakt ist, dass neben den Wochenenden der Personalmangel in dieser Zeit am größten ist und dass das Risiko des Nichterreichens der Pflegepersonaluntergrenzen, die eine Patientengefährdung ausschließen sollen, steigt. Damit besteht die Gefahr, dass Patient:innen nach Hause geschickt werden, weil vermieden werden soll, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht erfüllt werden können. Die Patientensicherheit außerhalb der tagesstationären Behandlung ist nicht gewährleistet. Seltsam ist, dass Patient:innen in die tagesstationäre Behandlung einwilligen müssen; damit gehen die Verantwortung und das Komplikationsrisiko für den Ausflug ins „eigene Bett“ auf die Patient:innen über. Versorgungsqualität und Sicherheit sehen anders aus.

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Es ist kein Geheimnis, dass die dreiseitigen Verhandlungen zum neuen AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen), der auch stationäresetzende Maßnahmen enthalten soll, zäh verlaufen. Die Interessen der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzt:innen in diesem stark umkämpften Wettbewerbsfeld laufen auseinander. Der Gesetzgeber hat

anscheinend die Geduld verloren und wird einen Teil der infrage kommenden Leistungen in einen neuen Leistungsbereich der speziellen sektorengleichen Vergütungen überführen und diese Aufgabe selbst in die Hand nehmen. Das Bundesgesundheitsministerium soll ermächtigt werden, bis Jahresende durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere

- zu den Leistungen, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet wurden,
 - zur Abgrenzung der Leistungen,
 - zur Höhe der speziellen sektorengleichen Vergütung,
 - zum Abrechnungsverfahren und
 - zur Dokumentation
- zu regeln. Eine Mammutaufgabe, die viele konfliktreiche Themen in kürzester Zeit lösen soll.

Reformen sind kein Spiel

Ein erfahrener Puzzlespieler weiß, dass man am Rand-Anfang beginnen muss, die Einzelteile zu einem Ganzen zusammenzufügen. Dem folgend hat sich die Regierungskommission zunächst mit den Randthemen einer Reform auseinandergesetzt. Eine Krankenhausreform ist kein Spiel, sondern eine ernstzunehmende Angelegenheit, bei der man zunächst zeitgleich die Kernthemen zur Vergütungs- und Vorhaltekostenfinanzierung, Krankenhausplanung, Ambulantisierung sowie zur Investitionsfinanzierung ineinandergreifend hätte festlegen müssen. Ansonsten wird diese Krankenhausreform nie zu einer Krankenhausstrukturreform. ■



Klima und Gesundheit zusammen denken

Text von **Dr. Sophie Rabe** und **Elisabeth Bertram**

Der Klimawandel und die daraus resultierenden Auswirkungen für die Gesundheit drängen sich immer stärker in den Fokus der fachlichen und politischen Diskussionen. **Klimapolitik wird zunehmend auch als Gesundheitspolitik begriffen.** Denn unsere Gesellschaft, unsere Gesundheit und unsere Wirtschaft hängen von einer intakten Natur und einem stabilen Klima ab.



Dr. Sophie Rabe ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Elisabeth Bertram ist Referatsleiterin in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

Seit Beginn der Wetteraufzeichnung ist die Durchschnittstemperatur in Deutschland um 1,6 Grad Celsius angestiegen. Messungen des Deutschen Wetterdienstes zeigen, dass die Geschwindigkeit des Temperaturanstiegs in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen hat. Die Kernaussagen des aktuellen Reports des Weltklimarates (IPCC) machen die Dringlichkeit für weitere konkrete Schritte zur Reduktion von Treibhausgasen zur Abmilderung der Klimakrise deutlich. Dafür sind allerdings eine sofortige globale Trendwende sowie tiefgreifende Treibhausgas-minderungen in allen Weltregionen und allen Sektoren nötig. Die gesundheitliche Zukunft künftiger Generationen hängt davon ab, ob die maximale Erderwärmung auf 1,5 Grad Celsius begrenzt wird. Im November 2022 fand die 27. Weltklimakonferenz statt. Es konnte keine Einigung für eine drastische Verringerung der weltweiten Emissionen erzielt werden.

Die Folgen des Klimawandels werden auch in Deutschland zunehmend wahrnehmbar. In den vergangenen Jahren haben eine Vielzahl großflächiger Waldbrände, dicht aufeinanderfolgende Hitzewellen und neue Temperaturrekorde die unmittelbaren Auswirkungen des Klimawandels verdeutlicht.

Übersterblichkeit aufgrund von Hitze

Hitze belastet den menschlichen Organismus und führt zu einer Zunahme an hitzebedingten Krankheits- und Todesfällen. In den letzten 60 Jahren haben sich Hitzetage mit Temperaturen über 30 Grad in Deutschland verdreifacht. Aktuelle Zahlen einer Studie des Robert Koch-Instituts belegen, dass die Hitze in den Jahren 2018 bis 2020 bis zu 20.000 Todesfälle verursacht hat. Erstmals wurde eine Übersterblichkeit aufgrund von Hitze in drei aufeinanderfolgenden Jahren beobachtet. Zahlreiche Studien gehen davon aus, dass zukünftig auch in Deutschland vermehrt mit extremen Hitzeereignissen mit teilweise drastischen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit gerechnet werden muss. Hitzestress trifft vor allem ältere Menschen und Personen mit Vorerkrankungen und verstärkt sich in städtischen



Gebieten. Folglich weist die deutsche Bevölkerung eine hohe Vulnerabilität gegenüber den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels auf. Erste Analysen von Versorgungsdaten zeigen, dass es an Hitzetagen vermehrt zu Krankenhauseinweisungen kommt und auch eine Zunahme von Fehltagen aufgrund von Hitze zu verzeichnen ist. Extreme Hitze wird zudem mit negativen Auswirkungen auf Schwangerschaften, einem verschlechterten Schlafverhalten und einer schlechteren psychischen Gesundheit in Zusammenhang gebracht.

Ebenso lässt sich ein Anstieg von klimasensitiven Diagnosen wie Hautkrebs und allergischen Erkrankungen, zum Beispiel Asthma, beobachten. Der Klimawandel verstärkt die UV-Strahlungsintensität und die Sonnenscheindauer. Zudem verstärkt der Temperaturanstieg die Verbreitung, die Menge und die Allergenität von Pollen.

Seit 2015 veröffentlicht die renommierte wissenschaftliche Fachzeitschrift The Lancet einen jährlichen Bericht über die weltweiten gesundheitlichen

Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit. Der aktuelle Bericht (Lancet Countdown on Health and Climate Change) wurde von 99 Experten:innen aus 51 Institutionen und UN-Organisationen erstellt. Der diesjährige Bericht zeigt, dass die ansteigenden Temperaturen vielerorts schon heute die Ernährungssicherheit bedrohen. Zwischen 2012 und 2021 ist die jährlich von extremen Dürren betroffene Landfläche im Durchschnitt um 29 Prozent größer gewesen als von 1951 bis 1960. Insgesamt stieg auch die Zahl weltweit hitzebedingter Todesfälle im Zeitraum von 2017 bis 2021 im Vergleich zu den Jahren 2000 bis 2004 um 68 Prozent an. Zudem fördere der Klimawandel die Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie Malaria und Denguefieber.

Dem Bericht zufolge ist es insgesamt noch nicht zu spät, die Auswirkungen der Klimakrise auf die globale Gesundheit abzumildern. Nötig seien hierfür



ein rascher Umstieg auf saubere Energieträger, eine Verbesserung der Luftqualität, ein beschleunigter Übergang zu einer ausgewogenen und verstärkt pflanzlichen Ernährung und eine stärkere Begrünung von Städten.

Der ökologische Fußabdruck des deutschen Gesundheitswesens

Zur Erreichung der Klimaziele braucht es eine ökologische Transformation in allen Sektoren der Gesellschaft. Auch das deutsche Gesundheitswesen weist aktuell einen hohen Materialverbrauch und hohe Abfallmengen auf. 5,2 Prozent der nationalen Treibhausgasemissionen sind dem Gesundheitssektor zuzuschreiben. Ein einziges Klinikbett verbraucht beispielsweise pro Jahr etwa so viel Energie wie vier Einfamilienhäuser.

Es ist unablässig, dass auch das Gesundheitswesen seinen Beitrag zum Erhalt unserer Lebensgrundlage leistet. Dazu bedarf es einer gemeinsamen Kraftanstrengung aller Beteiligten. Im Rahmen der komplexen Versorgungsstrukturen bestehen vielfältige Möglichkeiten, das Gesundheitssystem nachhaltig auszurichten und gegenüber den komplexen Anforderungen des Klimawandels resilient zu gestalten. Nur durch solidarisches Handeln aller Akteur:innen des Gesundheitssystems kann dieses in absehbarer Zeit klimaneutral ausgestaltet werden.

In Großbritannien gibt es beispielsweise eine nationale Zielsetzung zur Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Der National Health Service (NHS) hat sich als erstes Gesundheitssystem der Welt zur Dekarbonisierung bis 2040 verpflichtet. Dabei erfasst und berichtet der NHS regelmäßig über seinen Treibhausgas-Fußabdruck.

Seit Anfang 2020 wird hier ein zentral koordinierter Klimaschutzplan umgesetzt, mit Energieberatung, zentralen Vorgaben, Aufklärungskampagnen, Fortbildungen und Telemedizin konzepten. Es finden Wettbewerbe statt und es fließen Gelder für Innovationen im Bereich Klimaschutz und Gesundheit. Viele Investitionen, besonders in erneuerbare Strom- und Wärmequellen wie Wind

und Sonne oder Energiesparprogramme, amortisieren sich bereits nach wenigen Jahren und führen so zu Einsparungen im Gesundheitswesen. Zudem gibt es seit 2022 die Vorgabe, dass jede Gesundheitseinrichtung eine Führungskraft haben muss, die für die Pläne zur Klimaneutralität verantwortlich ist. Die Umsetzung der Maßnahmen zur Klimaneutralität liegt dann aber in der Verantwortung aller Beschäftigten.

In Deutschland gibt es bisher noch keine aktive Haltung im Bundesgesundheitsministerium für das Erreichen der Klimaneutralität im Gesundheitssektor. Bisher gibt es keine rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen, um

eine Klimaneutralität im Gesundheitswesen zu erreichen, sowie auch keine Anreize für Gesundheitseinrichtungen, ihre Treibhausgasemissionen zu reduzieren. Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2021 umfassende Beschlüsse zum Themenfeld Klima und Gesundheit gefasst.

Der vdek und die Ersatzkassen werden eine Agenda für eine ganzheitliche Klimaschutzstrategie mit dem Ziel der Klimaneutralität aufstellen.

Die Zielsetzung einer nachhaltigen und klimaneutralen Gesundheits- und Pflegeversorgung sollte auch im deutschen Gesundheitssystem verankert werden und Grundlage für ein nachhaltiges Verwaltungs-

handeln der Krankenkassen sein.

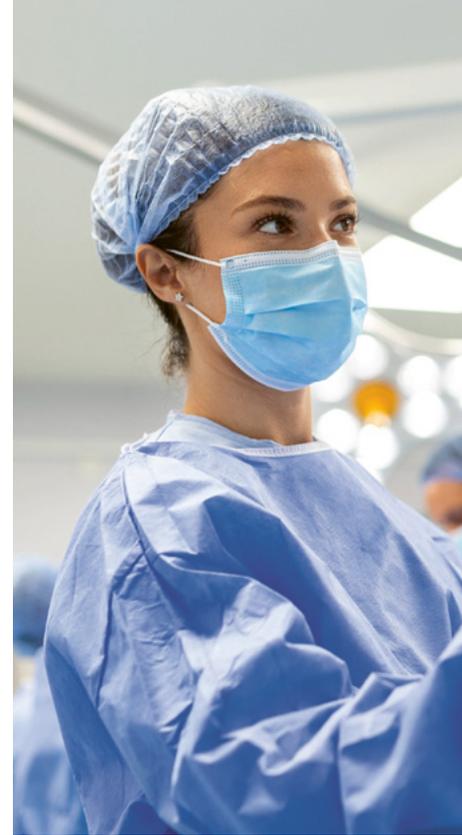
Beim eigenen Handeln wollen der vdek und die Ersatzkassen eine Agenda für eine ganzheitliche Klimaschutzstrategie mit dem Ziel der Klimaneutralität aufstellen. Ausgehend vom eigenen ökologischen Fußabdruck des vdek/der Ersatzkassen werden bereits erste Maßnahmen zur Reduktion von Emissionen eingeleitet.

Es gilt, die gesundheitlichen Konsequenzen des Klimawandels verstärkt in den Blick zu nehmen und relevante Impulse für ein klimaneutrales und nachhaltiges Gesundheitssystem zu setzen. Der vdek und die Ersatzkassen werden die Themenfelder einer nachhaltigen Gesundheits- und Pflegeversorgung zukünftig detailliert be- und aufarbeiten und auf dieser Grundlage als Gestalter einer klimaneutralen, nachhaltigen und resilienten Gesundheits- und Pflegeversorgung agieren. ■

Wirksamkeit von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Text von Nina Ellmerich und Stefanie Thees

Das ersatzkassengemeinsame Angebot MEHRWERT:PFLEGE unterstützt Krankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste dabei, sich um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu kümmern und ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aufzubauen. Wichtige Erkenntnisse über die Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen liefert ein **abgeschlossenes Forschungsprojekt, welches vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) initiiert wurde.**



Beschäftigte in Krankenhäusern, (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sind im beruflichen Alltag mit verschiedenen physischen und psychischen Belastungen konfrontiert, welche die Gesundheit beeinflussen können. Ein geeigneter Ansatz, um die Beschäftigtengesundheit gezielt zu fördern, Belastungen abzubauen und gesundheitliche Ressourcen zu stärken, ist die Implementierung eines Gesundheitsmanagements. Dabei geht es um viel mehr als einzelne Maßnahmen wie den Obstkorb, das Massageangebot oder den Gesundheitstag. Im Rahmen des ersatzkassengemeinsamen Angebots MEHRWERT:PFLEGE ist die Kernleistung eine umfassende Beratung zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung.

Der Gesundheitsförderungsprozess beginnt mit einer Analyse der Ist-Situation, aus der sich passgenaue und auf das Unternehmen, die Arbeitsschwerpunkte und die Beschäftigtenstruktur zugeschnittene Maßnahmen ableiten lassen. Diese Maßnahmen sollten sowohl auf eine Verbesserung der Arbeitsumgebung und -prozesse als auch auf die Befähigung des einzelnen Beschäftigten zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten abzielen. Das Angebot bietet für die Phase der Maßnahmenumsetzung einen Gesundheitsbaukasten, aus dem Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach Bedarf ausgewählt und in den



Gesamtprozess integriert werden können. Einige davon sind eigens für den Pflegekontext konzipiert, um den speziellen Herausforderungen in dem Setting gerecht zu werden.

BGF-Maßnahmen weiterentwickeln und anpassen

Parallel hierzu verfolgt der vdek mehrere Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, unter anderem im BGM für die ambulante Pflege, zur Entwicklung von Analyseinstrumenten speziell für die Pflege oder auch zur Beleuchtung von BGM im internationalen Kontext. Vor dem Hintergrund, dass bislang keine wissenschaftliche systematische Übersicht über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und deren Effektivität in Gesundheitseinrichtungen existiert, hat der vdek von Oktober 2020 bis Mai 2022 in Kooperation mit dem LMU Klinikum der Universität München ein Forschungsprojekt hierzu durchgeführt. Das Ziel war hierbei herauszufinden, welche wissenschaftlich evaluierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen es in den Settings Krankenhaus und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtung gibt und wie effektiv diese sind. In dem Projekt wurde daher ein systematisches Review zu BGF-Interventionen in neun Handlungsfeldern (Ernährung & Bewegung, Stressmanagement & Ressourcenstärkung, Sucht, Kommunikation, Interaktionsarbeit,

Lebensphasengerechtes Arbeiten, Führungskultur, Arbeits- und Organisationsgestaltung und Unternehmenskultur) durchgeführt. Die ausgewählten Handlungsfelder orientierten sich dabei an den Bausteinen aus dem erwähnten Gesundheitsbaukasten.

Aus 31.351 wissenschaftlichen Arbeiten wurden insgesamt 63 Einzelstudien in sechs Handlungsfeldern (Sucht, Interaktionsarbeit, Lebensphasengerechtes Arbeiten, Führungskultur, Arbeits- und Organisationsgestaltung, Unternehmenskultur) und 78 systematische Übersichtsarbeiten in drei Handlungsfeldern (Ernährung & Bewegung, Stressmanagement & Ressourcenstärkung, Kommunikation) eingeschlossen.

Insgesamt zeigte sich, dass die wissenschaftliche Kenntnislage zur Wirksamkeit von Maßnahmen der BGF sehr unterschiedlich für die einzelnen Handlungsbereiche ausfällt:

- Kommunikations-, Interaktionsarbeits- und Führungstrainings zeigten vor allem Effekte für das Verhalten der Beschäftigten, hingegen gibt es zu Gesundheitsfolgen kaum einen Nachweis.
- Für Suchtinterventionen konnte kein Effekt auf das Suchtverhalten gefunden werden – das Wissen und die Einstellungen der Teilnehmer:innen wurden jedoch verbessert.
- Für Arbeits- und Organisationsgestaltung und Lebensphasengerechtes Arbeiten ist die Studienlage vielfältig. Es liegen mehrheitlich Maßnahmen zur Minderung von Stress oder zur Förderung persönlicher Ressourcen vor – hierbei waren gesundheitsförderliche Effekte von individuals- und organisationsbezogenen Interventionen zu vermerken.



Nina Ellmerich ist Referentin für betriebliche Gesundheitsförderung in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Stefanie Thees ist Projektleiterin MEHRWERT:PFLEGE beim vdek

Die vielfältigen und strukturiert aufbereiteten Ergebnisse können dabei unterstützen, in den Einrichtungen die aktuelle wissenschaftliche Kenntnislage zur Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen einzuschätzen als auch deren Eignung zu bewerten. Zudem bietet die Arbeit eine Grundlage, notwendige Angebote zur Förderung der Gesundheit von Personal im Gesundheitswesen auf Basis der wissenschaftlichen Kenntnislage weiterzuentwickeln oder anzupassen. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Qualitätszirkel Geburtshilfe ins Leben gerufen

Das Thema „Geburtshilfe“ schlägt in Schleswig-Holstein aktuell hohe Wellen in Politik, Medien und Öffentlichkeit. Denn in diesem Jahr haben die Krankenhäuser in Eckernförde, Preetz und Ratzeburg ihre geburtshilflichen Abteilungen geschlossen und die Paracelsus-Klinik in Henstedt-Ulzburg hat diesen Schritt angekündigt. Durch die ungeplanten und zum Teil sehr kurzfristigen Verlagerungen der Patientenströme waren die verbliebenen Kliniken in den betroffenen Regionen vor große Herausforderungen gestellt, um sich personell und räumlich auf die gestiegene Nachfrage vorzubereiten. **Als politische Reaktion hat die Landesregierung einen „Qualitätszirkel Geburtshilfe“ ins Leben gerufen, um die angespannte Situation zu entschärfen und strukturelle Veränderungen anzustoßen, die in den Landeskrankenhausplan 2024 einfließen sollen.** Im Qualitätszirkel vertreten sind neben dem Landesgesundheitsministerium

die Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, der Hebammenverband, der Berufsverband der Frauenärzte, die Kommunen und die Kostenträger – darunter auch die vdek-Landesvertretung. Auch der Sozialausschuss des Landtags befasste sich in diesem Jahr wiederholt mit dem Thema „Geburtshilfe“ – zuletzt Anfang Dezember im Rahmen einer ganztägigen Expertenanhörung, an der auch die vdek-Landesvertretung teilgenommen hat. Durch die Schließungen ist vor allem in der Öffentlichkeit der Fokus auf die Erreichbarkeit der Geburtskliniken gelenkt worden. Aus Sicht der Ersatzkassen ist die Erreichbarkeit in angemessener Zeit und Entfernung nach wie vor flächendeckend gegeben – und bei der Wahl einer Geburtsklinik ist der Aspekt der Behandlungsqualität und Sicherheit für Mutter und Kind höher zu bewerten als eine geringfügig kürzere Anfahrt zum Krankenhaus. *fu*

 **@vdek_BW** #Prävention #Gesundheitsförderung – Die #Ersatzkassen mit ihrem #vdek in #BadenWuerttemberg engagieren sich mit mannigfaltigen Projekten #regionalstark etwa zur #Gesundheitskompetenz in Freiburg, #gesund und unabhängig älter werden in Stuttgart und zur Sucht in Karlsruhe.

 **@vdek_BY** 2.143 #Selbsthilfegruppen, 59 #Selbsthilfeorganisationen und 35 #Selbsthilfekontaktstellen in Bayern werden mit über 11 Millionen Euro von den **gesetzlichen Krankenkassen** und ihren Verbänden in diesem Jahr gefördert. Ein Rekordniveau!

VDEK-LANDESVERTRETUNG SAARLAND

Gesundheit verbindet – Landespräventionskonferenz

Am 27. September 2022 fand die zweite große Saarländische Landespräventionskonferenz (LaPrävKo) unter dem Motto „Gesundheit verbindet“ statt. Nach fünf Jahren Landesrahmenvereinbarung (LRV) Prävention hat sich viel getan und zahlreiche Projekte sind entstanden. Diese wurden im Rahmen eines Marktes der Möglichkeiten vorgestellt. Der vdek Saarland war nicht nur bei der Organisation und inhaltlichen Gestaltung der Konferenz beteiligt, sondern auch über den Verein Prävention und Gesundheit im Saarland (PuGiS) vertreten. PuGiS war im Auftrag der Partner der LRV für die Organisation der Konferenz zuständig. Michael Keck, 1. Vorsitzender des Vereins, ist in seinem Hauptamt Referatsleiter Ambulante Versorgung beim vdek. „Uns war es wichtig, in der Konferenz die



Schwerpunkte und Themen der Partner der LRV für die nächsten Jahre vorzustellen. **Aber noch entscheidender war es, dass alle Akteure endlich wieder in den Austausch gekommen sind.** Ich bin mir sicher, dass diese LaPrävKo der Startschuss für viele Kooperationen war“, so Keck. Alle Beteiligten waren sich einig: Durch die Belas-

tung in der Pandemie ist die Förderung der Resilienz und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wichtiger denn je. Hier wollen die Partner ansetzen und weitere Projekte entwickeln. Die Ergebnisse und Inhalte der LaPrävKo wurden mit einem Graphic Recording (also das visuell mit Zeichnungen unterstützte Protokollieren) zusammengefasst und sind auf der Website der vdek-Landesvertretung abrufbar. [aml](https://www.vdek.de/aml) → bit.ly/3ULCMgL

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Verleihung des 4. Thüringer Selbsthilfepreises

Was Selbsthilfe leistet, kann von keinem Gesetzgeber verordnet werden: gegenseitige Unterstützung, Beratung und Ehrenamt. Mit der Verleihung des Thüringer Selbsthilfepreises haben die Ersatzkassen nunmehr zum vierten Mal die herausragenden Initiativen und das unermüdliche Engagement der Selbsthilfe in Thüringen gewürdigt. Der feierliche Rahmen der Festveranstaltung am 10. Oktober 2022 fand unter der Schirmherrschaft von Landesgesundheitsministerin Heike Werner in Erfurt statt. Denn auch für die Thüringer Gesundheitsministerin ist das gelebte Für- und Miteinander in der Selbsthilfe eine Herzenssache. **Geehrt wurden insgesamt vier Selbsthilfegruppen und fünf Einzelpersonen aus den verschiedensten**



v. l. n. r.: Dr. Arnim Findekle (Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen), Dieter Werner (Preisträger und Ansprechpartner der Selbsthilfegruppe „Blasen- und Prostatakrebs Suhl)

Bereichen der Selbsthilfearbeit mit einem Preisgeld von insgesamt 7.000 Euro. Die Würdigung der in der Selbsthilfe Tätigen war für die Preisträger:innen eine hohe Wertschätzung ihrer tagtäglichen Arbeit. Die eine oder andere Träne floss dabei nicht nur bei den Geehrten. „Der persönliche Einsatz innerhalb der Selbsthilfe ist für Thüringen nicht mehr wegzudenken. Diese gelebte Solidarität

und der persönliche Einsatz der Betroffenen verdienen höchsten Respekt“, so Dr. Arnim Findekle, Leiter der vdek-Landesvertretung in Thüringen. Die Ersatzkassen in Thüringen bedanken sich für die wertvolle Arbeit, welche die Engagierten und die Träger:innen des Selbsthilfepreises 2022 fortwährend leisten. Ein großes Dankeschön gilt auch den Jurymitgliedern. [fp](#)



v. l. n. r.: Michael Mruck, Ulrike Elsner, Biggi Bender

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Wechsel an der Landesspitze: Michael Mruck folgt auf Biggi Bender

Die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg hat seit dem 1. November 2022 mit Michael Mruck (53) einen neuen Leiter. Er kommt aus Nordrhein-Westfalen (NRW) und hat dort die Referate Ambulante Versorgung und Stationäre Versorgung bei der dortigen vdek-Landesvertretung geleitet. Darüber hinaus war er in den letzten Jahren auch stellvertretender Leiter des Verbandes in NRW. Die bisherige Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Biggi Bender, ging zum 31. Oktober 2022 in den Ruhestand. Biggi Bender hatte zu Jahresbeginn 2018 die vdek-Landesvertretung übernommen. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, bedankte sich im Namen des Verbandes und seiner Mitglieds-kassen bei Biggi Bender. Sie habe in ihrer fünfjährigen Amtszeit die vdek-Landesvertretung erfolgreich geführt und mit großem Engagement die Interessen der Ersatzkassen in Baden-Württemberg vertreten. Gleichzeitig übergab Ulrike Elsner den

Staffelstab an Michael Mruck. Sie kenne ihn aus seiner langjäh-rigen Arbeit im Verband sehr gut. **Er verfüge über die notwendige Erfahrung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, kenne das Gesundheitswesen in Gänze und sei in der Gesundheitspolitik erfahren.** Er werde neue Akzente setzen und die Arbeit der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg erfolgreich fortsetzen. Michael Mruck ist Diplom-Verwaltungswirt (FH). Nach Stationen bei der Bundesknappschaft und der AOK Westfalen-Lippe in den 90er und 2000er Jahren wechselte er im Jahr 2006 zum damaligen Verband der Angestellten-Kranken-kassen e. V. (VdAK), dem heutigen Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Michael Mruck freut sich auf die neuen Aufgaben. Ihm sei wichtig, dass das Geld der Ersatzkassen so zielgerichtet eingesetzt wird, dass damit echte Versorgungsverbesserungen erzielt werden, die für die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsrealität auch spürbar sind. *wi*

Mitarbeiterzufriedenheit: MEHRWERT:PFLEGE hilft in Neuwied

Mitarbeiter:innen binden und neue gewinnen – das sind die Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen dieser Tage. Das vdek-Angebot MEHRWERT:PFLEGE unterstützt genau hier. Das durfte nun auch das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth in Neuwied auf seinem Weg zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit kennenlernen. Schon nach den ersten Gesprächen mit dem vdek ließ der kaufmännische Direktor der Klinik, Günter Iking, verkünden: „Gemeinsam können wir mehr erreichen.“ So ist es der Baukasten von MEHRWERT:PFLEGE, der individuell anpassbar auf die jeweilige Einrichtung (Klinik, Pflegeeinrichtung oder Pflegedienst) in Anspruch genommen werden kann und dadurch seine Attraktivität ausmacht. Die Bausteine umfassen unter anderem die Bereiche Kommunikation, Unternehmenskultur oder Ernährung und beinhalten Module wie beispielsweise „Arbeitszufriedenheit erhöhen“, „physische

und psychosoziale Gesundheit verbessern“ oder „Fehlzeiten verringern“. **Konkret verspricht sich die Neuwieder Klinik Mithilfe bei der Verbesserung der Work-Life-Balance ihrer Mitarbeiter:innen.** Dazu durften sich die Mitarbeiter:innen aus dem MEHRWERT:PFLEGE-Baukasten selbst aussuchen, welche Angebote sie wahrnehmen wollen. In Kleingruppen begleitet sie nun ein vdek-Prozessberater durch die gewünschten Themen und das sogar zu einem gewissen kostenlosen Kontingent an Beratertagen. Nach den ersten Maßnahmen und den Rückmeldungen der Mitarbeiter:innen zeigt sich Iking jedenfalls schon optimistisch: „Ich denke, wir sind auf einem guten Weg!“ So hofft er auch, dass sich diese Bemühungen in der Region herumsprechen und langfristig auszahlen bei seinen aktuellen und zukünftigen Mitarbeiter:innen. *drs*

→ bit.ly/3fLzriX



»Globale Krisen stellen uns vor große Herausforderungen im Gesundheitswesen«

Interview von Michaela Gottfried und Dr. Tanja Gloatz

Klimawandel, Corona-Pandemie, Ukrainekrieg und Energiekrise haben große Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Die Politikerin und Medizinerin **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** spricht im Interview über Strategien zur Bewältigung dieser globalen Krisen, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Notwendigkeit von Strukturreformen im ambulant-stationären Bereich.



Sie waren viele Jahre als Psychiaterin und Psychotherapeutin tätig. Was hat Sie dazu motiviert, den Weg in die Politik einzuschlagen?

KIRSTEN KAPPERT-GONTHER In die Politik zu gehen war für mich ein folgerichtiger Schritt, denn als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bin ich der Auffassung, dass sich Gesundheit im Alltag entwickelt. Und der Alltag ist durch politische Rahmenbedingungen geprägt, beispielsweise in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit, Mobilität und Bildung. Mich beschäftigt vor allem die Frage, wie sich die Lebensbedingungen auf unsere Gesundheit und insbesondere auf die seelische Gesundheit auswirken. Als Gesundheitspolitikerin kümmere ich mich um dieses Thema und kann dabei von meiner über 25-jährigen ärztlichen Tätigkeit profitieren. Ich war zuerst in einer psychiatrischen Klinik tätig, dann in einem Reha-Institut für psychisch kranke Menschen, baute eine Institutsambulanz in Bremen auf und ließ mich dann mit einer eigenen psychotherapeutischen Praxis nieder. Diese praktischen Erfahrungen prägen meine politische Arbeit.

Wie hat sich Ihr Blick auf das Gesundheitswesen während Ihrer medizinischen Tätigkeit verändert?

Ich habe in jeder dieser Versorgungsstrukturen gern gearbeitet. Aber die vorhandenen Sektorbrüche und Informationsverluste sind nicht nur für die im Gesundheitswesen Tätigen, sondern gerade für die Patient:innen eine Bürde. Mein Interesse war daher schon länger darauf gerichtet, wie wir die Versorgung im Sinne der Versicherten bestmöglich weiterentwickeln können. Dass politisches Engagement in einer Partei tatsächlich Früchte tragen kann, hat mich nach meinem

»Wenn wir die Klimakrise nicht in den Griff bekommen, werden neue Pandemien wahrscheinlicher.«



Beitritt bei Bündnis 90/Die Grünen vor über 20 Jahren weiter angetrieben – erst in der kommunalen Arbeit, dann in der Bremischen Bürgerschaft und schließlich in der Bundespolitik.

Ihre Partei hat gemeinsam mit SPD und FDP die Regierungsverantwortung inne. Wie haben Sie den Wechsel aus der Opposition in die Regierungsverantwortung wahrgenommen – auch im gesundheitspolitischen Bereich?

Die Verantwortung nehme ich als große Chance wahr. Im Rückblick bin ich aber überrascht, wie viel sich aus der Opposition heraus bewirken ließ, beispielsweise im Bereich Frauengesundheit, den ich in der vergangenen Legislaturperiode verantwortet hatte. Als regierungstragende Fraktion geht es darum, Kompromisse innerhalb der Koalition zu entwickeln. Im Gesundheitsausschuss beraten wir unter Hochdruck. Mein persönliches Anliegen ist, die seelische Gesundheit stärker in den Fokus zu rücken.

Derzeit sind Sie amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag. Wie schätzen Sie den Einfluss dieses Ausschusses ein?

Der Gesundheitsausschuss hat eine große Bedeutung, weil dort jedes Gesetz, jeder Änderungsantrag mit allen Parteien diskutiert wird. Kein gesundheitspolitisch relevanter Gesetzentwurf erreicht den Bundestag zur Beschlussfassung, bevor er nicht im Gesundheitsausschuss diskutiert wurde. An manchen Gesetzesvorhaben und Änderungsanträgen wird bis zur letzten Minute gefeilt. Je früher der Ausschuss die Vorlagen bekommt, desto fundierter kann über sie beraten werden.

Kooperieren die Parteien im Ausschuss gut miteinander?

Grundsätzlich ist die Kooperation gut – dies entspricht auch dem Wesen der Gesundheitspolitik. Denn wir ziehen in der Regel an einem Strang, da es darum geht, gemeinsam eine Gesundheitsversorgung zu gestalten, die für Patient:innen, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Kostenträger:innen funktionieren muss. Viele im Gesundheitsausschuss Tätige kennen zudem die widersprüchlichen Interessenlagen, die um den politischen Rahmen herum gerade im Gesundheitsbereich eine Rolle spielen. Doch auch zwischen den Fraktionen gibt es große Unterschiede, beispielsweise zur Frage einer Bürgerversicherung.

Wie ordnen Sie die Gesundheitspolitik in den Gesamtkontext der Politik ein?

Als ich vor 15 Jahren damit angefangen habe, mich auf Gesundheitspolitik zu konzentrieren, galt das eher als Nischenthema, was ich schon immer nicht nachvollziehbar fand. Inzwischen hat sich das glücklicherweise geändert. Gesundheitspolitik bedeutet für mich, alle politischen Entscheidungen daraufhin zu überprüfen, welche Einflüsse sie auf Gesundheit haben. Wie bauen wir beispielsweise unsere Städte? Wie organisieren wir für unsere Kinder Kita und Schule? Das alles hat direkten Einfluss auf unsere Gesundheitschancen. Wer in Armut lebt, ist häufiger chronisch krank. Deswegen geht mit Sozialreformen wie dem Bürgergeld auch Gesundheitsförderung einher. Konkret brauchen wir sektorenübergreifende Versorgungsangebote vor Ort, einschließlich Angebote der psychosozialen Versorgung. Wir brauchen Orte, wo Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenarbeiten. In Deutschland gibt es noch immer eine sehr ärztlich dominierte Medizinprägung, die andere relevante Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu Unrecht noch zu oft als Hilfsberufe wahrnimmt. Denn mit multiprofessionellen Teams könnten wir die Versorgung deutlich verbessern.

Durch die vorherrschenden Krisen wie die Klimakrise oder Coronapandemie ist das Gesundheitswesen auch mit ganz neuen Herausforderungen konfrontiert.

Ja, der Zusammenhang zwischen Klima und Gesundheit ist durch die extremen Wetterbedingungen und Ereignisse wie Überschwemmungen oder Hitze nun offensichtlich und erfahrbar für die Menschen geworden. Besonders betroffen sind vulnerable Gruppen, also Menschen, die in schlecht gedämmten Wohnungen leben oder draußen arbeiten. Klimaschutz ist Gesundheitsschutz! Eine große Herausforderung ist weiterhin die Coronapandemie. Sie hat uns in einem unfassbar rasanten Ausmaß vor Augen geführt, wie sehr wir alle individuell und kollektiv betroffen sind. Diese Virusentstehung ist auch in einem globalen Kontext zu betrachten. Wenn wir die Klimakrise nicht in den Griff bekommen, werden neue Pandemien wahrscheinlicher. Und auch hier gilt: Besonders betroffen davon sind die vulnerablen Gruppen – Kinder, alte und vorerkrankte Menschen. Wir sind ein reiches Land und arme Menschen haben ein signifikant höheres Risiko früher zu sterben als



Dr. Kirsten Kappert-Gonther ist Politikerin und Medizinerin. Die gebürtige Marburgerin wuchs im Ruhrgebiet auf, studierte Humanmedizin in Marburg und Brisbane/Australien und promovierte anschließend über Traumafolgestörungen. Seit 2001 ist sie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Jahr später trat sie in die Partei von Bündnis 90/ Die Grünen ein. Zu den Stationen ihrer politischen Karriere gehört ihre Arbeit als Mitglied der Bremischen Bürgerschaft von 2011 bis 2017. Seit September 2017 gehört sie dem Bundestag, inzwischen in der 2. Legislaturperiode, an. In ihrer Fraktion ist sie Berichterstatterin für seelische Gesundheit, Bioethik sowie für die Legalisierung von Cannabis. Darüber hinaus ist sie amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag.

wohlhabende. Das kann nicht sein und ist eine große Herausforderung für unser Gesundheitswesen.

Die Bewältigung der verschiedenen Krisen, aktuell auch der Auswirkungen des Krieges in der Ukraine, kostet viel Geld. Geht das nicht auch zulasten des Gesundheitswesens? Wie werden da politisch die Prioritäten gesetzt?

Die Krisen machen deutlich, wie wichtig es ist, in Prävention zu investieren, denn sonst steigen die Kosten später umso mehr. Dass die Bundesregierung viel Geld zur Abfederung der Krisen einsetzt, ist richtig. Solidarität ist das Gebot der Stunde. Das geht nicht zulasten der Gesundheitspolitik. So werden nicht nur Bürger:innen und Betriebe von hohen Energiekosten entlastet, sondern mit rund acht Milliarden Euro auch die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Parallel besteht weiterhin die Herausforderung, die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft zu stabilisieren.

Kommen wir auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sprechen. Wir haben jetzt ein Gesetz, das uns im nächsten Jahr über die Runden bringt – 2023 soll aber noch einmal neu diskutiert werden, wie es 2024 weitergeht. Ist das Gesetz zu kurzfristig angelegt?

In einem ersten Schritt wurden mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Lasten auf viele Schultern verteilt. Das Gesetz bringt uns aber nur kurzfristig „über die Runden“. Es liefert weder eine substanziale Strukturreform, noch stellt es die Konsolidierung der GKV-Finanzierung sicher. Andererseits war es notwendig, schnell zu reagieren. Denn in den vergangenen Jahren gab es eine Reihe politischer Entscheidungen, die sehr teuer waren, ohne die Versorgung wirklich zu verbessern. Dieser enorme Schuldenberg – rund 17 Milliarden Euro – der gesetzlichen Krankenkassen hat sich letztlich als Folge einer gesundheitspolitischen



Ausrichtung entwickelt, die sich statt echten Reformen des Füllhorns bedient hat. Von daher musste kurzfristig Stabilität her, um unser Solidarsystem nicht zu gefährden. Über die regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses und die höhere Pauschale für gesetzlich versicherte ALG-II-Empfänger:innen wird weiter zu sprechen sein.

Die Ampelkoalition will auch Strukturreformen im ambulanten-stationären Bereich auf den Weg bringen, Vernetzung fördern und die Versorgung auf dem Land sicherstellen.

Ja, wir brauchen eine Strukturreform, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung überall – in der Stadt und auf dem Land – zukunftsfest zu machen. Wir haben einen Fachkräftemangel bei Pflegekräften, zunehmend auch bei Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen und Hebammen. Der demografische Wandel führt indes zu einer Erhöhung der Krankheitslast bei gleichzeitiger Verknappung der Ressourcen. Vorhandenes Personal muss daher sinnvoll eingesetzt und Doppelstrukturen so gut wie möglich vermieden werden. Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen müssen drastisch verbessert werden, nicht-ärztlichen Berufsgruppen muss mehr Verantwortung übertragen werden. Der ambulante und stationäre Bereich müssen auf regionaler Ebene besser vernetzt und perspektivisch gemeinsam geplant und vergütet werden. Bei den Krankenhausstandorten müssen wir zu mehr Zentralisierung kommen und das nicht in erster Linie aus finanziellen Gründen, sondern aus Gründen der Qualität der Versorgung. Wir müssen mehr Leistungen ambulant erbringen und hierfür interprofessionelle Angebote zum Beispiel in Primärversorgungszentren fördern. Dafür benötigen wir substanzielle Reformen, die verbindlich die Vernetzung ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Angebote regeln und die Aufgaben der verschiedenen Gesundheitsberufe neu justieren.



Was schwebt Ihnen da vor?

Ich erhoffe mir, dass etwa der Beruf der Community Health Nurses, wie er in Finnland existiert, auch in Deutschland zum Leben erweckt wird. Diese Pflegefachpersonen verfügen über eine hervorragende akademische Ausbildung und verantworten selbstständig Primärversorgungszentren in verschiedenen Regionen. Dorthin können sich die Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen ohne Anmeldung wenden. In einigen dieser Zentren bieten die Community Health Nurses zudem psychosoziale Krisenintervention an. Vielen der Betroffenen kann direkt geholfen werden, ohne dass sie eine Psychiaterin oder einen Psychotherapeuten brauchen. Dieses Beispiel zeigt, dass es neben den Problemen im Gesundheitswesen und dem großen Druck, unter dem die Krankenkassen und weitere Gesundheitsakteur:innen stehen, auch gute Chancen gibt, unsere Gesundheitsversorgung zu modernisieren.

Wie sollen diese Reformen finanziert werden?

Eine gute Gesundheitsversorgung gibt es nicht zum Nulltarif. Sicherlich gibt es bereits jetzt große Einsparpotenziale, ich denke da an die Notfallversorgung, die wir stärker durch ambulante Angebote entlasten müssen. Wenn wir aber beispielsweise beim Aufbau von Primärversorgungszentren ein neues Berufsbild wie die Community Health Nurses etablieren wollen, benötigen solche Strukturen erst einmal zusätzliches Geld. Das werden die gesetzlichen Krankenkassen natürlich nicht allein stemmen können. Bereits jetzt geben wir aber Steuermittel im substanziellen Umfang in die Gesundheitsversorgung. Dies ist zielführend, wenn die Rahmenbedingungen klarer gefasst sind. Die Potenziale guter, zielführender Prävention und Gesundheitsförderung sind noch nicht gehoben und würden im Verlauf zu Einsparungen führen. Und wenn wir Gesundheitsversorgung noch stärker vom Bedarf her denken, Doppelstrukturen meiden und Multiprofessionalität fördern, muss das langfristig nicht teurer werden – im Gegenteil. Klar ist aber auch, dass das Ziel jeder notwendigen Reform nicht primär Einsparungen sein dürfen, sondern es immer um die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geht. ■



EINWURF

Finanzreform in der Pflege gehört zu den prioritären Aufgaben in 2023

Text von **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des vdek

Die steigende Zahl der Leistungsempfänger, coronabedingte Mehrbelastungen und Leistungsverbesserungen in der Pflege, all das fordert die soziale Pflegeversicherung (SPV) finanziell heraus, zuletzt durch die „Kleine Pflegereform“. Diese trat Anfang 2022 in Kraft, um vor allem die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen von zu hohen Eigenanteilen zu entlasten. Gegenfinanziert wurde dies durch die Erhöhung des Beitragssatzes in Höhe von 0,1 Prozentpunkten bei Kinderlosen und durch einen neu eingeführten jährlichen Steuerzuschuss von einer Milliarde Euro in der SPV.

Gereicht hat das nicht. Ende des Jahres 2022 steht die SPV vor einem Defizit von geschätzt -2,5 Milliarden Euro (unter Berücksichtigung des zusätzlichen Bundeszuschusses von einer Milliarde Euro aus dem Referentenentwurf zur Pandemieerstattungsverordnung). Der Bundesgesundheitsminister präsentierte einen neuen Vorschlag: Im Jahr 2022 sollten die monatlichen Zahlungen in den Pflegevorsorgefonds – 1,6 Milliarden Euro – ausgesetzt werden, um dadurch die aktuelle Finanzierungslücke der SPV auszugleichen.

Aufgrund heftiger Kritik musste der Minister rasch zurückrudern. Zurecht, denn mit dieser Regelung

wäre genau das eingetreten, was auch wir bei Gründung des Pflegevorsorgefonds im Jahr 2015 durch die Große Koalition befürchtet hatten. Beitragsgelder, die zweckgebunden dazu gedacht sind, die Auswirkungen des demografischen Wandels in 20 Jahren für die Babyboomer-Jahre abzufedern, wären zweckentfremdet worden. Aktuell steht zur Debatte, die monatlichen Zahlungen an den Vorsorgefonds in 2023 einmalig erst zum Ende des Jahres durchzuführen. Das soll der SPV ein wenig mehr Liquidität verschaffen. Hier zeigt sich, wie dringend eine Pflegereform ist.

Bis zum Sommer 2023 muss zudem das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Zahl der Kinder bei der Beitragsbemessung in der SPV umgesetzt werden. Die Politik sollte daher zu Beginn 2023 mit der Reformdebatte starten. Vorschläge liegen auf dem Tisch. Dazu gehören ein dauerhafter dynamisierter Steuerzuschuss, die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds und – zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen – die vollständige Investitionskostenübernahme der Pflegeheime durch die Länder. Die Pflege ist eines der gesellschaftlichen Kernthemen der kommenden Jahrzehnte und verdient politische Aufmerksamkeit! ■

Digitalisierung vorantreiben

Alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen müssen **gemeinsam an einem Strang ziehen, damit die Digitalisierung gelingen kann**. Ein gutes Beispiel hierfür sind ärztliche Praxen, in denen derzeit viele altbewährte Prozesse digitalisiert werden. Krankenkassen, Arztpraxen, Patientinnen und Patienten sowie Apotheken sollten diese Prozesse gemeinsam angehen, um Fehlerquellen in der Kette möglichst früh zu identifizieren, schreibt der Hausarzt und 2. Vorsitzende des Vereins der E-Rezept-Enthusiasten, Dr. Nicolas Kahl, in seinem Beitrag. Mehr digitale Tatkraft ist auch gefragt, wenn es um das Verhältnis zwischen Datenschutz und Versorgungsverbesserung geht. Hier muss ein Umdenken stattfinden, damit telemedizinische Versorgungsangebote sowie elektronische Patientenakten und E-Rezepte endlich in der Gesundheitsversorgung ankommen.



Digitalisierung endlich nutzerfreundlich gestalten

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Derzeit erarbeitet das Bundesgesundheitsministerium zusammen mit den wichtigen Stakeholdern eine neue Digitalisierungsstrategie. Aus Sicht der Ersatzkassen müssen einige konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, damit elektronische Patientenakten und E-Rezepte endlich in der Versorgung ankommen. Dabei muss auch das **Verhältnis zwischen Datenschutz und Versorgungsverbesserung** überdacht werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Dezember 2022 einen Strategieprozess zur Digitalisierung in Gesundheit und Pflege gestartet. Im Rahmen von Veranstaltungen und Fachforen, an denen auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und die Ersatzkassen beteiligt waren, sollten gemeinsam Ziele sowie Rahmenbedingungen definiert und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung erarbeitet werden. Dass ein solcher Prozess erforderlich ist, überrascht zunächst. Schließlich ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens nun schon seit zwei Jahrzehnten einer der Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Diskussion.

Durch die Corona-Pandemie wurde deutlich, welches Potenzial telemedizinische Versorgungsangebote haben können: Im Jahr 2021 wurden allein im ärztlichen Bereich fast fünf Millionen Videosprechstunden abgerechnet. Viele Ärzt:innen, andere Leistungserbringende und Patient:innen zeigten sich offen, die zumeist recht einfach im Internet oder als App über private Endgeräte zugänglichen Videoangebote zu nutzen. Als Teil einer hybriden Behandlung werden Videosprechstunden sicherlich in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Nutzerfreundliches Videoidentifizierungsverfahren notwendig

Noch weitaus größeres Potenzial zur Verbesserung der Versorgung könnten elektronische Patientenakten (ePA) haben. Die Krankenkassen bieten sie ihren Versicherten seit 2021 an und zumindest in der Theorie wird ihr Funktionsumfang immer größer, zum Beispiel durch die Einführung der elektronischen Mutter- oder Impfpässe. In der (Arzt-)Praxis spielt die ePA allerdings aktuell fast keine Rolle. Bisher haben nur rund 550.000 Menschen eine Akte eingerichtet, also weniger als ein Prozent aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).





Als Teil einer hybriden Behandlung werden Videosprechstunden sicherlich in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Tatsächlich ist der Weg zu einer Patientenakte derzeit recht aufwändig. Das liegt nicht an den Krankenkassen und den von ihnen beauftragten Anbieter:innen, sondern an den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes. Mit dem Verbot der – relativ niedrigschwelligen – Videoidentifikation durch die gematik (Nationale Agentur für digitale Medizin) aufgrund möglicher Sicherheitslücken ist das Anmeldeverfahren zuletzt noch komplizierter geworden. Während also Bank-

konten weiterhin per Videoident eröffnet werden können, kann die Identifizierung für die ePA-Anmeldung ausschließlich in einer Geschäftsstelle der Krankenkasse, der Postfiliale oder zum Teil mit der Online-Funktion des Personalausweises vorgenommen werden. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden, damit ein weiterentwickeltes, aber nutzerfreundliches Videoidentifizierungs-Verfahren zügig online gehen kann.

Für den Fall, dass die Versicherten bis zu dieser Stelle noch nicht aufgegeben haben, kommt häufig die Ernüchterung in der Arztpraxis. Im gesamten Jahr 2021 wurden weniger als 10.000 elektronische Patientenakten erstmalig befüllt. Dies hat verschiedene Ursachen, wie beispielsweise eine fehlende oder komplizierte technische Umsetzung der ePA-Funktionalitäten in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) oder auch eine eher geringe Digitalkompetenz bei Ärzt:innen und ihren Mitarbeiter:innen. Gleichzeitig sind viele sogenannte Medizinische Informationsobjekte (MIO), die die strukturierte Ablage von Informationen wie Laborbefunden oder dem Krankenhausentlassbrief ermöglichen, noch gar nicht abschließend entwickelt oder implementiert.

Doch letztendlich spielt es für die Versicherten keine Rolle, warum etwas nicht funktioniert. Auch für die sogenannten „Early Adopters“ bleibt die ePA bis auf Weiteres eine weitgehend leere Hülle, in die sie bestenfalls Befunde und andere Dokumente selbst einscannen und hochladen können. Um hier Abhilfe zu schaffen, braucht es schnelle und konkrete Lösungen:

- Die unterschiedlichen Arten medizinischer Informationen müssen klarer nach dem Versorgungsnutzen priorisiert werden. Gerade Entlassberichte, eine übersichtliche Patientenkurzakte sowie Befunde von Labor- und Röntgenuntersuchungen spielen im Alltag eine große Rolle und müssen unbedingt strukturiert in der ePA vorliegen. Sie sollten daher als MIOs zuerst realisiert werden. Der Entwicklungsprozess für MIOs, der aktuell unter Federführung der KBV stattfindet, muss außerdem effizienter werden.
- PVS-Systeme sollten nur dann in der Praxis eingesetzt werden dürfen, wenn sie alle ePA-Funktionalitäten unterstützen. Die Hersteller:innen müssen sicherstellen, dass MIOs direkt in ihren Systemen implementiert werden. Die Überführung von Daten in die ePA muss so einfach wie möglich, idealerweise auch automatisiert erfolgen. Auf diese Weise sinkt gleichzeitig der Aufwand in den Arztpraxen.
- Damit ist auch die Grundlage dafür geschaffen, Vertragsärzt:innen dazu zu verpflichten, die Informationen mit besonders hoher Relevanz für die Versorgung regelhaft in die ePA einzustellen. Die entsprechende Vergütung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss bereits 2021 festgelegt.



Björn-Ingemar Janssen
ist Beauftragter für
Digitale Versorgung
beim vdek



Diese Maßnahmen entfalten genau dann ihre volle Wirkung, wenn das im Koalitionsvertrag vorgesehene „ePA-Opt-out-Verfahren“ auf pragmatische Weise umgesetzt wird. Das heißt, dass zum einen für alle Versicherten eine elektronische Patientenakte eingerichtet wird, soweit sie dem nicht widersprechen. Diese Widerspruchslösung sollte jedoch auch bei der Befüllung und beim Zugriff auf die gespeicherten Daten gelten. Damit hätte jede:r Leistungserbringende grundsätzlich die Möglichkeit, relevante Informationen einzustellen und im Behandlungskontext Daten abzurufen. Zudem können Versicherte im Bedarfsfall einer Speicherung oder einem Zugriff widersprechen, ohne dass enorme technische und bürokratische Hürden entstehen.

Auch bei der zweiten wichtigen Anwendung in der Telematikinfrastruktur (TI), dem E-Rezept, besteht noch Handlungsbedarf, was die Nutzerfreundlichkeit angeht: Zwar liegt die Zahl der eingelösten Verordnungen bei mittlerweile mehr als 550.000, allerdings davon der übergroße Teil nur im sogenannten „Ersatzverfahren“. In der Praxis heißt das: Der Rezeptvordruck in DIN A6-Größe wird durch ein Formular mit QR-Code in DIN A4-Größe ersetzt. Dabei hatten mehrere Ersatzkassen zusammen mit weiteren Partner:innen bis Ende 2021 ein volldigitales E-Rezept im Einsatz, das jedoch aufgrund des geplanten Einsatzes der TI-Anwendung eingestellt werden musste. Anstelle der Krankenkassen-Apps, die von Millionen von GKV-Versicherten regelmäßig genutzt werden, muss für das E-Rezept – wenn auf Papier verzichtet werden soll – eine eigene Anwendung der gematik heruntergeladen werden, die dann auch nur über Gesundheitskarte und persönliche Identifikationsnummer (PIN) oder andere Umwege genutzt werden kann. Kundenfreundlicher wäre eine Bündelung aller Angebote in der App der jeweiligen Krankenkasse.

Immerhin besteht nun Aussicht auf eine papierlose Perspektive: Wie in anderen europäischen Ländern könnte 2023 auch das Einlösen eines elektronischen Rezeptes einfach über das Einlesen der Gesundheitskarte in der Apotheke ermöglicht werden. Allerdings müssen zunächst Bedenken des Bundesdatenschutzbeauftragten und des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik ausgeräumt werden. Dabei sollte eine pragmatische Lösung im Mittelpunkt stehen, die Datensicherheit

Gesundheitsdaten müssen zweifellos geschützt werden. Übertriebene Vorgaben dürfen allerdings nicht dazu führen, dass digitale Prozesse verunmöglicht werden.



und unkomplizierte Nutzbarkeit miteinander verbindet. Denn es ist schlicht keinem der Beteiligten zu vermitteln, warum Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen Prozesse eher komplizierter macht anstelle sie zu vereinfachen.

So ist neben den Partner:innen der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung digitaler Lösungen insbesondere der Gesetzgeber gefragt, um das Verhältnis zwischen Datenschutz und Versorgungsnutzen klarer zu definieren. Gesundheitsdaten müssen zweifellos geschützt werden. Übertriebene Vorgaben dürfen allerdings nicht dazu führen, dass digitale Prozesse verunmöglicht werden oder Versicherte sie nicht mehr verstehen oder anwenden können.

Alle Akteur:innen in die Pflicht nehmen

Insgesamt braucht es also keine völlig neue Strategie zur Digitalisierung. Stattdessen können die begonnenen Vorhaben durch gezielte Maßnahmen zum Erfolg geführt werden. Dabei müssen alle Akteur:innen – einschließlich der Industrie, aber auch der für Datenschutz und Datensicherheit zuständigen Institutionen – stärker in die Pflicht genommen werden. Sich dabei an den Versicherten und ihren Bedürfnissen zu orientieren, kann der einzig richtige Weg sein. ■

GLOSSAR

zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

Text von **Katja Kossack-Peters und Timo Neunaber**

Der digitale Fortschritt und der Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen bringen zahlreiche **Neuerungen in der medizinischen Versorgung** mit sich. In diesem Glossar werden relevante Begrifflichkeiten von den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) bis zu den elektronischen Notfalldaten anschaulich erklärt. Außerdem wird beschrieben, wie die Patientinnen und Patienten von den neuen Entwicklungen in der digitalen Gesundheitswelt profitieren.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Digitale Gesundheitsanwendungen sind „digitale Helfer“ in der Hand von Patient:innen. Sie sind Medizinprodukte niedriger Risikoklasse und als Smartphone-Anwendung oder Webanwendung verfügbar. DiGA haben unter anderem zum Ziel, die Behandlung von Erkrankungen zu unterstützen. Seit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) im Dezember 2019 haben Versicherte Anspruch auf die neue Leistungsart. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist zum einen eine Aufnahme der DiGA in ein Verzeichnis erstattungsfähiger Anwendungen (DiGA-Verzeichnis). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) prüft hierfür, ob die DiGA wirksam ist und ob sie Grundanforderungen wie die Einhaltung des Datenschutzes erfüllt. Zum anderen muss die DiGA ärztlich verordnet oder bei Vorhandensein eines Nachweises einer Erkrankung bei der Krankenkasse direkt beantragt werden. DiGA unterscheiden sich damit insgesamt wesentlich von herkömmlichen Gesundheits-Apps. Zum jetzigen Zeitpunkt sind 34 DiGA vom BfArM zur Anwendung zugelassen. Die Inanspruchnahme bei Versicherten der Ersatzkassen beläuft sich seit Start der DiGA auf rund 100.000 Codes, mit denen die Anwendungen freigeschaltet werden.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Digitale Pflegeanwendungen sind „digitale Helfer“ in der Hand von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen. DiPA sind Smartphone-Anwendungen oder Webanwendungen, die im Gegensatz zu DiGA nicht zwingend zertifizierte Medizinprodukte sein müssen. DiPA haben unter anderem zum Ziel, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken sowie pflegende Angehörige zu unterstützen. Ähnlich wie bei den DiGA werden DiPA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zunächst auf ihre Wirksamkeit geprüft und bei erfolgreicher Prüfung in ein Verzeichnis erstattungsfähiger Anwendungen aufgenommen (DiPA-Verzeichnis). Im Gegensatz zu DiGA können DiPA nur bei den Pflegekassen beantragt werden. Außerdem übernehmen die Pflegekassen nicht die vollen Kosten einer DiPA, sondern nur einen Betrag in Höhe von bis zu 50 Euro pro Monat. Diese Teilkostenübernahme kann entweder für die Anwendung selbst oder für ergänzende Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit einer DiPA erfolgen. Die ersten DiPA können voraussichtlich ab 2023 genutzt werden.



Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird schrittweise die bisherige Krankschreibung im Papierformat ersetzt. Seit dem 1. Januar 2022 sind Arztpraxen verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung direkt an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Übermittlung erfolgt über die Telematikinfrastruktur, einer „Datenautobahn“ des Gesundheitswesens, die die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und der Krankenkasse ermöglicht. In Zukunft werden auch die Arbeitgeber in das Verfahren einbezogen. Bislang erhält der Versicherte weiterhin eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Papierausdruck, die an den Arbeitgeber weitergereicht wird. In Zukunft soll auch dieser Schritt wegfallen. Versicherte informieren die Arbeitgeber über ihre Arbeitsunfähigkeit, die wiederum die eAU bei der Krankenversicherung auf digitalem Wege abrufen.

E-Rezept

Elektronische Rezepte werden für alle Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ausschließlich digital erstellt und auch digital von Ärzt:innen/ Zahnärzt:innen signiert. Zum Einlösen von E-Rezepten stehen den Versicherten mehrere Wege zur Verfügung: Wer ein Smartphone besitzt, kann E-Rezepte über die E-Rezept-App einlösen. Ergänzend dazu wird ab voraussichtlich Mitte 2023 auch das Einlösen per elektronischer Gesundheitskarte (eGK) möglich sein. Wer weder App noch eGK nutzen möchte, erhält das E-Rezept weiterhin in Papierform mit einem ausgedruckten QR-Code. Das E-Rezept kann vor Ort in der Apotheke oder digital eingelöst werden.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist eine versichertengeführte, elektronische Akte, die Versicherten seit 2021 von ihrer Krankenkasse angeboten wird. Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig. Um die ePA nutzen zu können, benötigen Versicherte ein Smartphone, Tablet oder einen PC/ Laptop und die ePA-App ihrer Krankenkasse sowie eine eGK und PIN. Auch ohne App ist die Nutzung möglich. Zu den Daten, die in der ePA gespeichert werden können, gehören unter anderem folgende:

- Medizinische Daten der Behandlung, zum Beispiel Befunde, Diagnosen und Therapiemaßnahmen
- Arztbriefe
- Notfalldatensatz und E-Medikationsplan, sofern bereits auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert
- Verordnungsdaten und Dispensierinformationen elektronischer Verordnungen
- Persönliche Daten*, zum Beispiel Diabetes-, Schmerz- oder Migränetagebücher

Sowohl Versicherte selbst (*bei App-Nutzung) als auch ihre behandelnden Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Psychotherapeut:innen sowie Krankenhäuser und Apotheken können Daten in die ePA einstellen, verarbeiten und auch löschen. Die Datenhoheit liegt dabei allein beim Versicherten.

Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Versicherte, die mindestens drei per Kassenrezept verordnete Arzneimittel für eine Anwendungsdauer von mindestens vier Wochen erhalten, haben einen gesetzlichen Anspruch auf die Erstellung und Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans (eMP). Dieser kann von Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Apotheker:innen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. Auch ein Papierausdruck ist möglich. Der eMP umfasst folgende Inhalte:

- Patientenstammdaten, zum Beispiel Name und Geburtsdatum
- medikationsrelevante Daten, zum Beispiel Allergien und Unverträglichkeiten
- Medikation, das heißt verordnete Arzneimittel nebst Dosierung, rezeptfrei erworbene Arzneimittel und gegebenenfalls in der Vergangenheit eingenommene Arzneimittel

Mittelfristig erfolgt auf Wunsch der Versicherten die Überführung des eMP in die elektronische Patientenakte (ePKA).

Elektronische Notfalldaten (NFD)

Auch elektronische Notfalldaten (NFD) können freiwillig auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. In medizinischen Notsituationen können diese beispielsweise von Rettungsärzt:innen oder im Krankenhaus von den behandelnden Ärzt:innen abgerufen werden. Die Notfalldaten beinhalten folgende Angaben:

- chronische Erkrankungen und/oder wichtige frühere Operationen
- regelmäßig eingenommene Medikamente
- Allergien und Unverträglichkeiten
- wichtige medizinische Hinweise, zum Beispiel Schwangerschaft oder Implantate
- Kontaktdaten von Angehörigen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen, und von behandelnden Ärzten

Zudem können auch Angaben zum Aufbewahrungsort des Organspendeausweises, der Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht hinterlegt werden. Mittelfristig erfolgt auf Wunsch der Versicherten die Überführung dieser Informationen in die elektronische Patientenakte (ePKA).

Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ)

Mit dem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ) werden die von Zahnarztpraxen bisher auf Papier bei den Krankenkassen einzureichenden Behandlungspläne, wie beispielsweise für Kieferorthopädie (KFO) und Zahnersatz (ZE), in ein elektronisches Verfahren überführt. Das bedeutet, Zahnärzt:innen verschicken direkt aus ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) einen elektronischen Antrag an die Krankenkasse und erhalten auf gleichem Wege die Antwort der Krankenkasse zurück. Dies erfolgt mittels des Kommunikationsdienstes KIM (Kommunikation im Medizinwesen) innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI), an die sowohl die Leistungserbringer:innen als auch die Krankenkassen im deutschen Gesundheitswesen angebunden sind. Mit dem EBZ ist die Entscheidung über Leistungsanträge aufgrund der vollständig digitalen Prozesskette viel schneller möglich.



Katja Kossack-Peters ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Timo Neunaber ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Vereinfachtes Zertifizierungsverfahren für Online-Präventionskurse

Anbieter von Präventionskursen wie Yoga, autogenem Training oder Ernährungsberatung können digitale Live-Kurse ab 2023 bei der Zentralen Prüfstelle Prävention in einem vereinfachten Verfahren zertifizieren lassen. Die Corona-Sonderregelung, durch die zertifizierte Präsenzkurse vorübergehend ohne weitere Qualitätsprüfung online weitergeführt werden konnten, läuft zum 31. Dezember 2022 aus. Um den durch die Pandemie ausgelösten Digitalisierungsschub zu unterstützen, haben die gesetzlichen Krankenkassen die Prüfkriterien für noch nicht zertifizierte Online-Seminare, die ab 1. Januar 2023 beantragt werden, deutlich vereinfacht. So entfallen für die Anbieter beispielsweise die zuvor nötige detaillierte Erläuterung des Registrierungsprozesses sowie eine komplexe Abfrage zur Sicherstellung der Zielgruppe. Um die Qualität und Sicherheit der Streamingangebote nachweislich zu gewährleisten, sind die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz sowie eine Evaluation zur Wirksamkeit, die spätestens nach einem Jahr vom Anbieter vorzulegen ist, aber weiterhin sicherzustellen. Die detaillierten Zulassungskriterien für präventive Online-Seminare sind auf der Website der Zentralen Prüfstelle Prävention zu finden. [pm](https://bit.ly/3zlZP3H) → bit.ly/3zlZP3H

Digitalisierung geht nur gemeinsam

Text von **Dr. Nicolas Kahl**

Aktuell werden viele altbewährte Prozesse in den Arztpraxen digitalisiert. Hierbei sind viele verschiedene „Player“ gleichzeitig betroffen: **Arztpraxen, Krankenkassen, Patient:innen, Apotheken** und viele mehr. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die Prozesse gemeinsam angegangen werden, um Fehlerquellen in der Kette möglichst früh zu identifizieren.

Bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) war gerade zu Beginn der Signaturprozess für viele Praxen eine Herausforderung und nicht jede Krankenkasse war zu Beginn empfängsbereit. Beim E-Rezept wiederum mussten sich viele Apotheken (und natürlich auch Arztpraxen) erst an das Einlösen und Abrechnen gewöhnen, bevor diese Neuerung in Routine überging. All diesen Innovationen ist jedoch gemeinsam, dass der größte Nutzen den Patient:innen zugutekommen soll, aber diese am wenigsten darüber aufgeklärt werden. Gerade beim E-Rezept ist der Nutzen für die Patient:innen groß, sofern sie zeitnah von der Krankenkasse mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) der neuesten Generation und der dazugehörigen persönlichen Identifikationsnummer (PIN) ausgestattet werden. Wir merken hier in den Praxen durchaus unterschiedlich große Motivation zwischen den Krankenkassen, dies zeitnah ermöglichen zu können.



Dr. Nicolas Kahl ist Hausarzt in Fischbach bei Nürnberg und 2. Vorsitzender des Vereins der E-Rezept-Enthusiasten

Überwiegend reibungslose Umsetzung

In meiner Hausarztpraxis in Fischbach bei Nürnberg gibt es fast keine rosa Kassenrezepte in Papierform mehr. Unser achtköpfiges Team ist in seinem

Leistungs- und Serviceangebot digital aufgestellt – auch Terminvereinbarungen werden online getätigt. Und für Arzneimittel werden nur noch E-Rezepte ausgestellt. Das haben wir mit den Apotheken hier in der Umgebung im Vorfeld besprochen. Das E-Rezept wird zwar mancherorts emotional diskutiert, doch aktuelle Studienergebnisse sprechen für eine überwiegend reibungslose Umsetzung des E-Rezepts: Die Ostbayerische Technische Hochschule Amberg-Weiden führt für den Verein der E-Rezept-Enthusiasten eine wissenschaftliche Begleitstudie unter Ärzt:innen und Apotheken durch, die das E-Rezept einsetzen. Ziel ist es, möglichst viele Erkenntnisse vonseiten der Arztpraxen, Apotheken und Patient:innen zu gewinnen, um etwaige Stolpersteine in der täglichen Umsetzung zu evaluieren, auszuwerten und beseitigen zu können. Nun liegen die ersten Ergebnisse vor (s. Seite 39). Und es mag verwunderlich klingen, aber große Probleme stellen weder Ärzt:innen, noch Apotheker:innen, noch Patient:innen fest! Das mag daran liegen, dass diese Ärzt:innen und Apotheken nicht bloß ein E-Rezept ausstellen, sondern hunderte und der Umgang mit dem E-Rezept zum Regelbetrieb geworden ist. Aber für mich ist klar: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

Umsetzung des E-Rezepts: Erste Studienergebnisse und Forderungen

1. Die Schaffung der softwareseitigen Voraussetzungen für den Einsatz des E-Rezeptes sowie der laufende Betrieb konnten weitestgehend in Eigenregie umgesetzt werden; allerdings vor allem bei Apotheken teilweise mit externer Unterstützung: Acht der 22 Apotheken gaben an, bei der Einrichtung des E-Rezeptes vor Ort externe Unterstützung benötigt zu haben.

2. Die Schaffung der hardwareseitigen Voraussetzungen für den Einsatz des E-Rezeptes sowie der laufende Betrieb waren bei der großen Mehrheit ohne zusätzliche Investitionen in Hardware möglich. Die Mehrheit der Praxen (62) gab an, für das E-Rezept auch keinen neuen Drucker benötigt zu haben. Nur neun Praxen schafften einen neuen Drucker an.

3. Informationen zum E-Rezept wurden bei Praxen und Apotheken meist online und über den Software Provider eingeholt, der Anteil durchgeführter Schulungen für das Personal war in Apotheken deutlich höher als in Praxen.

4. Der fachliche Austausch zwischen Praxen und Apotheken verlief vor der Einführung des E-Rezeptes meist bilateral, es wurde aber angemerkt, dass die Transparenz über die Existenz möglicher „Partner“ ausbaufähig sei.

5. Die Möglichkeit zur Ausstellung und zum Einlösen von Folge Rezepten (ohne persönliches Erscheinen) wird mehrheitlich positiv bewertet und bereits angeboten oder vorbereitet.

6. Bisher fragen noch verhältnismäßig wenige Patient:innen das E-Rezept proaktiv nach. Hier wünsche ich mir, dass die Patientenaufklärung seitens der Krankenkasse betrieben wird. Denn durch erhöhte Nachfrage wird die Innovation beschleunigt.

7. Sowohl die Mitarbeiter:innen in den Praxen als auch in den Apotheken sind überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden oder mindestens neutral gegenüber dem E-Rezept eingestellt, 63 Praxen wollen zukünftig ausschließlich E-Rezepte ausstellen (Vorteile Einfachheit, Sicherheit).

8. Sowohl die Praxen als auch die Apotheken sehen eine deutliche Zufriedenheit mit dem E-Rezept bei ihren Patient:innen und Kund:innen, auch die Einschätzung hinsichtlich „Sicherheit“ fällt mehrheitlich positiver oder mindestens gleichwertig im Vergleich zum analogen Rezept aus. Die Möglichkeit E-Rezepte in einer elektronischen Patientenakte (ePA) zu speichern, wird bei Praxen/Apotheken mehrheitlich positiv bewertet.

→ bit.ly/3U1BC0B

Die vorwiegend positiven Studienergebnisse decken sich mit meinen Erfahrungen im Umgang mit dem E-Rezept. In unserer Hausarztpraxis haben wir uns auf die Umstellung aktiv vorbereitet. Zunächst wurden nur jene Rezepte als E-Rezepte ausgestellt, die von den Patient:innen vorbestellt worden waren oder bei denen bereits vorab klar war, dass die Medikamente von den Apotheken im Ort per Botendienst ausgeliefert werden. So konnten die ersten E-Rezepte „in Ruhe“ bearbeitet werden, ohne dass vor Ort wartende Patient:innen ungeduldig auf ein dringend benötigtes Arzneimittel warteten, sollte es doch zu technischen Problemen kommen. Nach nur zwei Tagen waren wir aber vom Prozess so überzeugt, dass wir komplett auf das E-Rezept umgestellt haben, um nicht beide Prozesse parallel laufen zu lassen.

Das E-Rezept ist erst der Anfang

Die Patient:innen haben die E-Rezepte nach kurzer Erklärung problemlos angenommen. Auch die App wird von vielen Patient:innen recht schnell heruntergeladen. Leider stellt sich die Anforderung der PIN im Alltag als Hürde heraus, die die Patientenfreundlichkeit der App stärker einschränkt, als wir uns dies wünschen würden. Hier brauchen wir eine schnelle Vereinfachung.

Das E-Rezept ist erst der Anfang. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hat für uns Ärzt:innen große Vorteile in der Ausübung unserer Arbeit. Wenn es möglich ist, dass wir unsere Patient:innen per Videosprechstunde betreuen, dass wir Rezepte digital signieren, dann könnten wir sogar den Hausärztemangel in ländlichen Regionen wirkungsvoll bekämpfen. Ich zumindest würde das sehr gerne in meiner Hausarztpraxis umsetzen: Meine Kunden per virtueller Sprechstunde betreuen, ohne dass sie sich ins Auto setzen und bei Wind und Wetter nach Fischbach kommen müssen. ■



Rückgang der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen

DAK In der Corona-Pandemie sind die Impfungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland deutlich zurückgegangen. Im Vergleich zu 2019 gab es 2021 einen Rückgang von elf Prozent. Hochgerechnet auf die Bevölkerung wurden somit rund 680.000 weniger Mädchen und Jungen geimpft. Die Quote der Erstimpfungen bei Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus und Kinderlähmung sank mit 31 Prozent besonders stark. Das ist das Ergebnis einer Sonderanalyse im Rahmen des Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit.

Für die repräsentative Analyse wurden ambulante Behandlungsdaten von allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen wissenschaftlich untersucht und mit der Situation vor der Pandemie verglichen. DAK-Chef Andreas Storm und der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte warnen vor den Folgen der Impflücke. „Vorsorge ist wichtig und Impfen eine Investition in die Zukunft. Es gibt jetzt akuten Handlungsbedarf. Sonst wird die Gesundheit von vielen jungen Menschen plötzlich wieder durch Krankheiten bedroht, die als fast ausgerottet galten. Wir brauchen eine breite Aufklärungskampagne, um Eltern verstärkt über den Nutzen von Impfungen und das Risiko einzelner Krankheiten aufzuklären“, fordert Storm. *pm*

→ dak.de → bit.ly/30Me0LD



HKK Eine aktuelle Analyse der hkk Krankenkasse hat ergeben, dass die Gripeschutz-Impfquoten in der Grippe-saison 2021/2022 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bundesweit gesunken sind. Die meisten hkk-Versicherten

ließen sich 2021/2022 in Bremen und Sachsen-Anhalt impfen. Demnach lag die Quote in Bremen bei 24 Prozent und in Sachsen-Anhalt bei 21 Prozent (2020/2021: 25 Prozent beziehungsweise 27 Prozent). Die geringste Impfbereitschaft bestand in Baden-Württemberg mit neun Prozent und Bayern mit zehn Prozent (2020/2021: beide rund elf Prozent). Die Grippeimpfung werde derzeit selten aktiv nachgefragt, sagt auch die Bremer Hausärztin und Gerontologin Dr. Heike Diederichs-Egidi. „Aktuell erlebe ich viele Patienten mit Existenzängsten, die nicht wissen, ob sie im Winter noch ihre Rechnungen bezahlen können. Da kommt das Thema Impfen natürlich deutlich verzögert ins Bewusstsein der Patienten.“ *pm*
→ hkk.de → bit.ly/3U2NFtL

Immer mehr junge Menschen von Adipositas betroffen

KKH Nach Zahlen der KKH Kaufmännische Krankenkasse waren in 2021 bei den Sechs- bis 18-Jährigen rund 34 Prozent mehr von extremem Übergewicht (Adipositas) betroffen als noch 2011. Bei der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen liegt das Plus sogar bei fast 43 Prozent. Mehr als 11.500 KKH-Versicherte bis 18 Jahre erhielten die ärztliche Diagnose Adipositas und damit jeder 16. Junge und jedes 18. Mädchen. „Dieser Trend ist dramatisch, denn im Kindesalter werden die Grundsteine für eine gute Gesundheit im Erwachsenenalter gelegt“, sagt Dr. Aileen Könitz, Ärztin und Expertin für psychiatrische Fragen bei der KKH. Liegt bereits in jungen Jahren extremes Übergewicht vor, drohen gesundheitliche Folgen wie etwa Bluthochdruck und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen oder auch Gelenkverschleiß. Auch kann Adipositas erheblich die psychische Balance ins Wanken bringen. Zudem ist die Lebenserwartung verringert. Eine zentrale Rolle bei der Vorbeugung kommt Eltern zu als Vorbild in Sachen Gesundheitsbewusstsein. *pm*
→ khh.de → bit.ly/3OM2Kiz

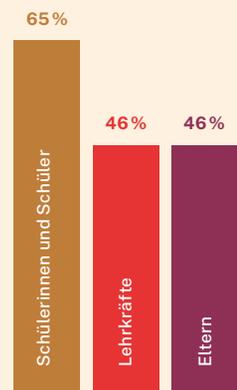


Cybermobbing – ein dauerhaftes Problem

TK Durch Corona hat Cybermobbing unter Schülerinnen und Schülern zugenommen. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen acht und 21 Jahren ist es sogar zum Dauerproblem geworden, zeigt die gemeinsame Studie des Bündnisses für Cybermobbing und der Techniker Krankenkasse (TK) mit dem Titel „Cyberlife IV – Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern“. 16,7 Prozent der Schülerinnen und Schüler dieser Altersklasse sind davon betroffen. Damit ist die Zahl der Betroffenen im Vergleich zur Studie 2020 (17,3 Prozent) fast unverändert hoch. Cybermobbing führt zu gravierenden gesundheitlichen Folgen bei den Betroffenen. Körperliche Beschwerden wie auch psychische Auswirkungen belasten die Kinder und Jugendlichen. Die Studie zeigt, dass sich Betroffene vor allem verletzt fühlen (58 Prozent). Viele gaben auch an, wütend oder verängstigt zu sein. Erschreckendes Ergebnis: Jede/jeder sechste Betroffene hat aufgrund von Cybermobbing schon zu Alkohol, Tabletten oder Drogen gegriffen und fast jede/jeder vierte äußerte Suizidgedanken. *pm*
→ tk.de → bit.ly/3EuDrg1

Rund sieben von zehn Schülerinnen und Schülern sagen, dass Cybermobbing seit Corona zugenommen hat

(Mehr als 6.000 Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und Eltern wurden für die Studie befragt.)



Quelle: Studie „Cyberlife IV“ Bündnis gegen Cybermobbing/Techniker Krankenkasse 2022

Häufige Zahn- therapie ist immer noch die Regel

Text von **Sonja Gurriss**

Die Zahngesundheit wird bei jungen Menschen in Deutschland zwar besser, dennoch ist eine häufige Zahntherapie insgesamt immer noch die Regel. Das ist ein Ergebnis des **BARMER-Zahnreports 2022**, der unter anderem auch große Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen offenbart.



Wie es um die Zahngesundheit in Deutschland steht, hat die BARMER in ihrem neuen Zahnreport anhand einer Analyse der Abrechnungsdaten über die Jahre 2012 bis 2020 überprüft. Der Report hat für verschiedene Alterskohorten untersucht, über welchen Zeitraum sie keine invasive Zahntherapie wie zum Beispiel Wurzelbehandlungen, Füllungen, Parodontitisbehandlungen, neue Kronen oder Zahnextraktionen benötigten. Dabei gibt es vor allem ein erfreuliches Ergebnis: Besonders bei jungen Menschen wird die Zahngesundheit besser.

Zwischen den Jahren 2012 und 2020 ist bei 20-Jährigen der mittlere Zeitraum ohne invasive Zahntherapie um mehr als sechs Monate auf 4,4 Jahre gestiegen. Bei den 40-Jährigen gab es einen Zuwachs um drei Monate auf 1,9 Jahre. Den geringsten Fortschritt gab es bei den 60-Jährigen, bei denen die durchschnittliche therapiefreie Zeit um etwa einen Monat auf 1,6 Jahre angewachsen ist. Der Wandel von der therapiegeprägten zur präventionsgeprägten Zahnheilkunde ist noch lange nicht vollzogen.

Fast zwölf Prozent der 60-Jährigen sind im Betrachtungszeitraum ohne invasive Zahnbehandlungen ausgekommen, bei den 40-Jährigen traf dies auf gut elf Prozent zu. Ab etwa 70 Jahren nimmt die Zahl der langfristig therapiefreien Versicherten dagegen stark zu.

Ost-West-Unterschiede werden kleiner

Auch regionale Veränderungen sind sichtbar geworden. Dabei zeigt sich in der jüngsten Altersgruppe, dass die Unterschiede zwischen Ost und West, die in den vergangenen Zahnreporten immer wieder auffielen, offenbar kleiner werden. Während die durchschnittliche therapiefreie Zeit im Jahr 2012 in den westlichen Bundesländern noch um mehr als zwölf Monate länger war als in den östlichen, hat sich nach acht Jahren der Abstand auf zehn Monate verringert.

Ein weiteres Report-Ergebnis ist der Unterschied in der Zahngesundheit zwischen den Geschlechtern. Männer sind während eines Großteils ihres Lebens deutlich häufiger langfristig therapiefrei als Frauen. So waren zum Beispiel rund 12,4 Prozent der 49-jährigen Männer und 8,4 Prozent der gleichaltrigen Frauen langfristig ohne zahninvasive Behandlung. Erst ab 70 Jahren kehrt sich das Geschlechterverhältnis um.

Die Ergebnisse sind teilweise ermutigend, jedoch gibt es immer noch klare Verbesserungsmöglichkeiten. Auf der Patientinnen- und Patientenebene sollten weitere Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ergriffen werden. Die entsprechenden Potenziale dazu scheinen noch nicht ausgeschöpft. In diesem Kontext sind beispielsweise der Ausbau der Informationsmöglichkeiten, die Qualitätsförderung bei Gesundheitsinformationen und die individuelle Aufklärung zu Ernährung und Mundhygiene zu nennen. Der Wandel von einer therapie- zu einer nachhaltig präventionsgeprägten Zahnmedizin sollte konsequent weiterverfolgt werden, denn Prävention muss Vorrang vor Intervention haben. ■

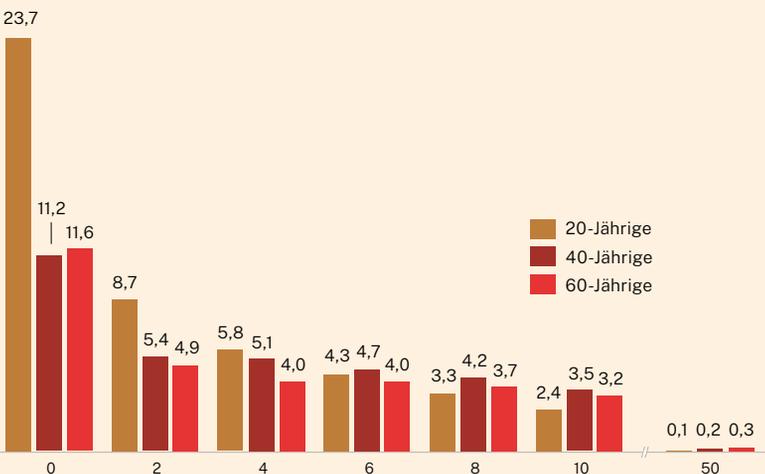
→ bit.ly/3hknmls



Sonja Gurriss ist Referentin in der Unternehmenskommunikation der BARMER

Jüngere am häufigsten therapiefrei

Versicherte mit und ohne invasive zahnärztliche Leistungen (von Füllungen bis Zahnersatz) im Zeitraum von 2012 bis 2020; Angaben in Prozent



Quelle: BARMER-Zahnreport 2022



Strategie zur Aufklärung über Diabetes

Diabetes zu vermeiden und die Bevölkerung besser über die Erkrankung aufzuklären, das ist das Ziel einer gemeinsamen Strategie, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zusammen mit einem Fachbeirat entwickelt hat. Dazu sollen die Kompetenzen aller in diesem Bereich tätigen Organisationen und Institutionen in einem Kooperationsnetzwerk unter dem Titel „Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder“ gebündelt werden. Geplant ist, gemeinsame Aufklärungs- und Informationsangebote zu erarbeiten, messbare Ziele für den Umgang mit Diabetes zu formulieren sowie Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

Zielgruppen sind die Allgemeinbevölkerung und insbesondere erwachsene Menschen mit einem besonderen Diabetesrisiko. In Deutschland leben etwa sieben Millionen Menschen mit Diabetes mellitus, davon wissen schätzungsweise 1,3 Millionen Menschen nicht von ihrer Erkrankung. *pm*

→ bit.ly/3Eegpex



In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wurden im vergangenen Jahr rund **361.000 Rauschgiftdelikte** registriert. Damit ging die Gesamtzahl der Delikte um 1,3 Prozent leicht zurück. Allerdings stieg die Zahl der Rauschgift-Handelsdelikte um 2,9 Prozent auf 55.941 Fälle. Das geht aus dem „Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2021“ hervor. Wie gefährlich der Konsum von Drogen ist, zeigt die Zahl der Todesfälle: 1.826 Menschen starben im vergangenen Jahr an den Folgen ihrer Drogensucht, eine Zunahme um 15,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (1.581 Todesfälle). Die häufigsten Todesursachen waren der Konsum von Heroin und Opiat-Substitutionsmitteln. „Wir müssen sowohl bei der strafrechtlichen Verfolgung von professionell agierenden Drogenkriminellen als auch bei Prävention und Suchthilfe schneller, konsequenter und besser werden“, sagt Burkhard Blienert, Beauftragter der Bundesregierung für Sucht und Drogenfragen. Er fordert, dass mehr getan wird, damit Menschen gar nicht erst zu gefährlichen Drogen greifen, oder, wenn sie es doch tun, davon wieder loskommen. „Deswegen brauchen wir in Deutschland eine wirklich flächendeckende Suchtprävention, die hält, was sie verspricht.“ *pm*

→ bit.ly/3EJw98l

 **@vdek_Presse** Über 100.000 Mal haben die #Ersatzkassen ihren Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen #DiGA seit Einführung vor 2 Jahren bereitgestellt. Das zeigt: Digitalisierung kommt Schritt für Schritt an bei Versicherten + verbessert Versorgung. FAQ zu DiGA.

 **@vdek_Presse** #UlrikeElsner auf #NQK22: Wir brauchen **echte Strukturreform in Krankenhausversorgung**, ausgerichtet an Qualität und Bedarf, Einzelmaßnahmen wie tagesstationäre Behandlungen bremsen Ambulantisierung aus und bringen keine Verbesserung für Pflegepersonal + Patient:innen. #MutzurReform

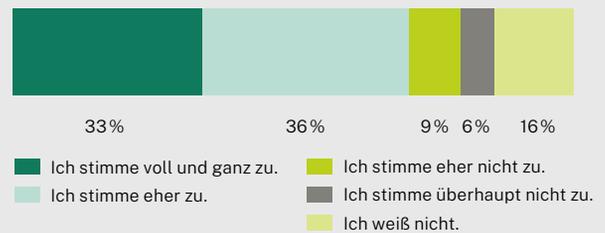
Zufrieden mit dem solidarischen Gesundheitssystem

69 Prozent der gesetzlich Versicherten sind mit dem solidarischen Gesundheitssystem insgesamt zufrieden und bestätigen, dass es sich in der Corona-Pandemie bewährt hat. **Davon stimmt ein Drittel „voll und ganz“, 36 Prozent stimmen „eher“ zu.** 15 Prozent stimmen nicht zu, 16 Prozent sind unentschieden. Das ist ein Ergebnis einer repräsentativen Befragung von gesetzlich Versicherten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Demnach bewerteten 58 Prozent die Versorgung positiv; im Jahr 2019 waren es 50 Prozent. 32 Prozent bewerten ihre Zufriedenheit mit der Versorgung mit „teils-teils“, im Jahr 2019 waren es noch 35 Prozent. Hier gibt es allerdings deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei den Frauen ist nur gut jede zweite (53 Prozent) zufrieden, ein gutes Drittel (35 Prozent) antwortet mit „teils-teils“. Bei den Männern sind 64 Prozent zufrieden mit der Versorgung, „teils-teils“ antworten 28 Prozent. *pm*

→ bit.ly/3fleX18

Das solidarische Krankenversicherungssystem hat sich bewährt.

Befragt wurden 2.240 gesetzlich Versicherte.



Quelle: GKV-Versichertenbefragung 2022; Darstellung: GKV-Spitzenverband



BÜCHER und eine Auswahl an Loseblattsammlungen haben wir für Sie gelesen und präsentieren Ihnen hier unsere Favoriten.



Weitere aktuelle Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Soziale Unternehmensführung

Der Fehlzeiten-Report informiert über Entwicklungen des Krankenstandes von Angestellten in allen Branchen. Der diesjährige Schwerpunkt liegt auf der Unternehmensverantwortung in einer von Krisen und Transformationsprozessen geprägten Gesellschaft. Erörtert werden unter anderem Themen wie Nachhaltigkeitsmanagement und Arbeitszufriedenheit in Zeiten mobiler und hybrider Arbeit.

Prof. Dr. Bernhard Badura, Prof. Dr. Antje Ducki, Helmut Schröder, Markus Meyer (Hg.) | **Fehlzeiten-Report 2022. Verantwortung und Gesundheit** | 2022, XIV, 655 S., € 59,99 | Springer-Verlag, Berlin

Erste Hilfe gegen Stress

Dieser praktische Ratgeber zeigt, wie es gelingen kann, der Hektik des Alltags auch unter Mehrfachbelastung gelassen zu begegnen. Dabei ist es zunächst wichtig, die persönlichen Stressauslöser zu erkennen, um dann angemessen entgegenzusteuern. Neben einfachen Tipps und Tricks zur Entspannung enthält das Buch Anleitungen zur Meditation sowie Achtsamkeits- und Mentalübungen.

Dr. Dieter Ohm | **Der kleine Anti-Stress-Coach. Die besten Übungen für Achtsamkeit, Entspannung & Stressbewältigung** | 2022, 141 S., € 12,99 | TRIAS Verlag, Stuttgart



PS: Jungbrunnen fürs Herz?

In der Weihnachtszeit lässt sich unser innerer Schweinehund oft nur ungern dazu bewegen, unseren mit Gänsebraten, veganer Moussaka oder Marzipanstollen gut gefüllten Bauch wieder in Form zu bringen. Wir hätten aber ein Argument für mehr Bewegung, bei dem der innere Schweinehund zumindest aufhorchen wird. Denn körperliche Aktivität wirkt auf das Herz wie ein Jungbrunnen, weil sie die Neubildung gealterter Herzmuskelzellen fördern kann. Zugegebenermaßen wurde dies im Rahmen einer Studie von Dr. Carolin Lerchenmüller und ihrem Team am Universitätsklinikum Heidelberg zunächst anhand von älteren Mäusen untersucht, die – im Gegensatz zur Vergleichsgruppe – in einem Laufrad „trainieren“ konnten.

Nun sollen Folgeuntersuchungen zeigen, ob sich aus den Ergebnissen auch Chancen zur Prävention und Therapie von Herzerkrankungen beim Menschen ableiten lassen. Wir dürfen gespannt sein und nehmen die Hoffnung auf ein verjüngtes Herz als zusätzlichen Anreiz, in Bewegung zu bleiben. Auch nach den Feiertagen und als guten Vorsatz für das neue Jahr sowieso. Schöne Advents- und Weihnachtszeit und Gesundheit für 2023 wünscht Ihnen

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals erschienen 1916.

Herausgeber Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek, V.i.S.d.P.)

Gesamtverantwortung Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung Annette Kessen

Redaktion Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 0 30/2 69 31-12 05
Fax 0 30/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
vdek.com/magazin

 @vdek_Presse

Layout Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen Anton Hallmann
(Titelseite, S. 4/5, 15-17, 30-34, 42)
antonhallmann.com

Druck & Versand
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum
Dezember 2022 | 102. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint
sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

Bildnachweise (von links nach rechts und von oben nach unten)

S. 3 vdek/Georg J. Lopata | S. 4 vdek/Georg J. Lopata | S. 6 Eva-Katalin/iStock/Getty Images Plus | S. 7 ThomasRosenthal.de | S. 8 axentis/lopata | S. 11 vdek/Georg J. Lopata; vdek/Manfred Schild | S. 12 Portra/iStock/Getty Images Plus | S. 13 sudok1/iStock/Getty Images; privat; vdek/Georg J. Lopata | S. 14 LightFieldStudios/iStock/Getty Images | S. 15 privat; vdek/Manfred Schild | S. 18 stefanamer/iStock/Getty Images | S. 19 stefanamer/iStock/Getty Images; Newpic; vdek/Stefanie Thees | S. 20 Handemandaci/iStock/Getty Images | S. 21 Sandra Schulze; vdek-Landesvertretung Thüringen | S. 22 vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg | S. 23 marchmeena29/iStock | S. 24 vdek/Georg J. Lopata | S. 25 vdek/Georg J. Lopata | S. 26 vdek/Georg J. Lopata | S. 27 vdek/Georg J. Lopata | S. 28 vdek/Georg J. Lopata | S. 29 vdek/Georg J. Lopata | S. 33 privat | S. 37 vdek/Manfred Schild; privat | S. 38 Amelie Niederbuchner | S. 40 portishead1/iStock/Getty Images Plus | S. 41 thenounproject/Vector Place; kerkezz/Adobe Stock | S. 43 privat | S. 44 PixelsEffect/iStock/Getty Images Plus; thenounproject/Rflor | S. 46 RuslanDashinsky/iStock/Getty Images Plus

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (VDEK)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 280 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 380 Beschäftigten sowie mehr als 40 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com
@vdek_Presse

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50–55
10117 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-26
lv-berlin.brandenburg@vdek.com
@vdek_BER_BRA

Bremen

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

Hamburg

Sachsenstraße 6
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/41 32 98-0
Fax: 0 40/41 32 98-22
lv-hamburg@vdek.com
@vdek_HH

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74 a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com
@vdek_MV

Niedersachsen

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



Die vdek-Landesvertretungen finden Sie unter vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/384 10-0
Fax: 02 11/384 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com
@vdek_NRW

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

Königswall 44
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/91 77 1-0
Fax: 02 31/91 77 1-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0
Fax: 0 61 31/83 20 15
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
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
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
lv-sachsen-anhalt@vdek.com
@vdek_ST

Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel.: 04 31/9 74 41-0
Fax: 04 31/9 74 41-23
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
lv-thueringen@vdek.com
@vdek_TH

vdek online

vdek.com

 @vdek_Presse



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin