

ersatzkasse magazin.

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

G 20634

1. AUSGABE 2025



Neue Regierung – neue Wege

Nach Regierungs-
neubildung ist eine
Stabilitätsoffensive
für Gesundheit &
Pflege notwendig

„Die soziale Selbst- verwaltung ist die große Stärke unseres Gesundheitssystems“

KBV-Vorstandsvorsitzender
Dr. Andreas Gassen fordert
im Interview gesundheits-
politischen Neustart

Zahnfüllungen ohne Amalgam

Wegen des EU-weiten
Verbots von Dentalamalgam
gibt es ab 2025 alternative
Füllungstherapien

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 29 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
X @TK_Presse
in Die Techniker

BARMER

BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 08 00/333 1010
Fax: 08 00/333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
X @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
X @DAKGesundheit
in DAK-Gesundheit

KKH

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
in KKH Kaufmännische
Krankenkasse



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
X @hkk_Presse
in hkk Krankenkasse



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
X @HEKonline
in HEK-Hanseatische
Krankenkasse

X @vdek_Presse #Pflegeheim|bewohnende müssen immer mehr selbst zahlen. Stand 1.1.2025 kostet Pflegeheimplatz ø3000€ #Eigenbeteiligung im 1. Jahr, Steigerung von 300€ innerhalb eines Jahres. Übernahme Investitions-+Ausbildungskosten brächte monatl. 600€ Erleichterung

X @vdek_Presse Auf #vdekNeujahrspressekonferenz fordert #UweKlemens ein #Sofortgesetz, um die Aufwärtsspirale bei #GKV-Beitragssätzen zu bremsen. Maßnahmen u. a.: auskömmliche Finanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende + Bundeszuschuss dynamisieren



EDITORIAL

Jetzt die richtigen Weichen stellen

82 von 92 Krankenkassen mussten zu Beginn des Jahres ihre Beiträge deutlich erhöhen. In der gesetzlichen Krankenversicherung kletterten sie durchschnittlich um 1,2 Prozentpunkte auf einen Rekordstand von 17,5 Prozent. Und auch in der sozialen Pflegeversicherung sind die Beiträge erneut um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Keine guten Nachrichten für die Versicherten also. Am 23. Februar 2025 ist Bundestagswahl und die Erwartungen sind entsprechend groß, dass eine neue Bundesregierung die Beitragsspirale abbremst und echte Strukturreformen auf den Weg bringt. Es braucht eine bessere Steuerung der Versorgung und mehr Kostendisziplin. Immer mehr Geld hat die Versorgung nicht besser gemacht. Der Staat muss zudem mehr finanzielle Verantwortung bei versicherungsfremden Leistungen übernehmen. Mehr Freiräume sollte er hingegen der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Gestaltung der Versorgung lassen, wie auch der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, im Interview betont. Die ambulante Gesundheitsversorgung sollte in gemeinsamer Vertragspartnerschaft zukunftsfest gestaltet werden. Der Staat muss dabei für einen guten gesetzgeberischen Rahmen sorgen.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Welche Auswirkungen hat die Krankenhausreform auf Klinikstandorte und auf die regionale Versorgung? Ein digitales Tool ermöglicht mit Hilfe eines Simulationsmodells, die Reform greifbar zu machen. → [Mehr dazu auf Seite 15](#)

Jeder siebte ältere Schüler hat bereits Nikotinbeutel probiert, obwohl das Rauschmittel in Deutschland nicht legal verfügbar ist. Das ist ein gefährlicher Trend, wie eine Fragebogenstudie der DAK-Gesundheit zeigt. → [Mehr dazu auf Seite 54](#)

36

Neue Regierung – neue Wege

SCHWERPUNKT Eine Stabilitätsoffensive für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und soziale Pflegeversicherung (SPV) fordert der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Dabei handelt es sich um Sofortmaßnahmen für die Finanzen sowie Maßnahmen für bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung. Nach der Regierungsneubildung braucht es ein Sofort-Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze und die Rückkehr zur stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik.

ersatzkasse
magazin.
online

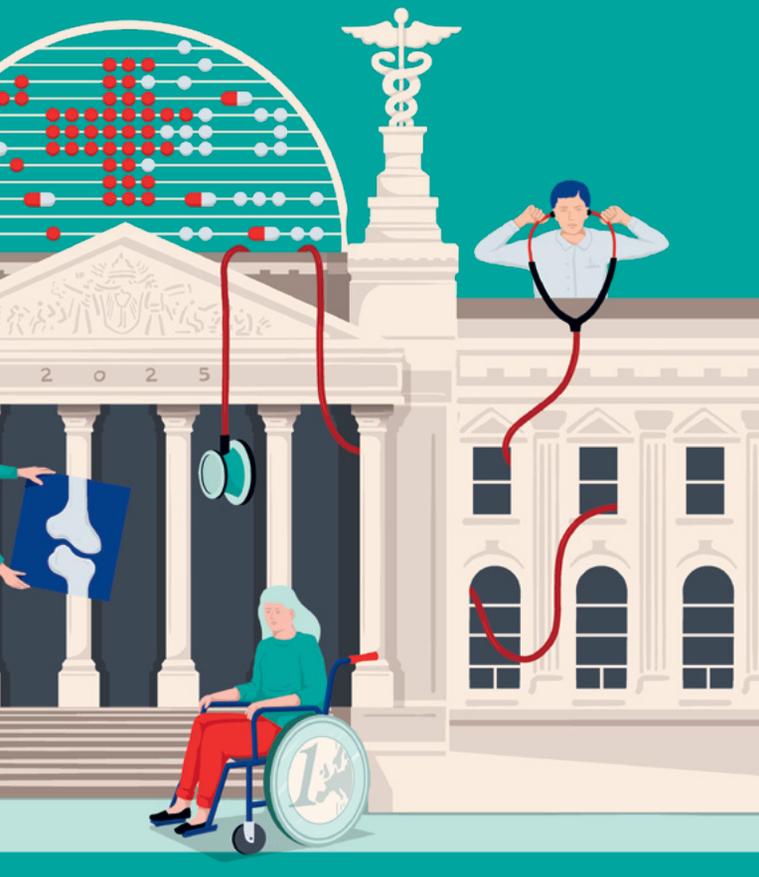
www.vdek.com/magazin



24

»Die soziale Selbstverwaltung ist die große Stärke unseres Gesundheitssystems«

INTERVIEW Für einen gesundheitspolitischen Neustart plädiert der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Er erläutert, welche Weichenstellungen zur Stärkung der ambulanten Versorgung notwendig sind, und betont, dass die Akteurinnen und Akteure der sozialen Selbstverwaltung auf mehr Gestaltungsspielräume und Stärkung der Finanzautonomie drängen sollten.



10 Zahnfüllungen ohne Amalgam

POLITIK & VERSORGUNG Seit Jahresbeginn darf in Deutschland für Zahnfüllungen kein Dentalamalgam mehr verwendet werden. Dies ist Ergebnis einer EU-Verordnung, deren Begründung in der Umweltschädlichkeit des in Amalgam enthaltenen Quecksilbers liegt. Für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist eine moderne und medizinisch hochwertige Nachfolgeregelung mit alternativen Füllungsmaterialien ohne Aufpreis geschaffen worden.



AKTUELL

- 6 Start der ePA in Modellregionen
- 7 Für schnelleren Zugang zu Behandlungen
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Zusammensetzung neuer Landtage

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Neue Therapie bei Zahnfüllungen
- 12 Differenzierte Krankenhausplanung
- 15 Digitales Tool analysiert Reformfolgen
- 17 Drei Fragen an: Jürgen Dusel
- 18 Wahlprogramme zur Bundestagswahl
- 24 Interview: Dr. Andreas Gassen
- 29 #regionalstark
- 35 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 38 Stabilitätsoffensive für Gesundheit und Pflege
- 43 Bessere Steuerung und Orientierung in der Versorgung
- 50 Politik muss für bezahlbare Pflege sorgen

ERSATZKASSEN

- 52 Gesundheitssystem und Klimawandel
- 53 Krankhaftes Übergewicht bei Jungen nimmt zu
- 54 Nikotinbeutel – neuer Rauschmittel-Trend

VERMISCHTES

- 56 Gesundheitspersonal: weniger Zuwachs
- 57 Podcast: Keine harmlose Einschlafhilfe
- 58 PS: Ein Hoch auf die Treppe
- 58 Impressum



„epa für alle“ in Modellregionen gestartet

In den Modellregionen Franken, Hamburg und Umland sowie in Teilen Nordrhein-Westfalens ist am 15. Januar 2025 die Pilotphase für die elektronische Patientenakte (ePA) gestartet. Rund 300 Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser nehmen daran teil und testen die „ePA für alle“ im Versorgungsalltag. Ziel ist es zu prüfen, ob die ePA in der Anwendung sicher und zuverlässig läuft. In der ePA-Pilotphase werden unterschiedliche Anwendungsfälle getestet. Dazu zählen unter anderem der Upload von Dokumenten, der Zugriff auf die Medikationsliste oder das Ändern von Metadaten. Auch die Häufigkeit der Testungen ist geregelt. Begleitet wird die Pilotphase von der gematik, sie erhält regelmäßig

Statusberichte der Leistungserbringer und führt Fehleranalysen durch. Parallel dazu legen die Krankenkassen für alle gesetzlich Versicherten eine ePA an, die nicht widersprechen. Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase wird die ePA für alle bundesweit ausgerollt. Alle Leistungserbringer müssen sie dann verpflichtend nutzen. Ärztinnen und Ärzte sowie die Patientinnen und Patienten selbst erhalten dadurch einen besseren Überblick über Diagnosen, Befunde und Medikation. Zudem wird die ePA auch die Forschung erleichtern, sodass Patientinnen und Patienten schneller von medizinischer Innovation profitieren können. *pm*

→ t1p.de/c4d1j → Mehr dazu auf Seite 35

Für schnelleren Zugang zu Behandlungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wünschen sich die Versicherten einen schnelleren Zugang zu Behandlungen in fachärztlichen Praxen, in der hausärztlichen Versorgung sind sie mehrheitlich zufrieden. Dies ist ein Ergebnis der repräsentativen GKV-Versichertenbefragung 2024 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. 44 Prozent der Versicherten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Arztpraxen unzufrieden und 42 Prozent finden, dass sich dies sogar innerhalb der letzten fünf Jahre noch verschlechtert hat. 27 Prozent der Versicherten bewerten Öffnungszeiten der Arztpraxen als „zu kurz“ oder „viel zu kurz“. Für gut die Hälfte der Befragten sind die Öffnungszeiten „noch akzeptabel“. Positiv beurteilen GKV-Versicherte Wartezeiten bei ihren Hausarztpraxen: 52 Prozent empfinden die Wartezeiten dort als „genau meinen Wünschen entsprechend“, 36 Prozent als „noch akzeptabel“ und nur 12 Prozent sind unzufrieden. Bei der Fachärzteschaft hingegen sind für 31 Prozent der Versicherten die Wartezeiten „zu lang“ oder „viel zu lang“. *pm*



Die Organspende-Zahlen befinden sich weiterhin auf niedrigem Niveau. Insgesamt 953 Menschen haben 2024

laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) nach ihrem Tod Organe für die Transplantation gespendet, 2023 waren es 965. Der Medizinische Vorstand der DSO, Dr. med. Axel Rahmel, bedauerte, dass die Initiative von Bundesrat und einer großen Gruppe von Abgeordneten des Bundestages zur Einführung der Widerspruchsregelung in Deutschland durch die Neuwahlen in dieser Legislaturperiode offensichtlich nicht weiterverfolgt werde. Zugleich wies er auf weitere Maßnahmen zur Förderung der Organspende hin: „Aufklärung der Bevölkerung und Schulung der Mitarbeitenden in den Kliniken bleibt eine zentrale Aufgabe, um alle potenziellen Organspenderinnen und Organspender zu identifizieren, Organspenden zu realisieren und so den Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten mit einem Spenderorgan rechtzeitig helfen zu können.“ *pm*



DIE ZAHL Jeder zehnte Deutsche hat ein Suchtproblem. Noch weitaus mehr Menschen konsumieren laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) Alkohol, Tabak und andere Suchtmittel in gesundheitsschädlicher Weise. Zudem drohe auch in Europa die massive Verbreitung von Crack (freie Kokainbase) und synthetischen Opioiden wie Fentanyl, die auch das Gesundheitssystem vor große Probleme stellen könnte. *pm*



Zehn Jahre Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Seit nunmehr zehn Jahren ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Einsatz für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung (QS). Als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung berät das IQTIG den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dabei, wie sie die medizinische Versorgungsqualität in Deutschland messen und verbessern können. Dazu entwickelt das IQTIG hauptsächlich QS-Verfahren und beteiligt sich an deren Durchführung. Anlässlich des Instituts-Jubiläums wird das IQTIG am 29. April 2025 das „Weißbuch datengestützte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ vorstellen. Darin beschreiben mehr als 60 Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Perspektiven den Status quo der externen Qualitätssicherung in Deutschland und skizzieren ihre Visionen, wohin sich die QS entwickeln müsste, um die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu verbessern. *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Darmkrebsvorsorge wird einfacher

Der Leistungsanspruch für Früherkennungsuntersuchungen auf Darmkrebs wird künftig einheitlich und damit einfacher ausgestaltet: Frauen und Männer können dann ab dem Alter von 50 Jahren die gleichen Angebote des Darmkrebs-Screenings wahrnehmen. Der ursprünglich unterschiedlich ausgestaltete Anspruch zu den Früherkennungsprogrammen für Frauen und Männer ging zurück auf Daten des Robert Koch-Instituts, die für Männer ein höheres Erkrankungsrisiko ab 50 Jahren aufzeigten als für Frauen. Die beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragte

Leitlinienrecherche hatte jedoch gezeigt, dass es hinsichtlich der Untersuchungsabstände und -methoden keine nach dem Geschlecht oder Alter differenzierten Empfehlungen für die Darmkrebs-Früherkennung gibt.

Bewegungsschiene nach Kreuzbandriss

Die aktive Bewegungsschiene (CAM-Schiene) nach Kreuzbandriss wird keine ambulante Kassenleistung. Nach Auswertung der aktuellen Studienlage wurden keine Belege dafür gefunden, dass ein zusätzliches häusliches Training mit einer aktiven Bewegungsschiene medizinisch sinnvoll ist. Die Leistung kann deshalb in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht oder veranlasst werden. Kreuzbandrisse stellen die häufigste klinisch relevante Verletzung des Kniegelenks

dar. Nach der Operation wird mit Physiotherapie versucht, die Beweglichkeit des Knies möglichst gut wiederherzustellen.

Neues Online-Portal für Qualitätsergebnisse

Vergleichende Informationen zur Qualität in der ambulanten Versorgung sollen Patientinnen und Patienten künftig über ein Online-Portal abrufen können. Als Datenbasis werden qualitätsrelevante Angaben genutzt, die die ärztlichen, zahnärztlichen und perspektivisch auch psychotherapeutischen Praxen anhand der Vorgaben des G-BA bereits dokumentieren. Welche konkreten Angaben der medizinischen Einrichtungen für einen aussagekräftigen und zugleich fairen Vergleich geeignet sind, dazu wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ein Konzept entwickeln und entsprechende Empfehlungen abgeben. *pm*

 **17.–18.03.2025** Unter dem Motto „Gesundheit fördern, heißt Demokratie fördern“ diskutiert der Kongress Armut und Gesundheit in diesem Jahr erneut im Henry-Ford-Bau der Freien Universität in Berlin-Dahlem. Mehr als 350 Referierende bringen sich in über 90 Veranstaltungen in die inhaltliche Gestaltung des Kongresses ein. → t1p.de/j33yv

 **20.–21.03.2025** Zu den wichtigsten Themenschwerpunkten im Programm des DRG-Forum 2025 zählen unter anderem Gesundheitsreform, Krankenhausversorgung, Krankenhausfinanzierung, Transformation und Personal. Die politische Debatte wird am ersten Kongresstag von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach eröffnet. → t1p.de/5lqqd



PRESSESCHAU

Krankenhausreform

„Das [...] Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist in Kraft getreten; jetzt muss die Umsetzung erfolgen. Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl Josef-Laumann hat vorgemacht, wie sich mit Mut, Transparenz und dem Streben nach Konsens Erfolge erzielen lassen. Maßstab muss sein: Qualität vor Quantität und Beendigung der Beliebigkeit.“

[KLINIK MANAGEMENT AKTUELL, 04.02.2025](#)

Pflege

„In der Pflege gibt es [...] kein Sparpotenzial, sie ist vielmehr völlig unterfinanziert. Nötig ist eine breite Debatte darüber, was unserer Gesellschaft eine menschenwürdige Pflege wert ist. Doch Geld allein reicht nicht, womit sich der Kreis zur Migrationspolitik schließt: Ohne Zuwanderung wird es nicht genügend Personal geben, um die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen zu versorgen.“

[KÖLNER STADT-ANZEIGER, 03.02.2025](#)

Elektronische Patientenakte

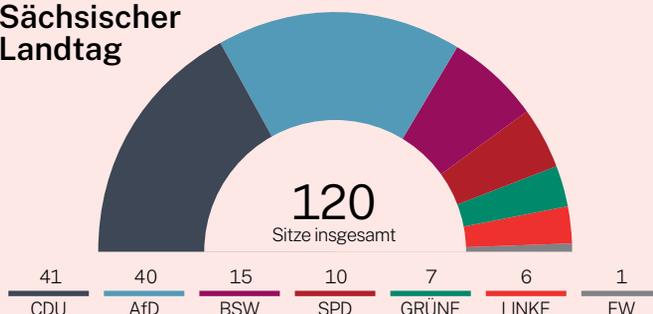
„Die digitale Patientenakte ist [...] ein überfälliger Segen für die Patienten. In Dänemark, Skandinavien oder Großbritannien ist sie teils seit Jahrzehnten bewährte Praxis. [...] Es ist das Recht eines jeden, der elektronischen Akte zu widersprechen. Doch das konkrete Risiko für die eigene Gesundheit ist um ein Vielfaches höher als die theoretische Gefahr eines Datenmissbrauchs.“

[AUGSBURGER ALLGEMEINE, 10.01.2025](#)

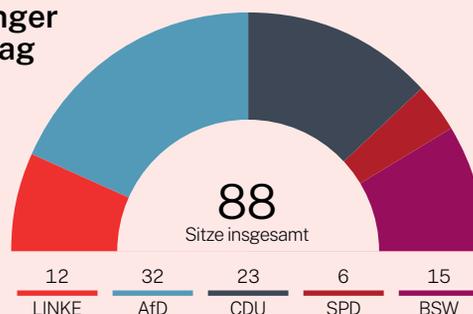
Zusammensetzung neuer Landtage

Nach den Landtagswahlen im September 2024 und der anschließenden Regierungsbildung regiert in Sachsen eine Minderheitsregierung aus CDU und SPD unter Ministerpräsident Michael Kretschmer (CDU). Von den insgesamt 120 Sitzen im Landtag verfügt die CDU über 41 Sitze und die SPD über 10 Sitze. Das Amt der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt hat Petra Köpping (SPD) inne, die zusätzlich auch stellvertretende Ministerpräsidentin ist. In Thüringen führt der neugewählte Ministerpräsident Mario Voigt (CDU) die deutschlandweit erste Koalition zwischen CDU, Bündnis Sahra Wagenknecht (BSW) und SPD an. Im Thüringer Landtag entfallen von den insgesamt 88 Sitzen 23 Sitze auf die CDU, 15 Sitze auf das BSW und 6 Sitze auf die SPD. Thüringer Ministerin für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie ist Katharina Schenk (SPD). Zudem ist sie 2025 Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder. In Brandenburg ist Dietmar Woidke (SPD) der erste Ministerpräsident einer Koalition aus SPD und BSW. Von den insgesamt 88 Sitzen entfallen 32 Sitze auf die SPD und 14 Sitze auf das BSW. Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg ist Britta Müller (parteilos). *tag*

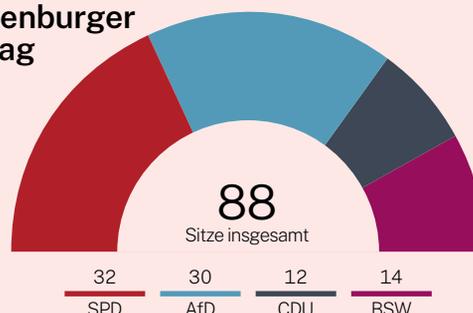
Sächsischer Landtag



Thüringer Landtag



Brandenburger Landtag



Quelle: wahlen.sachsen.de, wahlen.thueringen.de, wahlen.brandenburg.de

Neue Füllungstherapie in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Text von **Arndt Schlesselmann**

Seit Jahresbeginn darf für Zahnfüllungen kein Dentalamalgam mehr verwendet werden. Dies ist Ergebnis einer **EU-Verordnung**, deren Begründung in der Umweltschädlichkeit des in Amalgam enthaltenen Quecksilbers liegt. GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben rechtzeitig eine Lösung gefunden, mit der allen Versicherten weiterhin eine vollwertige Füllungstherapie ohne Aufpreis angeboten wird.

Die in 2013 international gezeichnete Minamata-Konvention sieht die Eindämmung der Emissionen des Schwermetalls Quecksilber vor. In der Folge legte die EU einen „Phase out“-Plan für Quecksilber bis 2030 vor. Dentalamalgam ist davon erfasst, da es zu circa 50 Prozent aus Quecksilber besteht. Für Schwangere, Stillende und unter 15-Jährige ist die Verwendung von Dentalamalgam bereits seit 2018 untersagt. Im vergangenen Jahr entschieden die EU-Gremien, den Ausstieg aus Dentalamalgam auf 2025 vorzuziehen. Die Entscheidung rief auch Kritik hervor, denn Dentalamalgam weist für die zahnärztliche Füllungstherapie einige Vorteile auf. Es ist gut und schnell bei Kavitäten (Zahnhöhlenräumen) unterschiedlicher Form, Größe und Lage zu verarbeiten, sehr haltbar, langlebig und nicht zuletzt sehr wirtschaftlich. Zudem geht die Anzahl von Füllungen aufgrund der positiven Entwicklung der präventionsorientierten Zahnmedizin mit rückläufiger Kariesentwicklung in Deutschland seit einigen Jahren zurück. Von dieser rückläufigen Anzahl enthielten 2023 nur noch unter

vier Prozent der Füllungen Dentalamalgam. Des Weiteren kommt Quecksilber in Dentalamalgam nur noch in verkapselter Form vor; die Entsorgung ist über einen speziellen Prozess mit sogenannten Amalgamabscheidern verpflichtend geregelt, sodass Umwelt- und Gesundheitsrisiken minimiert sind.

Dennoch entschied die EU einen beschleunigten Ausstieg zum 1. Januar 2025. Lediglich wenn spezifische medizinische Erfordernisse Dentalamalgam zwingend notwendig machen, ist es noch erlaubt. Diese Erfordernisse werden aufgrund vorhandener Alternativen absolute Ausnahmen darstellen. In der Folge entstand Handlungsdruck für die gemeinsame Selbstverwaltung, den gesetzlich Versicherten auch ab 2025 eine umfassende Füllungstherapie ohne Aufzahlung anbieten zu können.

Alternative zu Amalgam

Die Lösung unterscheidet nach Front- und Seitenzähnen sowie nach adhäsiv befestigten und selbstadhäsiven Füllungsmaterialien (adhäsiv = haftend/klebend). Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte



Arndt Schlesselmann
ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung, im Seitenzahnbereich selbstadhäsive Materialien. Der Unterschied zwischen adhäsiv befestigten und selbstadhäsiven Materialien besteht auch im zusätzlichen Arbeitsschritt der Befestigung der nicht selbstklebenden Materialien. Im Frontzahnbereich weisen selbstadhäsive Füllungen keine ausreichenden Eigenschaften auf. Daher sind hier adhäsiv befestigte Materialien notwendig. Im Seitenzahnbereich sind selbstadhäsive Materialien geeignet. Die Festlegungen beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Wie sieht die Praxis aus?

In der Praxis wird jeder und jedem Versicherten eine aufzahlungsfreie Füllung angeboten. Die Entscheidung der Versicherten für eine darüber hinaus gehende Füllung mit selbst zu tragenden Mehrkosten bleibt unbenommen. Die Krankenkasse übernimmt auch in diesem Fall die Kosten für eine vertragliche Füllung. Aufgrund der dynamischen Entwicklung auf dem Markt der Füllungsmaterialien in den letzten Jahren steht eine ausreichende Anzahl an anerkannten und erprobten Füllungsmaterialien zur Verfügung,

zum Beispiel Glashybride, Glasionomerezemente oder in Ausnahmefällen Bulkfill-Komposite. Auch in der Vergangenheit gab es keine normative Festlegung auf ein einziges Füllungsmaterial wie Amalgam. Dieses hatte sich lediglich aus oben beschriebenen Gründen durchgesetzt.

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Vorteile und nicht bestehender Gesundheitsrisiken wird von einem Austausch intakter Amalgamfüllungen gegen ein anderes Material ohne Indikation (zum Beispiel Beschädigung der Amalgamfüllung) abgeraten. Ohne Indikation stellt ein solcher Austausch keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen dar.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass es dem GKV-Spitzenverband und der KZBV gelungen ist, eine moderne und medizinisch hochwertige Nachfolgeregelung mit alternativen Füllungsmaterialien ohne Aufpreis für die Versicherten im Sachleistungsprinzip zu schaffen, die den Versicherten und Behandelnden indikationsgerechte Alternativen für die unterschiedlichen Füllungssituationen bietet. Die Entscheidung für eine darüber hinaus gehende Füllung mit selbst zu tragenden Mehrkosten entsprechend der gesetzlichen Regelung bleibt möglich. ■



Differenzierte Krankenhausplanung

Text von **Theresa Meier** und **Stefan Wöhrmann**

Die verabschiedete **Krankenhausreform** legt ihren Fokus auf eine neue Krankenhausplanung mit dem Instrument der allgemeinen und speziellen Leistungsgruppen. Daneben gilt es aber auch, die sektorenübergreifenden Einrichtungen und Fachkliniken sowie die Ambulantisierung über die Hybrid-DRG in die neue Planung zu überführen. Dies erfordert eine differenzierte Herangehensweise.



Stefan Wöhrmann ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek



Theresa Meier ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek

Nach gut drei Jahren Planung und Diskussion wurde die Krankenhausreform Ende 2024 beschlossen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) umfasst eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die den Krankenhäusern von den jeweiligen Landesbehörden zugewiesen werden, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) und eine Definition für Fachkrankenhäuser. Aktuell stehen die Bundesländer damit vor der Herausforderung, die Krankenhauslandschaft neu planen zu müssen. Der Kostendruck auf Krankenhäuser und Krankenkassen schwebt dabei wie ein Damoklesschwert über den Köpfen der Beteiligten und macht die Notwendigkeit einer effektiven Krankenhausplanung nur noch deutlicher.

Hier wäre es fatal, alle Aspekte in der Planung über einen Kamm zu scheren. Vielmehr muss bei der Krankenhausplanung zwischen mehreren Planungsgegenständen unterschieden werden:

1. Schwerpunktkrankenhaus mit komplexen und speziellen Leistungen

2. Krankenhäuser mit Notfallstufe und Basisleistungen
3. Fachkrankenhäuser
4. SüV

Am Ende müssen die Planungsgegenstände in ein Gesamtkonzept eingebettet werden, bei dem auch die Ambulantisierungspotenziale im Zusammenhang mit der baldigen Ausgliederung der Hybrid-DRG mitgedacht werden. Insbesondere für das neue Konzept der SüV müssen neue planerische Wege beschritten werden, die die vorliegenden ambulanten und stationären Versorgungsangebote einbeziehen. Der Fokus liegt nachfolgend daher auf der Planung von SüV.

Leistungsgruppen

Je nach Art der Leistung sollte der Fokus auf Bevölkerung oder Regionalität liegen. In den Ballungsgebieten steht eine Konzentration der Schwerpunktversorgung, in den Regionen mit Verstärkeransätzen eine Spezialisierung des Leistungsangebotes im Vordergrund. Bevölkerungsbezogene Kriterien, etwa Einwohnerdichte, Erreichbarkeit, sowie historische

Fallzahlen und Fallschwere, sind für die Planung der allgemeinen und der speziellen Leistungsgruppen maßgeblich. Für die Planung der Basisversorgung, die weite Teile der Bevölkerung betrifft, sollte hingegen die Regionalität stärker berücksichtigt werden. Die Kriterien für die allgemeinen Gruppen sind daher auf die Sicherung der Grundversorgung anzupassen, insbesondere für die ländlichen Regionen.

Fachkliniken

Der Begriff der Fachkliniken ist nicht geschützt. Nach dem KHVG obliegt die Festlegung den einzelnen Ländern und ist somit augenscheinlich eine Blackbox. Es wird ein bundesweiter Rahmen notwendig sein, der es ermöglicht, eine monetär getriebene Leistungsspezialisierung von einer medizinischen Spezialisierung zu trennen. Ohne solche Leitplanken droht die Gefahr, dass die neue Planung über Länderregelungen unterlaufen wird. Mögliche Kriterien können eine Kombination aus Mindestfallzahl und Konzentrationsmaß sein.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV)

SüV machen dort Sinn, wo das ambulante und stationäre Versorgungsangebot unzureichend ist. Daher sollten bei der Planung auch angebotsbezogene Kriterien im Vordergrund stehen. Bevölkerungsbezogene Kriterien sollten mit umgekehrten Vorzeichen Anwendung finden. Um beispielsweise die regionale Standortrelevanz potentieller SüV beurteilen zu können, bietet sich aus Sicht der Autoren ein Scoring-Ansatz an. Dabei werden das ambulante und das stationäre Versorgungsangebot einerseits und demografische Faktoren andererseits berücksichtigt. Die Details der Bewertung können angepasst werden. Für die

Bewertung können mehrere regionale Kriterien einbezogen werden (→ Abb. 1 Seite 13).

Die Bewertung erfolgt anhand eines Punktesystems. In Abhängigkeit vom jeweiligen bundesweiten Durchschnittswert wird jeweils ein Punkt vergeben – beispielsweise, wenn die Arzt- oder Betten-dichte, die Bevölkerungsdichte oder -entwicklung unter dem Durchschnittswert liegen und der Altersdurchschnitt über dem Durchschnittswert liegt. Auch wenn es im Umkreis von zehn Kilometern keinen somatischen Standort gibt, wird ein Punkt vergeben. Die Punkte in den einzelnen Kriterien werden am Ende aufsummiert. Anhand der Anzahl der gewählten Kriterien ergibt sich die maximal mögliche Punktzahl (hier: neun Punkte). Je höher der finale Punktwert, umso sinnvoller ist der potenzielle SüV-Standort aus angebotsorientierter und soziodemografischer Perspektive. Die Punktwerte lassen sich zum Schluss in ein Ampelsystem überführen. Häuser mit einer roten

Der demografische Wandel wird im Gesundheitswesen sowohl das Angebot als auch die Nachfrage massiv beeinflussen.

Bewertung werden grundsätzlich nicht benötigt. Häuser mit einer grünen Bewertung werden hingegen benötigt. Bei Häusern mit einer gelben Bewertung sollten im Rahmen einer Einzelfallentscheidung weitere Faktoren individuell geprüft werden.

Schaut man sich das Ergebnis des Scoring-Modells an (→ Abb. 2 Seite 14), erkennt man, dass es regional nicht überall sinnvoll ist, die Investitionen für den Aufbau von SüV zu tätigen. Insbesondere in den städtischen Regionen braucht es keine oder kaum SüV, da hier das vorliegende ambulante und stationäre Versorgungsangebot bereits ausreichend ist und die demografischen Faktoren auf eine jüngere Bevölkerung mit guter Entwicklung hindeuten. Genau gegenteilig ist die Situation in den ländlichen Regionen.

Herausforderungen in der Krankenhausplanung

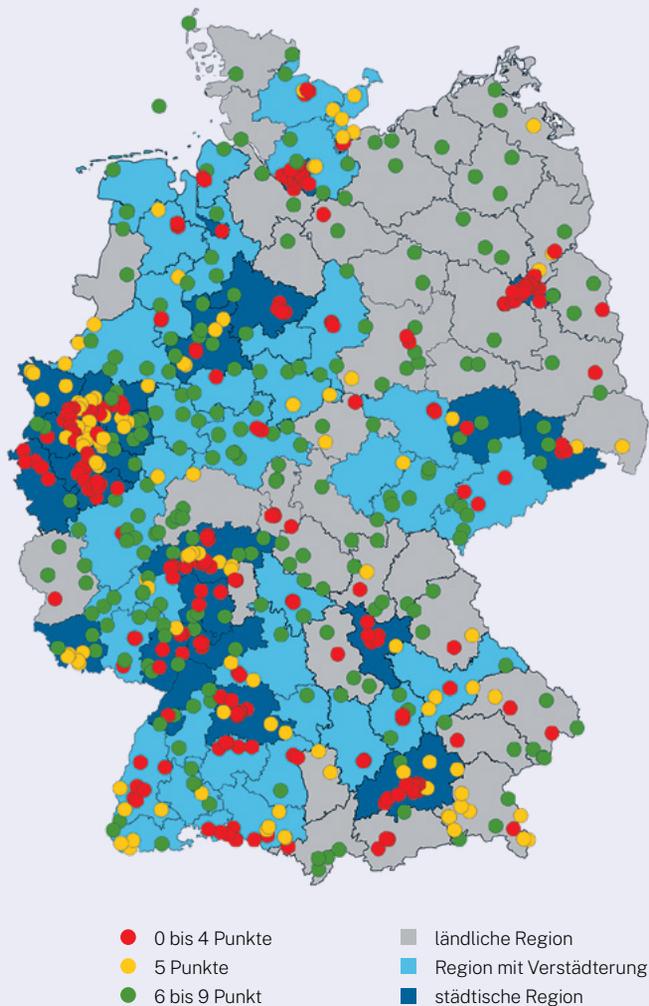
Jeder der genannten Planungsgegenstände steht vor seinen eigenen Herausforderungen, die entsprechend adressiert werden müssen. Mitunter die größten Hürden werden der Personalmangel und die Ausgliederung der Hybrid-DRG sein. →

Kriterien des Scoring-Modells (Abb. 1)

Kategorie	Kriterium
ambulantes Versorgungsangebot	Hausarzt-dichte je 100.000 Einwohner
	Facharzt-dichte (inkl. spezielle Fachärzte) je 100.000 Einwohner
	Durchschnittsalter der Ärzte
stationäres Versorgungsangebot	somatische Betten je 100.000 Einwohner
	prozentuale Veränderung der Bettendichte bei Wegfall des SüV-Standorts
	Anzahl der somatischen Standorte im Umkreis von 10 km
soziodemografische Faktoren	Durchschnittsalter der Bevölkerung
	Bevölkerungsdichte
	Bevölkerungsentwicklung

Ergebnis des Scoring-Ansatzes (Abb. 2)

Auf Basis von neun Kriterien bei Anwendung auf potentielle SüV. Potentielle SüV = keine Notfallstufe nach G-BA (Erwachsene/Kinder) und keine Fachklinik



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung auf Basis vom Bundesarztregister, Raumberechnung des BBSR, Qualitätsberichte 2022 und (Abrechnungs-)Daten der Ersatzkassen 2023

Das stationäre Leistungsangebot muss um die quantitative Vorgabe der Hybrid-DRG bereinigt werden. Bis 2030 sollen zwei Millionen stationäre Fälle in das Spektrum der Hybrid-DRG überführt werden. Diese Leistungen können dann sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern

erbracht werden. Sofern keine Vorgaben einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung erfolgen, droht trotz Ärztemangels der Ausbau der doppelten Facharztschiene. Die stationären Planvorgaben sind entsprechend anzupassen. Dies hat Auswirkungen auf die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser, wenn auch mit dreijährigem Zeitverzug.

Der demografische Wandel wird im Gesundheitswesen sowohl das Angebot an verfügbarem Pflegepersonal als auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen massiv beeinflussen. Bereits heute liegt die Verletzung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der Schicht bei 15,2 Prozent. Potenzielle SüV bilden hier mit 15,4 Prozent keine Ausnahme. Der sektorenübergreifende Wettbewerb wird zukünftig danach entschieden, wer entsprechendes ärztliches und nicht-ärztliches Fachpersonal hat, wenn nicht ein sektorenübergreifender Versorgungsrahmen den Weg ebnet. Denn nur mit Personal können Leistungen erbracht und Umsatz generiert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es den SüV und auch den Grundversorgern auf dem Land schwerer fallen wird, ärztliches Personal als nicht-ärztliches anzuwerben. Nur wenige Ärzte werden sich vermutlich gegen ein großes, städtisches (Universitäts-)Klinikum und für ein kleines, ländliches Haus entscheiden. Ohne Konzentrationsprozesse in den Ballungsgebieten wird eine Sicherung der Grundversorgung auf dem Land nicht gelingen. Dieser Prozess muss zudem von finanziellen Anreizen und Restriktionen flankiert werden.

Fazit

Die Diskussion um die Krankenhausreform hat deutlich gemacht, dass die einzelnen Versorgungseinrichtungen mit unterschiedlichen Bedingungen und Herausforderungen an den Start gehen. Diese ungleichen Startbedingungen müssen durch ein differenziertes Planungskonzept ausgeglichen werden. Nur so kann dem heutigen Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung mit dem Instrument der Leistungsgruppen begegnet werden. Dies setzt zudem einen Prozess voraus, der nicht nur die Länder, sondern alle Beteiligten miteinbezieht. Schwierige Entscheidungen können gegenüber der Bevölkerung nur dann vertreten werden, wenn sie auf einem möglichst breiten Konsens der Beteiligten beruhen. ■

Digitales Tool analysiert Reformfolgen

Text von **Platon Kreis** und **Maximilian Schmid**

Die Versorgungsanalyse des Softwareentwicklers BinDoc ermöglicht es, die Folgen der **Krankenhausreform** objektiv abzuschätzen. Mit umfassenden Analysen unterstützt das digitale Tool die Sozialministerien und Planungsreferate der Bundesländer sowie Kliniken dabei, Entscheidungen zu treffen, die die regionale Versorgung nachhaltig sichern und die neuen Regelungen der Reform greifbar machen.

Steigende Kosten, Fachkräftemangel und Qualitätsunterschiede im internationalen Vergleich machen eine grundlegende Reform der Krankenhauslandschaft notwendig. Mit neuen Leistungsgruppen und einer Vorhaltevergütung sollen Strukturen zentralisiert, der ökonomische Druck reduziert und die Behandlungsqualität verbessert werden. Doch welche Auswirkungen haben diese Maßnahmen auf Klinikstandorte und die regionale Versorgung?

Bislang fehlte ein Modell, das die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit von Krankenhausstandorten populationsbezogen und datengestützt bewerten kann. Hier setzt die Versorgungsanalyse von BinDoc an. Dieses digitale Werkzeug wurde entwickelt, um die Folgen der Reform transparent darzustellen und Entscheidern im Gesundheitswesen fundierte Grundlagen zu bieten.

Die Basis der Versorgungsanalyse bildet ein Simulationsmodell, das in Zusammenarbeit mit Experten der Regierungskommission und des GKV-Spitzenverbandes entwickelt wurde. Das Tool beleuchtet sowohl die Versorgungsbedeutung als auch die Bedarfsnotwendigkeit von Klinikstandorten und integriert erstmals die Perspektive der Patientinnen und Patienten. Dieser umfassende Ansatz

berücksichtigt sowohl die strukturellen als auch die finanziellen Auswirkungen von Veränderungen. Mit detaillierten Einblicken in die Versorgungslandschaft unterstützt die Analyse bei der Bewertung von Maßnahmen und bietet eine objektive Grundlage für strategische Entscheidungen.

Ein zentraler Bestandteil der Versorgungsanalyse ist die Betrachtung der regionalen Versorgung und deren Veränderungen. Mithilfe datenbasierter Modelle können Anpassungen – wie etwa die Schließung von Standorten oder Änderungen im Leistungsangebot – bewertet werden. Dabei spielen Faktoren wie Fallzahlen, Patientenpräferenzen und Erreichbarkeitskorridore eine entscheidende Rolle. Ein Beispiel: In der Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) im Saarland zeigt die Analyse, dass nach einer Reduktion von Standorten weiterhin 93 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar bleiben – im Vergleich zu 96 Prozent im Ist-Zustand.

Neben der strukturellen Betrachtung umfasst die Versorgungsanalyse auch die Bewertung der finanziellen Veränderungen, die durch die Reform ausgelöst werden. Sie ermöglicht eine präzise Berechnung der Vorhaltebudgets für Klinikstandorte. So können Veränderungen in der Verteilung der Finanzmittel sichtbar gemacht werden.

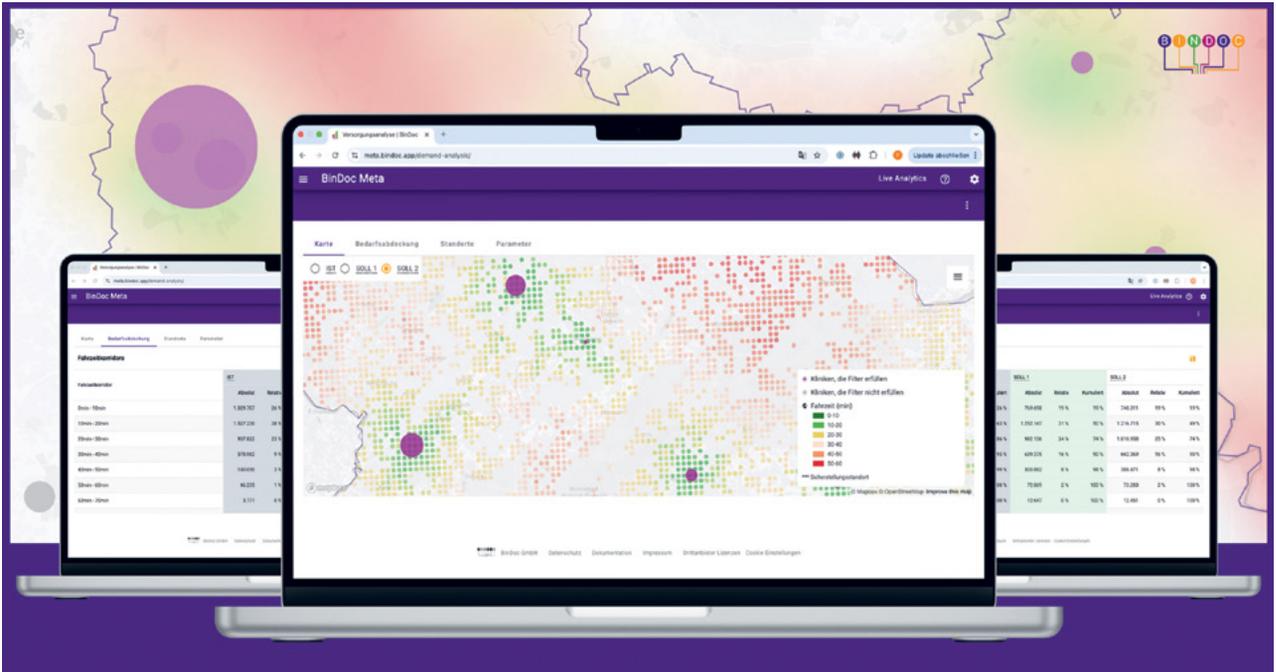


Platon Kreis ist Marketing Manager bei BinDoc



Maximilian Schmid ist Chief Operating Officer (COO) bei BinDoc





Die Analyse erlaubt auch eine Betrachtung einzelner Bundesländer und Leistungsgruppen. Im Saarland wurde die Schlaganfallversorgung exemplarisch analysiert:

- Visualisierung der Versorgung: Krankenhausstandorte und ihre Fallzahlen werden kartografisch dargestellt, um die regionale Versorgung nachvollziehbar zu machen.
- Bewertung der Erreichbarkeit: Die Versorgung wird anhand von Fahrzeitkorridoren (zum Beispiel 30 oder 40 Minuten) bewertet, um die Erreichbarkeit für die Bevölkerung zu analysieren.
- Bedeutung der Standorte: Es wird deutlich, welche Standorte eine hohe Versorgungsbedeutung haben und wie viele Personen auf sie angewiesen sind.

Zentrale Kennzahlen verdeutlichen diese Bewertung:

1. potenzielle Einwohnerinnen und Einwohner: Die Anzahl der Personen, die innerhalb eines Erreichbarkeitsradius von einem Standort versorgt werden können.
2. nächstgelegene Standorte: die Anzahl der Personen, für die ein Standort der nächstgelegene ist
3. zusätzliche Fahrminuten, die bei Wegfall eines Standortes erforderlich werden

Ein konkretes Beispiel dafür ist das Klinikum Merzig: Obwohl es im Vergleich zu einem Universitätsklinikum weniger potenzielle Einwohnerinnen und Einwohner versorgt, ist es für viele Menschen der nächstgelegene Behandlungsort. Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, sowohl die potenziell zu versorgende Bevölkerung als auch die Erreichbarkeit zu berücksichtigen – wesentliche Faktoren für die Bedarfsnotwendigkeit eines Standorts.

Die Versorgungsanalyse von BinDoc bietet weit mehr als nur einen Überblick über die Auswirkungen der Reform. Sie unterstützt Kliniken und Entscheidungsträger dabei, Anpassungen in der Versorgungsstruktur fundiert zu bewerten und gezielt umzusetzen. Zum ersten Mal fließt dabei auch die Perspektive der Patientinnen und Patienten in die Analyse ein – Faktoren wie Präferenzen und Erreichbarkeit werden berücksichtigt, um eine ausgewogene Versorgung sicherzustellen.

Die Analyse zeigt, wie entscheidend objektive Daten für fundierte Entscheidungen sind. Am Beispiel des Saarlands wird deutlich, dass selbst kleinere Standorte eine zentrale Rolle in der regionalen Versorgung spielen können. Die Versorgungsanalyse verbindet die detaillierte Betrachtung der Versorgungslandschaft mit einer datenbasierten Grundlage für strategische Entscheidungen – sei es in der Standortplanung oder der Optimierung von Leistungsangeboten.

Die Krankenhausreform erfordert durchdachte Strategien, um die Versorgung langfristig zu sichern und die Reformziele zu erreichen. Die Versorgungsanalyse liefert die Grundlage, um die Auswirkungen auf Klinikstandorte und die Bevölkerung objektiv zu bewerten und nachhaltige Lösungen zu entwickeln. ■

Drei Fragen an

Jürgen Dusel

Zum Ende der Legislatur hat das Bundesgesundheitsministerium einen „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ vorgelegt. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel, erläutert die Wichtigkeit dieses Themas auch für die künftige Bundesregierung.

Kernthema des Aktionsplans ist der Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen. Wo steht Deutschland hier aktuell?

Was den Abbau von Barrieren angeht, können wir in Deutschland insgesamt nicht zufrieden sein. Deutschland wird von den Vereinten Nationen immer wieder angemahnt, die Umsetzung der UN-Behinder-



tenrechtskonvention (UN-BRK) voranzutreiben. Für das Gesundheitswesen bedeutet dies vor allen Dingen, dass Menschen mit Behinderungen noch immer ihren Arzt oder ihre Ärztin nicht frei wählen können, weil die allermeisten Praxen nicht barrierefrei sind. Dies gilt selbstverständlich auch für alle anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hinzu kommen die Kommunikationsbarrieren. Die vielfach zu Recht eingeforderte Augenhöhe in der Kommunikation zwischen allen Patient:innen und Ärzt:innen stellt sich bei Menschen mit Behinderungen oftmals als eine weitere Hürde dar, die dringend durch Aufklärung und Fortbildungen angegangen werden sollte.

Auf welchen Dimensionen des Gesundheitswesens gibt es Handlungsbedarf, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu verbessern?

Nicht nur aus der UN-BRK, auch aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V § 2a ergeben sich unmittelbare Verpflichtungen für das Gesundheitswesen: „Den besonderen Belangen behinderter und

chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Daraus ergeben sich nicht nur Handlungsbedarfe wie die Barrierefreiheit von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der Abbau von Kommunikationsbarrieren. Hinzu kommt die Heil- und Hilfsmittelversorgung, die besser funktionieren müsste, denn für viele Men-

schens mit Behinderungen ist sie Grundlage dafür, dass Teilhabe überhaupt gelebt werden kann. Auch Rehabilitationseinrichtungen sowie Angebote der Prävention inklusive einer angemessenen Krebsvorsorge sind Bereiche, in denen durch eine entsprechende Ausrichtung der Angebote auf Menschen mit Behinderungen die Teilhabe verbessert werden muss.

Der Plan ist Anfang Dezember und damit nach dem Ampel-Aus erschienen, deshalb konnten noch keine Maßnahmen in die Umsetzung gehen. Was erhoffen Sie sich diesbezüglich von der nächsten Bundesregierung?

Ich bin froh, dass der Plan trotz der beschlossenen Neuwahl noch von Bundesgesundheitsminister Lauterbach veröffentlicht wurde. Er enthält die Vorgabe der Evaluation und Fortschreibung des Aktionsplans in vier Jahren. Das sollte für jeden Nachfolger und jede Nachfolgerin verbindlich sein. Dennoch wäre es gut, wenn dies auch im Koalitionsvertrag verankert würde. Dafür werde ich mich einsetzen. ■

Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2025 im Vergleich: Fokus Gesundheitspolitik

Arzneimittelsicherheit

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> Lieferketten sichern und Entwicklung verbessern 	<ul style="list-style-type: none"> Liefersicherheit, die in den letzten Jahren verbessert wurde, soll schnell für alle Arzneimittel greifen. 	<ul style="list-style-type: none"> stärkere Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten 	–	–	–

GKV, Bürgerversicherung, Wettbewerb und PKV

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> Beibehaltung von GKV und PKV Ziel: Finanzen der GKV zukunftsfest aufstellen, durch mehr Effizienz beim Einsatz von Beitragsgeldern Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> Ziel: gerechtes Gesundheitssystem unterschiedliche Wartezeiten zwischen GKV und PKV beseitigen, Termingarantie einführen – Anspruch auf Beitragsreduzierung bei Nichteinhaltung solidarisches System, gleicher Zugang in gleicher Qualität Finanzausgleich zwischen Kassen gerechter ausgestalten PKV soll zum Risikostrukturausgleich beitragen solidarische Bürgerversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> solidarische Kranken- und Pflegeversicherung Versicherte von versicherungsfremden Leistungen entlasten, z.B. Finanzierung Rentenbeiträge von pflegenden Angehörigen und Bürgergeldbeziehenden angemessener vom Staat finanzieren Einfluss von Finanzinvestoren begrenzen faire Beteiligung aller Versicherten auf dem Weg zu einer Bürgerversicherung analog dazu: Pflegebürgerversicherung Beitragsbemessung reformieren und Kapitaleinnahmen zur Finanzierung heranziehen auch die Mindestbemessungsgrenze reformieren 	<ul style="list-style-type: none"> Bekennnis zum dualen System aus GKV und PKV Ablehnung einer Einheitskasse (sog. Bürgerversicherung) Wechsel und Wahlfreiheit der Versicherten stärken Ausgaben in der GKV sollen nicht stärker wachsen als Einnahmen. Alle Leistungsausweitungen der letzten zehn Jahre werden einem Evidenz-, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitscheck unterzogen. GKV-Leistungen streichen, die sich nicht bewährt haben Bonusprogramme bzw. reduzierter Zusatzbeitrag für Versicherte, die Vorsorge betreiben 	<ul style="list-style-type: none"> Solidarität statt Wettbewerb solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung, alle zahlen ein; Beiträge werden auf alle Einkommen erhoben, Beitragsbemessungsgrenze fällt weg PKV geht in GKV auf, dadurch sinkt der Beitrag auf 13,3 % des Bruttolohns. Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus müssen bundesweit Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung erhalten. Solidarische Pflegevollversicherung soll alle pflegerischen Leistungen abdecken. 	<ul style="list-style-type: none"> Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege, in die alle einzahlen; Abschaffung von Zusatzbeiträgen Grundfreibetrag auf Sozialbeiträge; Einbeziehung Besserverdienende, gegenfinanziert durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Zahnersatz und Sehhilfen vollständig in den Leistungskatalog zurückholen

Strukturreformen: ambulante, stationäre, sektorenübergreifende Versorgung

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: hochwertige Versorgung in der Stadt und auf dem Land • Fehlsteuerungen der Krankenhausreform werden korrigiert. • Planungshoheit der Länder für Krankenhäuser bleiben unberührt. • Zusammendenken von stationärer und ambulanter Versorgung • Ziel: Fehlanreize beseitigen – Weiterentwicklung der Notfallversorgung und Rettungsdienste • Hausärzte: stärkere Steuerungsfunktion, dadurch Wartezeiten auf Arzttermine senken 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausreform (KHVVG) durchgesetzt • bereits vorbereitete Maßnahmen wie Entbudgetierung von Hausärztinnen/Hausärzten, erleichterte Gründung kommunaler MVZ und Einführung von Gemeindegemeinschaften umsetzen • medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen sichern • Notfallversorgung und Rettungsdienst verstärken • Zugang zur Versorgung ausbauen, z. B. durch Gesundheitskioske 	<ul style="list-style-type: none"> • Primärversorgung durch Hausärzte stärken • unterversorgte Gebiete besser unterstützen • Verteilung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten enger mit Krankenhaus-Planung verknüpfen • bestehende Trennung der Finanzierungssysteme ambulant/stationär überwinden • Gesundheitsregionen und Versorgungszentren (verschiedene Therapie- und Pflegeberufe unter einem Dach) • KHVVG nachbessern; Notfallversorgung und Rettungsdienst reformieren 	<ul style="list-style-type: none"> • wohnortnahe qualitativ hochwertige Versorgung • Primärarztssystem und Entbudgetierung aller Gesundheitsberufe • Krankenhausversorgung: spezialisierte Angebote vorhalten, Kosten bremsen • bessere Vernetzung von Krankenhäusern, Ärztinnen/Ärzten und Rettungsdienst durch Notfallreform • Sektorenbarrieren konsequent abbauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausreform bedroht Kliniken auf dem Land, Wettbewerb zwischen den Kliniken wird fortgesetzt. • wohnortnahe, kostenlose Grundversorgung • Betriebskosten der Krankenhäuser sollen vollständig durch die Krankenkassen finanziert werden. • kommunale Versorgungszentren als Rückgrat der wohnortnahen Versorgung • Investorgetragene MVZ müssen gestoppt werden. • In lebenswichtigen Bereichen darf nicht spekuliert werden: dazu gehört die öffentliche Daseinsvorsorge. Krankenhaus- und Pflegekonzernen soll die Börsenzulassung entzogen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausreform rückgängig machen; Krankenhaus-schließungen werden abgelehnt. • Privatisierungen bei Krankenhäusern, Arztpraxen und MVZs stoppen • Hausärztinnen/Hausärzte müssen höher vergütet werden.

Digitalisierung

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Potenziale ePA ausschöpfen, Einsatz von KI im Einklang mit Datenschutz 	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung maßgeblich vorangetrieben; ePA kommt jetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> • bei der Digitalisierung und der Nutzung von Daten für Forschung und Versorgung weiter vorankommen 	<ul style="list-style-type: none"> • — 	<ul style="list-style-type: none"> • ePA muss an Verbesserung der Behandlung ausgerichtet werden und Datenmengen nicht an kommerzielle Player freigeben. • DiGA brauchen wissenschaftliche Bewertungsverfahren; Open-Source-Anwendungen öffentlich fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • —

Prävention

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Prävention in den Mittelpunkt stellen; Angebote verbessern; Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz stärken • Prävention und Reha vor Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention und Früherkennung stehen im Mittelpunkt; Suchtprävention stärken 	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention und Gesundheitsförderung Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche • ÖGD stärken • Angebote zur Suchtprävention weiter ausbauen 	<ul style="list-style-type: none"> • aktive Präventionsstrategie starten, Gesundheits-Apps, Telemedizin, Wearables dabei einbeziehen • Suchtprävention 	<p>—</p>	<p>—</p>

Pflege

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Pflege muss verlässlich und bezahlbar bleiben • Finanzierungsmix aus SPV, betrieblicher Mitfinanzierung, Steuermitteln und eigenverantwortlicher Vorsorge • neben schneller finanzieller Stabilisierung umfassende Reform für eine stabile pflegerische Versorgung • Häusliche Pflege wird in den Mittelpunkt gestellt. • Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stärken • Pflegeberufe attraktiver machen: Arbeitsbedingungen, Einsatzzeiten, Aufstieg, neue Berufsbilder • Pflege ganzheitlich denken: stationären und ambulanten Einrichtungen mehr Gestaltungsmöglichkeiten geben; neue Wohn- und Betreuungsformen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekosten deckeln auf 1.000,00€/Monat • kein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflege: gemeinsames, solidarisch finanziertes Pflegesystem • private Pflegeversicherung in den Risikostrukturausgleich einbeziehen • häusliche Pflege unterstützen • mehr Zeitsouveränität für pflegende Angehörige; Familienpflegegeld- und zeit – analog zum Elterngeld • Befugnisse von Pflegefachpersonen erweitern, Durchlässigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • bezahlbare Pflege • finanzieller Ausgleich für pflegende Angehörige • Zugang zu Tagespflege verbessern • Rückkehroffensive für Pflegekräfte mit besseren Arbeitsbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Ausbau der Kurz- und Tagespflege • mehr Pflegefachkräfte gewinnen, Annerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte drastisch vereinfachen • digitale Anwendungen, Automatisierung, Robotik, Entlastung des Personals • Zur Stabilisierung der Beitragssätze soll umlagefinanzierte Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Komponente ergänzt werden; Anreize für private Vorsorge setzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Pflegevollversicherung müssen Pflegende und deren Familien keinen Eigenanteil zahlen. • Kommunen werden entlastet, wenn sie nicht für die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aufkommen müssen. • Private Pflegeeinrichtungen müssen in die öffentliche Hand überführt werden. • Pflegende Angehörige müssen besser unterstützt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenanteile müssen deutlich sinken. • Forderung nach Pflegevollversicherung, überwiegend aus Steuermitteln finanziert

Pandemie

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
–	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Vorbereitung auf Pandemien; staatliches Krisenmanagement in der Corona-Pandemie umfassend aufarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Vorbereitung auf Epidemien, große Katastrophen und militärische Bedrohung 	<ul style="list-style-type: none"> • kritische Aufarbeitung der Corona-Maßnahmen – gefordert wird Untersuchungsausschuss im Deutschen Bundestag 	–	–

Mental Health

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsangebote bei psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht verbessern, insbesondere für Kinder/Jugendliche 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen, die eine Psychotherapie benötigen, sollen zügig einen Therapieplatz erhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bund-Länder-Pakt für mentale Gesundheit • niedrigschwelligen Zugang ausbauen • Forschung zu Long Covid und Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) finanzieren und vorantreiben 	<ul style="list-style-type: none"> • Entstigmatisierung und niedrigschwellige, digitale Angebote stärken • bessere psychotherapeutische Versorgung • Wartezeit für Therapieplatz auf unter vier Wochen verkürzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die psychotherapeutische Versorgung deckt bei Weitem nicht den Bedarf ab. • Grundlegende Reform der Bedarfsplanung für vertragspsychotherapeutische Kassensitze nötig • Ausbildungskosten müssen für Psychotherapeuten finanziert werden. 	–

Pharma

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Anspruch Leitökonomie in Deutschland, dafür Standort- und Wettbewerbsbedingungen verbessern, schnellere Zulassungsverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • stärkere Produktion in Deutschland und der EU • Krankenkassen sollen größere Mengen einkaufen dürfen. 	–	<ul style="list-style-type: none"> • Innovationen fördern; frühzeitiger Zugang zu nutzenbringenden Arzneimitteln • Produktions- und Forschungsstandort Deutschland stärken • Zulassungsverfahren beschleunigen • Regeln der Nutzenbewertung und der Preisverhandlungen überprüfen 	<ul style="list-style-type: none"> • bezahlbare Medikamente für alle, Macht der Pharmaindustrie durchbrechen • Es braucht öffentliche Kontrolle über Arzneimittelforschung. • Preise EU-einheitlich festlegen 	–

Apotheken

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Apothekenreform: zur Stärkung der Präsenz-apotheken 	—	<ul style="list-style-type: none"> • für eine Apothekenreform 	<ul style="list-style-type: none"> • Für eine gute Arzneimittelversorgung braucht es starke Apotheken. 	—	—

Frauengesundheit

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • stärker in den Blick nehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse stärker berücksichtigen 	—	—	—	—

Rehabilitation

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Reha-Verfahren vereinfachen • einheitliche Antragsverfahren für medizinische und berufliche Reha • Prävention und Reha vor Pflege 	—	—	—	—	—

Ärztliche Berufe

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Bürokratieentlastung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt auf Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten sowie Ausbau von Ausbildungs- und Weiterbildungskapazitäten • Entbudgetierung Hausärztinnen und Hausärzte 	—	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Freien Berufe • Bürokratieabbau, Digitalisierung 	—	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Medizinstudiplätze schaffen

Gesundheitsfachberufe

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • mehr Verantwortung für Versorgung • Bürokratieentlastung 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedingungen verbessern • kostenfreie Ausbildung, einheitliche Standards 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Kompetenzen 	—	<ul style="list-style-type: none"> • Solidarität mit Beschäftigten • flächendeckende Entlastungstarife • mehr eigenverantwortliches Handeln ermöglichen, Befugnisse von Heilberufen ausweiten 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Pflegepersonal ausbilden • bessere Bezahlung

Drogenpolitik

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis-Gesetz der Ampel wird wieder abgeschafft. 	<ul style="list-style-type: none"> • strengere Regulierung, Werbebeschränkungen und Altersgrenzen für Energy Drinks, Alkohol, E-Zigaretten, Cannabis 	<ul style="list-style-type: none"> • Am Ziel des Verkaufs von Cannabis in lizenzierten Fachgeschäften wird weiter festgehalten. 	—	<ul style="list-style-type: none"> • Werbe- und Sponsoringverbot für Alkohol, Tabak sowie andere Drogen und Glücksspiel • Aufklärungskampagnen zu Suchtmitteln • Prävention statt Strafverfolgung • vollständige Legalisierung von Cannabis 	—

Hospiz- und Palliativversorgung

CDU/CSU	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	FDP	DIE LINKE	BSW
<ul style="list-style-type: none"> • Hospiz- und Palliativversorgung • Aktive Sterbehilfe wird abgelehnt. 	—	—	<ul style="list-style-type: none"> • Stehen zum Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben • Sterbehilfe rechtsicher in Anspruch nehmen • Suizidprävention spürbar ausbauen 	—	—

A man with grey hair and glasses, wearing a black turtleneck and a black blazer, stands on a staircase with his arms crossed. The staircase has a light-colored wooden handrail and white metal railings. The background is a bright, modern interior.

**»Die soziale Selbst-
verwaltung ist die
große Stärke unseres
Gesundheitssystems«**

Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. fordert **Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**, einen gesundheitspolitischen Neustart und erläutert, welche Weichenstellungen zur Stärkung der ambulanten Versorgung notwendig sind. Im Kern geht es um bessere Patientensteuerung, Stärkung der Selbstverwaltung, nachhaltige GKV-Finanzierung, Bürokratieabbau und nutzenorientierte Digitalisierung.

Interview von **Michaela Gottfried und Dr. Tanja Gloom**

Herr Dr. Gassen, 2025 werden die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich auf eine Rekordhöhe von 341 Milliarden Euro steigen, im ambulanten Bereich sind es etwa 53 Milliarden Euro. Wodurch erklären sich die hohen Gesundheitsausgaben?

DR. ANDREAS GASSEN Ohne Frage haben wir eine deutliche Steigerung der Krankenkassenbeiträge wie auch aller Sozialbeiträge, die die Lohnkosten und auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stark belasten. Ein entscheidender Grund ist, dass bei der GKV finanzielle Belastungen verortet sind, die dort nichts verloren haben. Prominentes Beispiel ist die nicht ausreichende Finanzierung der Bürgergeld-Beziehenden, sprich die GKV-Beitragszahlerinnen und -zahler werden durch Ausgaben von rund zehn Milliarden Euro im Jahr belastet, die eigentlich in die Fürsorgepflicht des Staates fallen. Und dieses Gebaren könnte sich auch fortsetzen, denken Sie aktuell an den geplanten Transformationsfonds für die Krankenhaus-Reform, der überwiegend durch GKV-Beitragsmittel finanziert wird und gleichzeitig dem Umbau von Krankenhäusern dienen soll. Nicht zuletzt wegen der Wettbewerbsverzerrung zulasten des ambulanten Sektors ist dieser Transformationsfonds in dieser Form rechtswidrig. Darüber hinaus wurden die einstigen Finanzreserven der Krankenkassen im Zuge politischer Entscheidungen aufgebraucht. Kostentreiber sind überhaupt maßgeblich durch Gesetzgebungen und Aufgabenverortung verursacht, die nicht dem originären Zweck der Krankenversicherung entsprechen. Wenn das Gesundheitswesen von den versicherungsfremden Leistungen entlastet würde, wäre schon etwas Luft gewonnen.

An welchen Stellschrauben müsste noch gedreht werden, um einen weiteren Anstieg der Ausgaben zu begrenzen? In den KBV-Forderungen zur Bundestagswahl wird angeregt, eine Priorisierung der Verwendung der Finanzmittel zu diskutieren.

Natürlich müssen wir eine Begrenzung der Ausgaben hinbekommen. Eine Priorisierung bezüglich der Gesundheitsleistungen, wie sie in Großbritannien stattfindet, halte ich indes nicht für einen guten Weg.

Ich tue mich auch schwer mit der Vorstellung, dass jemand, der im Alter von 70 Jahren eine Endoprothese haben möchte, lange warten oder zuzahlen muss oder die Endoprothese schlussendlich nicht bekommt. Da sind wir hierzulande deutlich besser aufgestellt.

Dennoch haben wir vor dem Hintergrund von Fehl- und Mehrfachinanspruchnahmen Reserven, die wir heben können. Viele Medikamente und Verordnungen landen in der Schublade, manchmal sogar im Müll. Also, es können Effizienzreserven gehoben werden, ohne das Leistungsangebot zu verringern und vor allen Dingen auch ohne dauerhaft die vorhandene Unterdeckung darüber zu finanzieren, dass beispielsweise die Praxen mit hohen Budgetabstufungen zu kämpfen haben.

Was ist zu tun, um solche Mehrfachinanspruchnahmen beziehungsweise Erwartungen der Patientinnen und Patienten besser zu steuern?

»Bei der GKV sind finanzielle Belastungen verortet, die dort nichts verloren haben.«



Zunächst einmal sollte nicht der Eindruck erweckt werden, jeder und jede könnte alles zu jeder Zeit bekommen. Das ist offenkundig erstens nicht möglich und zweitens im Sozialgesetzbuch V auch nicht vorgesehen. Wirtschaftlich ausreichende, notwendige und zweckmäßige Leistungen sind eine Maßgabe im SGB V, damit das System finanzierbar ist. Von daher dürfen wir nicht Erwartungen wecken, die nicht erfüllbar sind und zwangsläufig zu Frustrationen führen. Dies ist erstens eine politische Forderung, weil die Politik den Menschen eigentlich rei-

»In Ansätzen gibt es bei der 116117 bereits ein Ersteinschätzungsverfahren für die Akutfälle.«

nen Wein einschenken müsste, aber dies nur ungern tut. Das treibt zurzeit seltsame Blüten, beispielsweise ist die SPD mit einer Termingarantie in den Wahlkampf gezogen. Das ist ein unerfüllbares Thema und die Politik ist insofern mitverantwortlich. Zweitens sollten wir uns in der gemeinsamen sozialen Selbstverwaltung dem Problem nähern, auch weil wir es gemeinsam besser lösen können als die Politik.

Apropos Wartezeiten: GKV-Versicherte klagen seit Langem über lange Wartezeiten bei Facharztpraxen. Aus den Krankenkassen kommt unter anderem der Vorschlag, ein gemeinsames Online-Portal von GKV und KBV einzurichten, auf dem verpflichtend freie Termine genannt werden sollen. Was halten Sie davon?

Zunächst einmal sind unsere Wartezeiten im internationalen Vergleich kurz. Die Vergabe von Online-Terminen ist sicher zukunftsweisend, vorausgesetzt das System dahinter funktioniert. Werden Online-Termine reibungslos vergeben, wird sich wahrscheinlich niemand mehr über nennenswerte Wartezeiten beschweren. Um die Forderung der Vergabe nach medizinischer Dringlichkeit zu adressieren, bräuchten wir allerdings ein objektives Kriterium bei der Terminvergabe, also welcher Termin medizinisch dringend ist und welcher nicht. Ohne eine solche belastbare objektive Einschätzung sind die pauschalen Forderungen nach kürzeren Wartezeiten populistisch. Wer

soll diese Einschätzung machen – eine KI-Software beispielsweise oder ärztliches Personal?

Deswegen fordern Sie ein Ersteinschätzungsverfahren.

Richtig. In Ansätzen gibt es bei der Patientenservicenummer 116117 ein solches Verfahren für die Akutfälle, wie wir es bei den Notrufnummern 110 und 112 kennen. Bei den Anrufen wird über die folgenden Fragen entschieden: Ist die Situation lebensbedrohlich, muss der Krankenwagen kommen oder wurde ein Rezept vergessen? Bei diesem abgestuften Prinzip, wie wir es vorschlagen, bekommen die Patientinnen und Patienten eine schnellere Versorgung, weil alles ineinandergreift und eine bessere Koordination über die medizinische Anlaufstelle erfolgt. Dadurch wird die ambulante Versorgung nicht nur wirtschaftlich effizienter, sondern wahrscheinlich auch besser und würde womöglich auch die Diskussion um mehr Termine für die GKV-Versicherten entlasten.

In welchem Umfang wird die 116117 für Akutfälle derzeit eigentlich genutzt? Anfänglich gab es ja den Vorwurf, dass die Patientenservicenummer gar nicht bekannt sei.

Tatsächlich gibt es inzwischen Millionen Inanspruchnahmen bei der 116117. 2024 hatten wir beispielsweise 12,8 Millionen Anrufe über die 116117. Dort, wo das Ersteinschätzungsverfahren funktioniert, ist die Entlastung sofort spürbar. Und am Ende des Tages haben wir auch zufriedene Patientinnen und Patienten. Die Schwierigkeit bei dem erweiterten Einschätzungsverfahren wird am Anfang sein, dass es sich erst beweisen muss.

Macht es nicht mehr Sinn, eine Ersteinschätzung direkt in den Arztpraxen (bei dem Arzt/der Ärztin des Vertrauens) im Rahmen von Versorgungsmodellen mit den Krankenkassen zu etablieren?

Die Praxen sind mit der aktuellen Versorgung mehr als ausgelastet, da gibt es keine Valenzen für Ersteinschätzungen fremder



Patientinnen und Patienten. Wenn wir dieses System über die 116117 hochfahren wollen, brauchen wir aber finanzielle Mittel, das kann die Ärzteschaft nicht weiter wie bisher selber stemmen. Die Frage ist auch, ob die Krankenkassen das bezahlen müssten oder ob es sich bei einem solchen System schon um Daseinsvorsorge handelt, wie es bei der Feuerwehr oder Polizei der Fall ist. Wenn wir das etablieren, würde ein großer Teil des Drucks, der aufgrund einer subjektiv empfundenen Notfallsituation entsteht, aber objektiv kein medizinischer Notfall ist, wegfallen. Zahlenmäßig reden wir nur über rund acht Millionen Fälle im Jahr bei einer Gesamtzahl von 560 Millionen ambulanter Fälle im Jahr, aber sie führen dazu, dass in der Krankenhausambulanz Menschen mit einem Schnupfen sitzen, die da beim besten Willen nichts verloren haben. Das von uns vorgeschlagene System funktioniert aber nur, wenn es auch für Patienten Verbindlichkeit entfaltet. Das heißt, alle Versicherten, gesetzlich wie privat, müssen sich für diese Fälle dort einloggen, danach erfolgt dann die medizinische Einschätzung.

Kommen wir zum Thema Stärkung der Versorgung auf dem Land. Welche (finanziellen) Anreizsysteme brauchen wir gerade auch für junge Ärztinnen und Ärzte? Und müssen wir nicht differenzieren, je nachdem, ob es sich um eine unterversorgte oder überversorgte Region handelt?

Im Grundsatz ist dieser Anreiz, dass Arztpraxen in strukturschwachen Gebieten besser stehen, im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angelegt. Wenn Sie in der Maximilianstraße in München eine Praxis unterhalten, ist dies sicherlich teurer als in der Uckermark. In den Metropolregionen gibt es mehr Praxen, weil dort einfach viele Menschen leben und arbeiten. Im Gegensatz dazu gelten etwa in Brandenburg nach Raumplanungskriterien quasi Teile als unbesiedelt. Damit sich eine Praxis wirtschaftlich trägt, ist ein gewisser Patientenstamm notwendig, das ist bei Praxen nicht anders als im Handel. Es lässt sich auch nicht pauschal sagen, dass es auf dem Land schlechte und in der Stadt gute Bedingungen gibt. Es gibt ländliche Bereiche, die hochbegehrt sind und städtische Bereiche, wo sich niemand niederlassen möchte. Von daher geht es tatsächlich um die vergleichbare Lebenssituation. Hier ist die Politik gefragt, den Strukturwandel in vernachlässigten Regionen auf den Weg zu bringen.

Müssen wir nicht neue Wege gehen, weg von der Einzelpraxis? Die Ersatzkassen haben zum Beispiel das Modell der regionalen Gesundheitszentren (RGZ) auf den Weg gebracht, wo nichtärztliche und ärztliche Professionen unter einem Dach zusammenarbeiten.

Allerdings wird für solche größere Strukturen noch mehr Personal notwendig, und Sie brauchen zur Kostendeckung deutlich mehr Patientinnen und Patienten. Nicht überraschend haben viele Kommunen, die breitbeinig große MVZ gegründet haben, diese kleinlaut wieder geschlossen, weil diese Strukturen wirtschaftlich nicht



Dr. Andreas Gassen ist Orthopäde, Unfallchirurg und Rheumatologe. Seit dem 1. März 2014 ist er Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – und dort für die fachärztliche Versorgung zuständig. Darüber hinaus war er unter anderem von 2013 bis 2014 Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Nach seinem Studium der Humanmedizin von 1982 bis 1988 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und anschließender Promotion war Dr. Gassen von 1989 bis 1996 im Marienkrankenhaus in Düsseldorf-Kaiserswerth tätig und von 1993 bis 1996 als leitender Oberarzt der Abteilung für Arthroskopische Chirurgie und Rheumatologie. Seit 1996 ist Dr. Gassen als Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in einer Gemeinschaftspraxis in Düsseldorf niedergelassen.

tragbar waren. Aus meiner Erfahrung ist die Einzelpraxis unverändert beliebt, bei den Kolleginnen und Kollegen und auch bei den Patientinnen und Patienten. Sie ist zweifelsohne eine große Verantwortung für die Betreiberinnen und Betreiber, aber sie ist in der Lage, viel kleinteiliger zu versorgen als es bei großen Strukturen der Fall ist. Eine Lösung für strukturschwache Gebiete könnte vielleicht sein, in Kooperation mit den Kommunen tageweise Sprechstunden unterschiedlichen Facharztdisziplinen anzubieten.

Durch die Krankenhausreform wird jetzt das Thema Ambulantisierung noch eine größere Wichtigkeit bekommen.

Die Zukunft der Medizin ist ambulant, sagen auch Sie.

Ja, derzeit haben wir noch rund 1.700 Krankenhäuser. Es gibt seriöse Berechnungen, wonach wir mit 300 bis 600 Krankenhäusern gut ausgestattet wären. Das heißt, wir haben





wahrscheinlich rund 1.000 Kliniken zu viel. Darunter sind einige Kleinstkrankenhäuser mit 50 bis 80 Betten. Wenn diese schließen, erhöht sich der Bedarf noch einmal. Wir müssen aber den Transformationsprozess hin zu mehr Ambulantisierung hinbekommen. Um diese Richtung einzuschlagen – also stationäre Versorgung für wirklich stationäre Fälle vorzusehen und Praxen für ambulante Versorgung – braucht man einen Plan und eine belastbare Finanzierung für mehrere Jahre.

Seit dem 1. Januar 2025 ist eine neue Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung in Kraft getreten, wonach alle bisherigen Hybrid-DRG besser vergütet werden. Inwieweit stärken und beschleunigen Hybrid-DRG die Ambulantisierung?

Hybrid-DRG sind in der Theorie ein richtiger Ansatz, aber: Hier haben wir aber in der praktischen Umsetzung noch viel Luft nach oben. Die Anzahl der Eingriffe, für die es eine Fallpauschale gibt, ist auch mit den nun neu hinzugekommenen noch immer überschaubar. Die Vergütung ist zu niedrig, um Anreize zu setzen, und die Frage der Sachkosten nicht geklärt. Wir brauchen weitere Anreize, damit mehr stationäre Operationen ambulant erfolgen könnten. Es besteht Konsens darüber, dass wir die Ambulantisierung fördern wollen. Wir würden uns hier aber auch mehr Unterstützung von den Krankenkassen wünschen.

Welche Rolle muss die Digitalisierung in der Versorgung spielen? Und welche Chancen sehen Sie in der elektronischen Patientenakte (ePA)?

Die Entwicklungen bei der elektronischen Patientenakte verfolgen wir genau, Datensicherheit und Praktikabilität müssen sich erst noch bewähren. Mehr Digitalisierung ist notwendig, aber sie muss praxistauglich sein. In einer funktionierenden Welt der aufeinander abgestimmten Systeme würde auch die ePA funktionieren. Wobei wir eine ePA aus ärztlicher Sicht anders gestalten würden. Wenn Sie aus der ePA wirklich medizinische Handlungsweisen ableiten wollen, dann müsste ihre Befüllung den rein medizinischen Kriterien und Standards gehorchen. Und das heißt sich mit dem nachvollziehbaren Wunsch der Patientinnen und Patienten, die Akte in Teilen zu verblinden. Aber natürlich obliegt es den Versicherten selbst zu entscheiden, ob und welche Daten sie verbergen wollen oder nicht.

Noch ein Wort zu Ihrer Forderung nach einem „Pakt für die Selbstverwaltung“.

Die soziale Selbstverwaltung ist die große Stärke unseres Gesundheitssystems. Dazu gehört aber auch, sie als Partnerschaft zu verstehen, die ungeachtet der berechtigten Eigeninteressen ein gemeinsames Ziel verfolgt. Letztlich geht es doch darum, in Abstimmung gemeinsame Wege zu finden. Hier gibt es in meiner Wahrnehmung auch bei den Krankenkassen eine ganze Reihe von Playern, die ihre Bereitschaft signalisieren mitzumachen. Was uns als Akteure und Akteurinnen eint, ist, dass die Politik es nicht besser macht. Wir sollten daher gemeinsam auf mehr Gestaltungsspielräume und Stärkung der Finanzautonomie drängen und auch in die Politik hineinspielen, uns den entsprechenden Spielraum zu geben. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



Ulrike Pernack, Abteilungsleiterin Gesundheit in der vdek-Verbandszentrale, moderierte zusammen mit Studierenden der Katholischen Hochschule Mainz ein World Café während der Abschlussveranstaltung zu Resi Saluto.

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

Resi Saluto: Projekt zur Resilienzförderung in der stationären Pflege wirkt

Der Alltag in der stationären Langzeitpflege ist in vielfacher Hinsicht herausfordernd, da kommen Themen wie Resilienz und Gesundheitsförderung oft zu kurz. Dass dies nicht der Fall sein muss, hat das gemeinsame Projekt der Dienstleistung, Innovation und Pflegeforschung GmbH (DIP) und des vdek gezeigt. Denn sechs Einrichtungen (vier in Rheinland-Pfalz und zwei im Saarland) haben sich im Rahmen des Projektes „Resi Saluto – Resilienzförderung in der stationären Langzeitpflege“ vorgenommen, sich genau diesem Thema anzunehmen. Alle Einrichtungen konnten das Vorhaben auf unterschiedlichem Wege und mithilfe von Schulungen des DIP umsetzen. **Schwerpunkt der Schulungen war, die Stärken, Potenziale und Ressourcen der Mitarbeitenden herauszuarbeiten, um diese aktiv im Pflegealltag nutzen zu können.** Die Reflektion der eigenen Stärken hat die Mitarbeitenden auch für die Ressourcen und Stärken der Bewohnenden sensibilisiert. Auf dieser Grundlage hat jede Einrichtung ein

individuelles Projekt umgesetzt, das auf die Bedürfnisse und die Rahmenbedingungen des Pflegeheims abgestimmt war. Ziel erreicht: **Alle Einrichtungen haben ein positives Resümee gezogen, denn nicht nur die Resilienz der Bewohnenden ist gestiegen, sondern auch das Belastungsgefühl der Mitarbeitenden wurde positiv beeinflusst.** Erste Ergebnisse des Projektes haben das DIP und der vdek im Rahmen der Fachtagung am 27. November 2024 in der Katholischen Hochschule Mainz vorgestellt. Zusammen mit über hundert Teilnehmenden wurden die Ergebnisse diskutiert, eigene Erfahrungen eingebracht und neue Ansätze im Rahmen von World Cafés gesammelt. Ulrike Pernack, Abteilungsleiterin Gesundheit in der vdek-Zentrale in Berlin, berichtete, dass das DIP die Materialien aus dem Projekt nun aufbereitet. Ziel ist es, diese für andere Einrichtungen nutzbar zu machen, so dass auch andere Pflegeheime von den positiven Erfahrungen aus dem Projekt profitieren können. *aml*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Chancen auf beruflichen Wiedereinstieg erhöhen

Das Programm „teamwOrk für Gesundheit und Arbeit“ – ehemals „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ – ist ein vom GKV-Bündnis für Gesundheit gefördertes Programm zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von arbeitslosen Menschen. Hierbei kooperieren die gesetzlichen Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit, dem Deutschen Landkreistag sowie dem Deutschen Städtetag. **Das Programm verknüpft Maßnahmen der Arbeits-, Gesundheitsförderung sowie Prävention mit dem Ziel, die gesundheitliche Lage von arbeitslosen Menschen zu verbessern und damit auch ihre Chancen auf den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erhöhen.** Bedarfsgerechte Bewegungsangebote werden am Jobcenter Stuttgart – einem der vier Standorte in Baden-Württemberg, welche unter der



Federführung der vdek-Landesvertretung koordiniert werden – durch die 10er-Karte bereitgestellt. Diese steht den Kundinnen und Kunden des Jobcenters seit Februar 2024 zur Verfügung und besteht aus einem Eingangs-Check, acht Kurseinheiten sowie einem Abschlussgespräch. **Maximale Möglichkeiten bietet die 10er-Karte, indem in einem viermonatigen Zeitraum nach Erhalt flexibel an einem ausgewählten präventiven und**

gesundheitsförderlichen sowie leitfadenskonformen Bewegungsangebot zweier kooperierender Vereine teilgenommen werden kann. Die Vereine übernehmen dabei den Anmeldeprozess, um den Arbeitsaufwand für das Jobcenter zu minimieren. Dies stellt einen wichtigen Schritt für die kommunale Etablierung und Verstetigung gesundheitsförderlicher Maßnahmen dar. *kl*

→ t1p.de/bzxcf

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

10 Jahre Hessisches Krebsregister: Mit Daten Leben retten

Das klinisch-epidemiologische Krebsregister in Hessen ist eine entscheidende Hilfe im Kampf gegen Krebs. Seit Inkrafttreten des Hessischen Krebsregistergesetzes im Oktober 2014 erfasst es flächendeckend den gesamten Verlauf von Krebsbehandlungen und sammelt systematisch Daten zu Diagnosen, Therapien und Krankheitsverläufen. Zehn Jahre später zeigt sich: **Für die medizinische Versorgung und den Kampf gegen Krebs ist das Krebsregister unverzichtbar.** Es liefert für Forschung und Ärzteschaft wertvolle Erkenntnisse darüber, welche Therapien auch langfristig erfolgreich sind und wo mögliche Versorgungslücken bestehen. Anlässlich des Jubiläums wurde die Arbeit des Hessischen Krebsregisters Ende Oktober 2024 bei einer Festveranstaltung gewürdigt. Hierbei betonte Claudia Ackermann, Leiterin der

vdek-Landesvertretung, stellvertretend für die gesetzliche Krankenkassenversicherung (GKV) die große Bedeutung des Krebsregisters: „Es sind besonders die Patientinnen und Patienten, die direkt von der Arbeit des Krebsregisters profitieren. Daher haben die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen das Krebsregister von Anfang an finanziell unterstützt.“ **Die GKV in Hessen zahlt für jede registrierte Neuerkrankung eine Pauschale an das Krebs-**

register. Diese Förderung ist an die Erfüllung wichtiger Kriterien gebunden, die jährlich von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Hessen mit allen Beteiligten konstruktiv überprüft werden. Damit werden die vorgegebenen hohen Mindeststandards bei Qualität und Strukturen der klinischen Krebsregister und deren Daten garantiert – ganz im Sinne der Patientinnen und Patienten. *hk*



„Innere Stärke“ auch in der Pflege

Resilienz ist in aller Munde. Kurse sollen Selbstachtsamkeit und psychische Stärke im Alltag verbessern. Denn wer innerlich stark ist, lebt gesünder und glücklicher. Doch wie müssen solche Angebote aussehen, wenn auch kognitiv oder physisch beeinträchtigte Menschen davon profitieren sollen? Das wollte das Projekt „Innere Stärke – Resilienz für pflegebedürftige Menschen mit und ohne Demenz“ herausfinden, das in Bremen vom vdek im Namen und im Auftrag der Ersatzkassen gefördert wurde. In der Tagespflege von vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH in Bremen-Nord wurden dafür klassische Übungen aus dem Resilienztraining abgewandelt und auf die sehr heterogene Gruppe der Gäste heruntergebrochen. Ziel war es laut vacances-Geschäftsführer Jürgen Weemeyer, den



Menschen „Mut, Kraft und Hilfe zu geben, um mit den Abbauprozessen des Alters und dem daraus folgenden Leiden umzugehen“. Die Projektmitarbeiterin Ann-Katrin Godt erstellte ein Programm aus Übungen, die an die kognitiven Fähigkeiten angepasst wurden und in den Pflegealltag einfließen. Ob Fantasiereisen oder Bewegungsübungen, positive Affirmationen oder die Einübung kleiner Rituale: Erprobt wurden sie ebenso in stationären Pflegeeinrichtungen

und der offenen Seniorenarbeit. **Nun wurde nach drei Jahren das Ergebnis vorgestellt: ein Buch, das die erarbeiteten Ideen samt Tipps zur Umsetzung detailliert und liebevoll bebildert darstellt.** Es ist kostenlos erhältlich beim Kellner-Verlag Bremen oder als E-Book in allen üblichen Buchläden. *bit* → t1p.de/ikynp

Präventionsprojekt in St. Ingbert ausgezeichnet: Erfolgreiches Angebot geht weiter

Das Finale ist gelaufen, und dennoch geht's weiter: Auch nach dem offiziellen Ende des Projekts „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“ der Ersatzkassen und der AWO Saarland am 29. August 2024 wirkt das Projekt noch nach. **Vor allem die Bewegungsangebote werden von den St. Ingbertern gut angenommen, aber auch das gemeinsame Kochen möchte niemand mehr missen.** Es tut sich also auch weiterhin etwas in Sachen Gesundheit. Besonders erfreulich ist, dass die Stadt St. Ingbert sich bei der Weiterführung der Angebote engagiert. „Es ist nicht selbstverständlich, dass ein Präventionsprojekt so exakt den Bedarf der Teilnehmer:innen trifft und so gut angenommen wird, dass das ganze Quartier gesundheitsförderlicher wird. Zusammen mit der

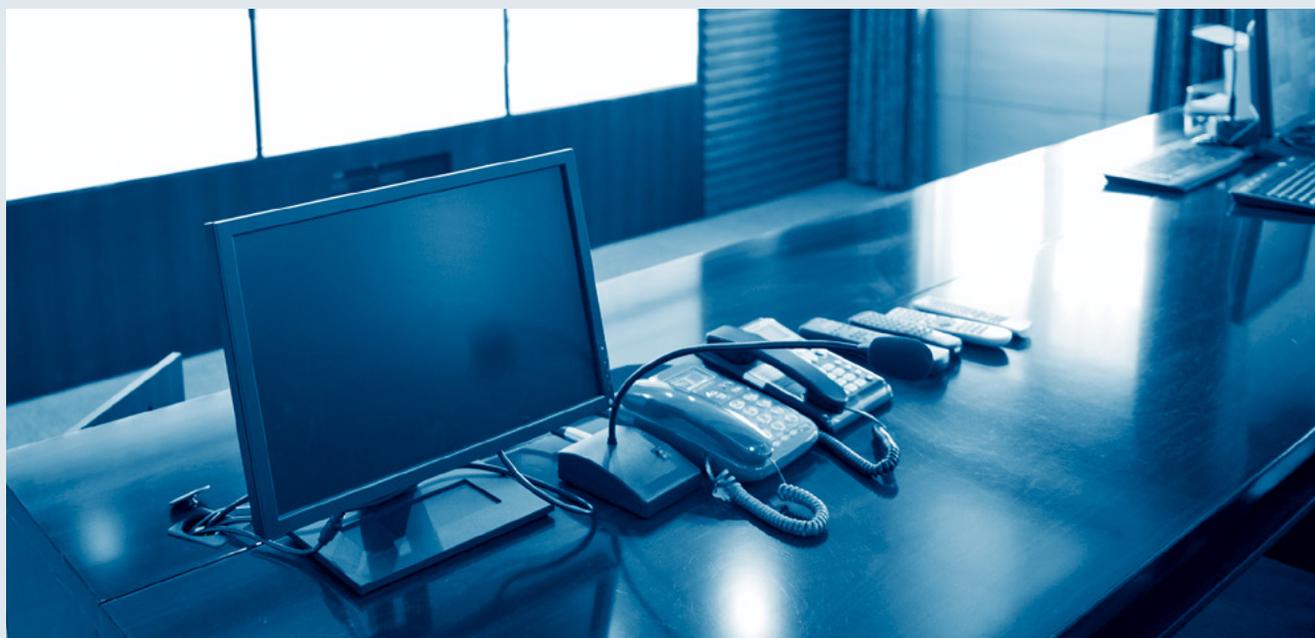


AWO ist dies nun zum zweiten Mal gelungen. Wir freuen uns über die zahlreichen positiven Rückmeldungen aus dem Projekt und sind uns sicher, dass die St. Ingberter auch zukünftig aktiv bleiben!“, erklärt Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland. **Mit so viel Engagement gelang es dem Projekt, den Sonderpreis Pflege der DAK-Gesundheit im Rahmen**

des Wettbewerbs „Gesichter für ein gesundes Miteinander“ zu gewinnen. Die gemeinsamen Maßnahmen haben nicht nur den Zusammenhalt gefördert, sondern auch bei einem gesünderen Lebensstil unterstützt – dies wirkt einer zukünftigen Pflegebedürftigkeit aktiv entgegen. Der Schirmherr des Preises Minister Dr. Magnus Jung lobte das Engagement aller Beteiligten im Projekt. *aml*

✕ **@vdek_ST** Nach konstruktiven Verhandlungen: Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt und die Krankenkassenverbände haben den Landesbasisfallwert 2025 vereinbart. Ergebnis: ca. 82,5 Mio. € mehr für die #Patientenversorgung in #Krankenhäusern.

✕ **@vdek_RLP** Und sie steigen weiter! Eigenanteile in der stat. #Pflege sind in #RLP zum 1.1.2025 erneut gestiegen. Dies zeigt eine Auswertung **@vdek_Presse**. Im 1. Aufenthaltsjahr im #Pflegeheim (zu 1.1.2024) um 285 €.



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Ein Sprung in die Zukunft: Der digitale Rettungsdienst

Ein vdek-Fachgespräch im November letzten Jahres zeigte: In Sachsen-Anhalt wird die Digitalisierung des Rettungsdienstes als zentrale Herausforderung angesehen, um den steigenden Einsatzzahlen und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Tobias Niemann (Malteser Hilfsdienst Magdeburg) forderte ein einheitliches Vorgehen, das sowohl Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade als auch die Digitalisierung einschließt. Für Dr. Karsten zur Nieden, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Stadt Halle (Saale), spielt der webbasierte Versorgungskapazitätsnachweis IVENA eine Schlüsselrolle: „Die seit 2019 in Sachsen-Anhalt gesammelten Daten sollten gezielt für die Versorgungsplanung genutzt werden.“ IVENA-Experte Hans Georg Jung verwies auf die positiven Erfahrungen in Hessen, wo IVENA-Daten die Krankenhausplanung unterstützen. Götz Ulrich, Landrat des Burgenlandkreises und Präsident des

Landkreistages, betonte: „Leitstellen steuern nicht nur den Rettungsdienst, sondern auch den Zivilschutz. Daher gilt: ein Landkreis, eine Leitstelle.“ Er forderte eine einheitliche digitale Kommunikation über Kreis- und Ländergrenzen hinweg. Die gemeinsame Leitstelle des Altmarkkreises Salzwedel und des Landkreises Stendal zeige, dass solche Zentralisierungen auch unter den Anforderungen des Zivilschutzes erfolgreich umgesetzt werden können. **Einigkeit bestand bei Vertretern der Politik über die Potenziale digitaler Innovationen im Rettungsdienst.** Klaus Zimmermann, Staatssekretär im Ministerium für Inneres und Sport, versicherte: „Sachsen-Anhalt will die Digitalisierung des Rettungsdienstes weiter voranbringen.“ Der Weg zu nachhaltigen Verbesserungen erfordere jedoch einen Balanceakt zwischen Technologien, Datenschutz und spezifischen regionalen Anforderungen *els*

Notfallversorgung: Ersatzkassen fordern einheitliche Gesetzesgrundlage

Im Rahmen der Fachveranstaltung „NetzwerkTalk“ der Ersatzkassen diskutierten am 26. November 2024 im Potsdamer Museum für Zukunft, Gegenwart und Geschichte unter dem Titel „Sichere Rettung: Transformation von Notfallversorgung und Rettungswesen“ Expert:innen aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft. Mit den rund 80 geladenen Gästen wurde die aktuelle Situation im Rettungswesen kritisch beleuchtet und eine Gesprächsplattform für den Fachausaustausch geschaffen. Wenngleich die Notfallversorgung wegen Personalmangel, unzureichender Ausstattung und einer hohen Belastung durch Bagatelleinsätze von sich reden macht, lag der Fokus der Veranstaltung auf den Chancen, die eine rasche Reform für Patient:innen bieten würde. So könne aus Sicht des



vdek durch eine Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V gewährleistet werden, dass die geplanten Akuteitsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen effizient zusammenarbeiten und die Rettungsleitstellen im Sinne einer passgenaueren Patient:innenversorgung zu echten Gesundheitsleitstellen ausgebaut werden. „Ein funktionierendes Gesundheitswesen erfordert zu jeder Zeit das Vertrauen der Bevölkerung in eine zuverlässige und effiziente Rettungsvorsorgung“, betonte Rebecca Zeljar (Foto), Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. Insbesondere im Flächenland Brandenburg seien einheitliche Standards und klare Zuständigkeiten zwischen allen beteiligten Akteuren im Rettungsdienst unabdingbar. *ug*

Krankenhausplanung in NRW abgeschlossen

Die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) hat eines ihrer wichtigsten Projekte erfolgreich abgeschlossen: Mit dem erfolgten Versand der Feststellungsbescheide an die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, mit denen ihnen ihr künftiges Leistungsportfolio verbindlich mitgeteilt wurde, ist das Krankenhausplanungsverfahren beendet. Es steht nun final fest, welches Krankenhaus zukünftig welche Leistungen anbieten kann und zu welchen Veränderungen es in der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft kommen wird. Die Regelungen der neuen Krankenhausplanung treten am 1. April 2025 in Kraft. Darüber hinaus wird es für bestimmte Leistungsgruppen Übergangsfristen bis



31. Dezember 2025 geben. Nachdem die Bescheide versandt worden waren, regte sich schnell Widerstand. Zahlreiche Kliniken klagten gegen die Reform. Der vdek in NRW hat den sechsjährigen Planungsprozess von Beginn an intensiv begleitet und steht voller Überzeugung hinter dem neuen Krankenhausplan. Der Leiter der Landesvertretung Dirk Ruiss dazu: „Wir sind sicher, dass durch die Leistungskonzentration bei gleichzeitigem Erhalt einer wohnortnahen Grundversorgung die Qualität der Versorgung für unsere Versicherten spürbar zunehmen wird. Mit der Umsetzung des neuen Krankenhausplans in NRW sind wir zudem gut vorbereitet auf die anstehende Umsetzung der Bundeskrankenhausesreform.“ *pb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

vdek-Neujahrsforum 2025: Klimaschutz ist auch Gesundheitsschutz

Schon jetzt sind die Folgen des Klimawandels deutlich im Gesundheitswesen zu spüren. Umso wichtiger ist es, den Klimawandel nicht nur als Umweltproblem, sondern auch als gesundheitspolitische Herausforderung zu betrachten. Welche Ansatzpunkte für Klimaanpassung beziehungsweise zur Verhinderung des Fortschreitens des Klimawandels gibt es im sächsischen Gesundheitswesen bereits? Dazu diskutierten beim Neujahrsforum 2025 der Landesvertretung Sachsen auf dem Podium die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping, Dr. med. Martin Herrmann (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. – KLUG), Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten (Universitätsklinikum Leipzig), Marit Gronwald (Amt für Gesundheit und Prävention Landeshauptstadt Dresden) sowie Dr. med. Luise Lotte Kramer (Mitglied von KLUG und Health for Future Dresden). In seinem Impulsvortrag identifizierte Herrmann den Klimawandel als größte Bedrohung für Gesundheit in unserer Zeit: „Alle Menschen sind gefährdet, alle Organe sind betroffen. Daher müssen sich auch alle Gesundheitsakteure dem Thema stellen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Praxis integrieren.“ Sachsens Gesundheitsakteure sind sich bewusst, dass sie selbst Teil des Problems sind. Josten stellte als Klinikchef klar, dass man zwar viele Tonnen CO₂ einsparen könne – beim Heizen oder durch den Austausch von OP-Leuchten hin zu LED –, aber er räumte auch ein: „Im Krankenhaus verursachen wir einen Mount Everest an Wäsche! Und zum Beispiel in der Unfallchirurgie entstehen Tonnen an unnötigem Abfall, weil jede Schraube, jedes Einzelteil separat steril verpackt sein muss.“ Außerdem

würde durch bürokratische Vorgaben viel Papier verschwendet. Hier könne die zunehmende Nutzung telemedizinischer Anwendungen Abhilfe schaffen. In der Diskussion wurde mit Hitze auch das größte Gesundheitsrisiko in Deutschland thematisiert, das laut Bundesamt für Statistik jährlich rund 10.000 Tote fordert und laut DAK-Report etwa zehn Millionen Beschäftigte im Job belastet. Gronwald verwies auf einen kommunalen Hitzeaktionsplan, der in Dresden erarbeitet wird und der unter anderem die Vernetzung lokaler Akteure in Hitzezeiten vorsieht. Die Anwesenden waren sich einig, dass die Resonanz auf das Thema im Gesundheitssektor deutlich wächst. Silke Heinke, Leiterin der Landesvertretung Sachsen, resümierte: „Die nachhaltige Transformation des Gesundheitswesens ist unabdingbar, wobei wir noch am Anfang stehen.“ Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem müsse die intersektorale, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, um Versorgungslücken zu schließen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen sowie Synergien zu nutzen. „Dabei braucht es die Partizipation aller Beteiligten in gemeinsamen Bündnissen sowie systemische Ansätze, damit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zugleich Verantwortung, Herausforderung und Chance ist.“ Denn von einem klimagerechten Gesundheitswesen profitierten letztendlich alle: Versicherte, Klinikchefs, Praxisinhaber:innen, Krankenkassen und nicht zuletzt ‚Patientin Erde‘. Köpping ergänzte: „Wir müssen mehr Zuversicht vermitteln, dass jeder mit seinen persönlichen Möglichkeiten etwas tun kann“ – oder mit den Worten von Kramer: „vom CO₂-Fußabdruck zum CO₂-Handabdruck“. *cb*

Vertreter:innen des sächsischen Gesundheitswesens wandten sich per Videobotschaft an das Publikum und offenbarten, dass sie sich im Berufsalltag bereits mit dem „Klima-Thema“ befassen, im Gesundheitssektor allerdings noch viel Potenzial wie auch Handlungsdruck sehen (v.l.o.n.r.u.): Jana Luntz (Pflegedirektorin am Uniklinikum Dresden), Erik Bodendieck und Göran Donner (Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer), Michael Richter (Landesgeschäftsführer beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband), Dr. Thomas Breyer (Präsident der Landes Zahnärztekammer), Dr. Nicole Porzig (Vorstandsvorsitzende im DRK-Landesverband), Dr. Robert Jacob (Kaufmännischer Vorstand am Uniklinikum Leipzig), Dr. Gregor Peikert (Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer)



Vertreter:innen des sächsischen Gesundheitswesens wandten sich per Videobotschaft an das Publikum und offenbarten, dass sie sich im Berufsalltag bereits mit dem „Klima-Thema“ befassen, im Gesundheitssektor allerdings noch viel Potenzial wie auch Handlungsdruck sehen (v.l.o.n.r.u.): Jana Luntz (Pflegedirektorin am Uniklinikum Dresden), Erik Bodendieck und Göran Donner (Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer), Michael Richter (Landesgeschäftsführer beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband), Dr. Thomas Breyer (Präsident der Landes Zahnärztekammer), Dr. Nicole Porzig (Vorstandsvorsitzende im DRK-Landesverband), Dr. Robert Jacob (Kaufmännischer Vorstand am Uniklinikum Leipzig), Dr. Gregor Peikert (Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer)



Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen, beim Begrüßungsimpuls

„Die nachhaltige Transformation des Gesundheitswesens ist unabdingbar, wobei wir noch am Anfang stehen.“ Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem müsse die intersektorale, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, um Versorgungslücken zu schließen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen sowie Synergien zu nutzen. „Dabei braucht es die Partizipation aller Beteiligten in gemeinsamen Bündnissen sowie systemische Ansätze, damit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zugleich Verantwortung, Herausforderung und Chance ist.“ Denn von einem klimagerechten Gesundheitswesen profitierten letztendlich alle: Versicherte, Klinikchefs, Praxisinhaber:innen, Krankenkassen und nicht zuletzt ‚Patientin Erde‘. Köpping ergänzte: „Wir müssen mehr Zuversicht vermitteln, dass jeder mit seinen persönlichen Möglichkeiten etwas tun kann“ – oder mit den Worten von Kramer: „vom CO₂-Fußabdruck zum CO₂-Handabdruck“. *cb*



EINWURF

Die „elektronische Patientenakte für alle“ mit Sicherheit zum Erfolg bringen

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

Mitte Januar war es endlich so weit: Mit dem Start der „ePA für alle“ bekommt die Digitalisierung des Gesundheitswesens einen kräftigen Schub. Den Einstieg machen etwa 300 Einrichtungen wie Arztpraxen und Krankenhäuser in den Pilotregionen Nordrhein-Westfalen, Franken sowie Hamburg und Umgebung. Die Ersatzkassen haben gleichzeitig elektronische Patientenakten für alle Versicherten bereitgestellt, die nicht widersprochen haben. Tatsächlich ist die Widerspruchsquote mit fünf Prozent sehr gering und beweist, wie groß das Vertrauen der Menschen in das deutsche Gesundheitswesen und in die Einführung der ePA ist.

Deshalb ist es wichtig, dass wir mit diesem Vertrauensvorschuss sorgsam umgehen. Die Veröffentlichungen des Chaos Computer Clubs (CCC) Ende Dezember haben gezeigt, dass an einzelnen Stellen noch Handlungsbedarf besteht. Die gematik hat hier gemeinsam mit den Krankenkassen und den Anbietern der Aktensysteme schnell reagiert. So ist die Sicherheit der Daten in den Pilotregionen gewährleistet. Gleichzeitig werden in den nächsten Wochen weitere technische Anpassungen vorgenommen, damit der bundesweite Roll-out der „ePA für alle“ mit

höchsten Sicherheitsstandards voraussichtlich zu Beginn des zweiten Quartals vonstattengehen kann. Das ist wichtig – auch wenn es eine hundertprozentige Sicherheit, wie auch bei analogen Prozessen, natürlich niemals geben kann, gerade wenn kriminelle Energie im Spiel ist.

Die Vorteile der ePA sind klar: Weniger Doppeluntersuchungen, mehr Überblick über Behandlungen für Versicherte sowie Ärztinnen und Ärzte, eine höhere Arzneimittelsicherheit durch die integrierte Medikationsliste. Wichtig ist nun, dass Arztpraxen und Krankenhäuser in der Praxis auch mitmachen. Das heißt, sie müssen Arztbriefe und Befunde schnell und vollständig einstellen. Dafür brauchen sie Softwaresysteme, die dies einfach und ohne großen Zeitaufwand möglich machen. Und die Krankenkassen werden ihren Teil beitragen, indem sie die digitale Gesundheitskompetenz der Versicherten gerade im Hinblick auf die ePA stärken. Wir als vdek machen das mit unserem Angebot „Gesund digital“. Nachdem die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen wurden und auch die Technik funktioniert, ist es am Ende also eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, die ePA zu einem Erfolg zu machen. ■

Neue Regierung – neue Wege

Nach der Regierungsneubildung ist eine Stabilitäts-offensive für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und soziale Pflegeversicherung (SPV) notwendig. Konkret braucht es unter anderem ein Sofortgesetz, dass die Aufwärtsspirale bei den Beitragssätzen bremst, stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik, Übernahme der Kosten für versicherungsfremde Leistungen und Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Zugleich enthält die vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) geforderte Stabilitätsoffensive Maßnahmen für mehr Steuerung und Orientierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung und Notfallversorgung, Stabilisierung der Arzneimittel-Ausgaben und einen stärkeren Qualitätsfokus bei der Krankenhausreform.





Stabilitätsoffensive für Gesundheit & Pflege gefordert

Die **Finanzlage** der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spitzt sich von Jahr zu Jahr zu. Wird nichts unternommen, werden die Beitragssätze auch 2026 und in den Folgejahren drastisch steigen. Nach der Regierungsneubildung sind deshalb ein Sofort-Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze und die Rückkehr zur stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik notwendig. Zudem muss die nächste Bundesregierung die Finanzprobleme der Pflegeversicherung angehen und Pflegebedürftige von steigenden Eigenanteilen entlasten.

Die Ersatzkassen stehen mit ihren über 28 Millionen Versicherten als größte Kassenart und mit bundesweiten Strukturen bereit, gemeinsam mit der Politik für eine stabile Zukunft der GKV zu arbeiten. Um die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl zukunftsfest aufzustellen, fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) eine Stabilitätsoffensive für die GKV und die soziale Pflegeversicherung (SPV), die auf zwei Maßnahmenpaketen basiert. Dabei handelt es sich um Maßnahmen mit Sofortwirkung für die Finanzen und um Maßnahmen für eine bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung.

Angesichts enormer Beitragssatzsteigerungen zu Beginn des Jahres hat Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek, auf der Neujahrs-Presskonferenz des vdek am 29. Januar 2025 die Politik entsprechend zum Handeln aufgefordert. „Die Aufwärtsspirale bei den Beitragssätzen muss durch ein Sofortgesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze gebremst werden“, so Klemens. Er wies darauf hin, dass 82 von

93 Krankenkassen am Jahresanfang ihren Zusatzbeitragssatz zum Teil drastisch erhöhen mussten (→ [Abb. 1 Seite 39](#)). Die Beitragssätze hätten mit 17,5 Prozent einen historischen Höchststand erreicht. 2015 seien es noch 15,4 Prozent gewesen. „Während ein Versicherter mit einem durchschnittlichen Einkommen 2015 rund 2.850 Euro im Jahr für seinen Versicherungsschutz zahlen musste, sind es heute über ein Drittel mehr – etwa 3.900 Euro“, verdeutlichte Klemens. Diese extremen Beitragssatzsteigerungen hätten aus seiner Sicht vermieden werden können. Sie brächten die Versicherten nicht nur an ihre Belastungsgrenzen, sondern schwächten auch das Vertrauen der Menschen in die sozialen Sicherungssysteme und in die Handlungsfähigkeit der Politik.

Zurück zur stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik

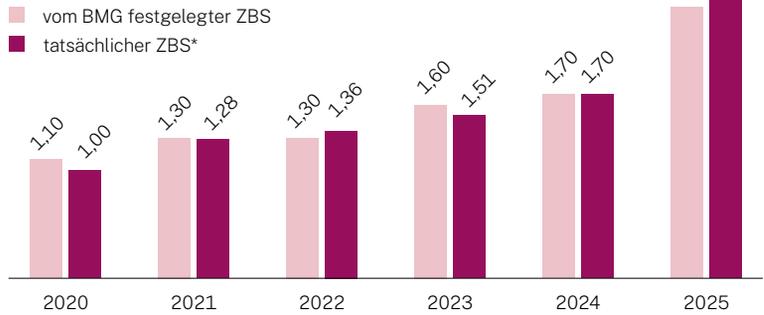
Vor dem Hintergrund der ernststen Finanzlage machte Klemens zudem deutlich, dass die GKV vor allem ein massives Effizienz- und Ausgabenproblem habe. „Wir müssen zu einer stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik

zurückkommen“, lautete sein eindringlicher Appell an die Politik. Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben öffnet sich seit 2015 immer weiter (→ **Abb. 2 Seite 39**). Die Gesamtausgaben der GKV seien seit 2015 von 209 Milliarden Euro auf prognostiziert 341 Milliarden Euro 2025 gestiegen – fast fünf Prozent pro Jahr – also weit- aus schneller als die Lohnentwicklung oder die Verbraucherpreise. Die Einnahmen seien dagegen nur von 198 Milliarden auf 295 Milliarden Euro gestiegen. „Es steht also eigentlich viel Geld zur Verfügung, aber die Versorgung ist mit dieser Mehr-ist-mehr-Politik nicht besser geworden“, konstatierte Klemens. Die Politik habe mit ihrer freigiebigen Gesetzgebung in den letzten Jahren hohe Preissteigerungen veranlasst und daneben Steuerungsinstrumente der Krankenkassen aufgegeben. In der Folge seien die Leistungsausgaben stark gestiegen.

„Krankenhäuser, mit einem Drittel der gesamten Ausgaben die stärksten Kostentreiber, sind dafür ein augenfälliges Beispiel“, so Klemens. Auch im zweitgrößten Ausgabenposten, dem Arzneimittelbereich, habe die Politik einen Kostenanstieg auf mittlerweile 55 Milliarden Euro pro Jahr zu Lasten der Beitragszahlenden hingenommen, →

GKV – Entwicklung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ZBS) (Abb. 1)

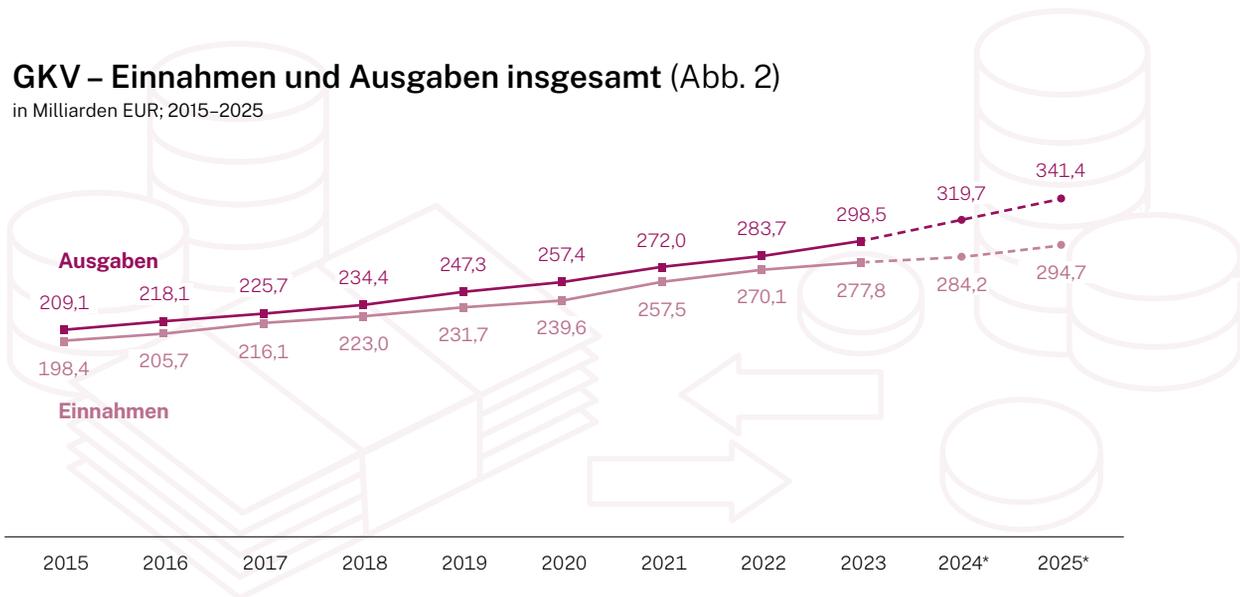
in Prozent; 2020–2025



Quelle: vdek *1. Januar 2025

GKV – Einnahmen und Ausgaben insgesamt (Abb. 2)

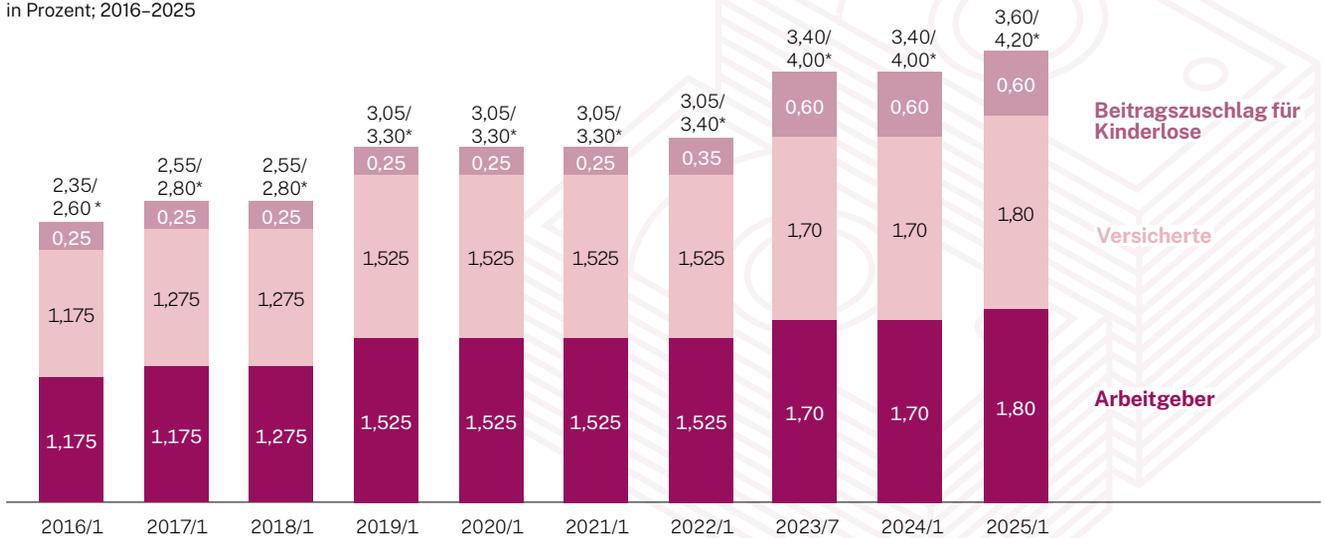
in Milliarden EUR; 2015–2025



Quelle: eigene Darstellung nach GKV-Schätzerkreis *Prognose GKV-Schätzerkreis

SPV – Beitragssätze und Beitragszuschlag für Kinderlose (Abb. 3)

in Prozent; 2016–2025



Quelle: vdek *inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose (§ 55 Abs. 3 SGB XI) ohne Arbeitgeberbeteiligung

so Klemens. Darüber hinaus führte er auch kostentreibende Maßnahmen im Heilmittelbereich an, die die Ausgaben um weit über 50 Prozent in fünf Jahren gesteigert hätten. Und die Abschaffung von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln hätte darüber hinaus den Vertragswettbewerb völlig zum Erliegen gebracht – mit der Folge, dass sich die Preise teilweise verdreifacht haben. Ein

Beispiel hierfür sei der Anstieg des Vertragspreises bei sogenannten Tens-Geräten, die zum Muskelaufbau und zur Schmerzreduktion eingesetzt werden: Der Vertragspreis sei von 74 auf 218 Euro pro hochwertigem Gerät gestiegen – auch im letzten Jahr habe sich der Ausgabenanstieg ungebremst fortgesetzt. Laut Klemens braucht es daher eine stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik als Richtschnur für alle Leistungsbereiche. Konkret bedeutet das: Ausgaben dürfen nur noch in gleichem Umfang wachsen wie die Einnahmen.



Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben in der GKV öffnet sich laut dem ehrenamtlichen vdek-Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens immer weiter.

Kosten für versicherungsfremde Leistungen vollständig erstatten

Darüber hinaus sollten der GKV die Kosten für versicherungsfremde Leistungen in vollem Umfang erstattet werden. Hierzu zählen die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger, für Mutterschutz oder Kinderkrankengeld. Allein beim Bürgergeld bestehe eine Finanzierungslücke von neun bis zehn Milliarden Euro, so Klemens. Der Bund dürfe die GKV nicht länger als „Neben-Staatshaushalt“ behandeln, wie es sich auch bei der Finanzierung des Umbaus der Krankenhauslandschaft zeige. Die Ausgaben für den Transformationsfonds müssen Klemens zufolge aus Steuermitteln finanziert werden, statt sie den

Mitgliedern der GKV und ihren Arbeitgebern anzulasten. Und der Bundeszuschuss habe sich gemessen an den Ausgaben halbiert: 2010 habe der Bundeszuschuss an die GKV noch 15,7 Milliarden Euro (also 9,1 Prozent der Ausgaben) betragen, 2025 seien es nur noch 14,5 Milliarden Euro und damit 4,2 Prozent der Ausgaben (→ [Abb. 4 Seite 42](#)).

Pflege muss politische Chefsache werden

Auch die soziale Pflegeversicherung als eine tragende Säule der sozialen Sicherung benötigt eine Stabilisierungsoffensive. Über lange Zeit habe sie dazu beigetragen, die Last der Pflegebedürftigkeit sozial abzufedern, und vielen Betroffenen damit den Gang zum Sozialamt erspart, so Klemens. Nur mit der Pflegeversicherung sei es auch möglich gewesen, eine

Pflege-Infrastruktur aufzubauen. „Mit dem demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel hat sich die Sachlage jedoch geändert.“ So sind laut Klemens rund 5,6 Millionen Menschen pflegebedürftig. Die Zahlen würden korrespondierend mit der Alterung der Bevölkerung steigen, dagegen stiegen die Einnahmen der Pflegeversicherung jedoch nicht mit der gleichen Dynamik. Trotz ständig steigender Beitragssätze seien somit auch in der sozialen Pflegeversicherung die Finanzierungsprobleme nicht gelöst worden, sagte Klemens. Während die Ausgaben in den letzten zehn Jahren um rund 140 Prozent gestiegen sind, betrug die Steigerung bei den beitragspflichtigen Einnahmen nur 20 Prozent.

Auch in der sozialen Pflegeversicherung sind die Finanzierungsprobleme nicht gelöst worden.



Sofort-Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze notwendig

1. Der Staat muss seiner Verpflichtung nachkommen, die Gesundheitskosten für Bürgereinkommensempfängerinnen und -empfänger auskömmlich zu finanzieren. Hier geht es um bis zu zehn Milliarden Euro pro Jahr, die der GKV fehlen.
2. Der Bundeszuschuss muss entsprechend der jährlichen Steigerung der Leistungsausgaben der GKV dynamisiert werden. Konkret ist eine jährliche Anhebung um mindestens 500 Millionen bis zu einer Milliarde Euro erforderlich.
3. Der Krankenhaus-Transformationsfonds muss ordnungspolitisch sauber aus Steuermitteln finanziert werden. Sonst wird die GKV um 2,5 Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich belastet werden.
4. Längst überfällig ist die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent, wie es in anderen europäischen Ländern üblich ist. Arzneimittel sind kein Luxusgut, sondern so notwendig wie Lebensmittel, für die ebenfalls nur sieben Prozent erhoben werden. Einsparvolumen: bis zu sieben Milliarden Euro.
5. Für eine stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik braucht es eine Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung in allen Vertragsbereichen. Damit wird sichergestellt, dass die Ausgaben wieder den Beitragseinnahmen der GKV folgen.
6. Das beste Mittel gegen ausufernde Kosten bei Hilfsmitteln sind wettbewerbliche Ausschreibungen. Werden diese wieder zugelassen, bestehen Einsparpotenziale von 250 Millionen Euro jährlich.
7. Nicht zuletzt fordern wir auch ein Klagerecht für die soziale Selbstverwaltung, um die ständigen Eingriffe des Staates in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung zu unterbinden. Das betrifft auch die hälftige Finanzierung des Krankenhaus-transformationsfonds durch die Krankenkassen. Aus Sicht der Krankenkassen sind hier erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken anzumelden. Das Klagerecht sollte durch eine Ergänzung der Vorschriften im Sozialgerichtsgesetz sowie im Bundesverfassungsgerichtsgesetz eingeräumt werden.

GKV – Bundeszuschuss (Abb. 4)

in Milliarden Euro; 2005–2025



Quelle: vdek

Trotz ständiger Beitragssatz-Anhebungen ist das Rücklagenpolster der Pflegeversicherung inzwischen aufgebraucht. Die Finanzprobleme der Pflegeversicherung sind inzwischen so evident, dass es nicht mehr ausreicht, ein paar Schraubchen zu drehen. Die Pflegeversicherung muss zur Chefsache werden“, betonte Klemens und richtete zentrale Forderungen des vdek an die nächste Bundesregierung. Erstens müssten die versicherungsfremden Leistungen gesamtgesellschaftlich finanziert werden. Die SPV übernehme seit Jahren versicherungsfremde Aufgaben. Dazu gehört laut Klemens etwa die Finanzierung der sozialen Absicherung der pflegenden An- und Zugehörigen in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro jährlich, die aus Steuermitteln erfolgen müsse. Klemens erinnerte die Politik auch daran, ihr Versprechen einzuhalten und von der SPV übernommene pandemiebedingte Zusatzkosten in Höhe von 5,3 Milliarden Euro – wie zugesagt – zurückzahlen.

Zudem müsse der für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich dauerhaft fließen und darüber hinaus dynamisiert werden. Neben der Übernahme der Kosten für versicherungsfremde Leistungen fordert der vdek einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Diese beiden Maßnahmen würden die SPV jährlich um mindestens sechs Milliarden Euro

entlasten. Die ebenfalls geforderte Rückzahlung der pandemiebedingten Zusatzkosten würde einmalig deutlich über fünf Milliarden Euro bringen. Um die Pflegebedürftigen von steigenden Eigenanteilen zu entlasten, sei zudem eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge bei den Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen vorzunehmen.

„Insgesamt muss die Politik auf allen Ebenen ihre Verantwortung als Impulsgeberin für gute Pflegebedingungen viel stärker wahrnehmen“, forderte Klemens. Pflege sei ein Thema, das immer mehr Menschen in ihrem persönlichen Umfeld betreffen wird. Es sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Betroffenen nicht allein zu lassen und kommunale und zivile Unterstützungsnetzwerke auszubauen. ■



Bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung

Im Rahmen seiner Stabilitätsoffensive für Gesundheit und Pflege fordert der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) neben Sofortmaßnahmen für Finanzen auch ein **Maßnahmenpaket, das die Gesundheitsversorgung spürbar verbessert**. Erstens braucht es einen passenderen Zugang zur Versorgung und bessere Orientierung für die Versicherten. Zweitens sind faire Arzneimittelpreise zur Eindämmung der Kostenexplosion bei Arzneimitteln notwendig. Und drittens muss bei der Umsetzung der Krankenhausreform ein verstärktes Augenmerk auf der Versorgungsqualität liegen.

Die Ausgaben im ambulanten ärztlichen Bereich steigen stetig. 2025 werden sie insgesamt weit mehr als 50 Milliarden Euro betragen. Die vergangenen Jahre hätten indes gezeigt, dass höhere Ausgaben eben nicht automatisch eine bessere Versorgung bedeuten, betonte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner am 29. Januar 2025 auf der Neujahrs-Pressekonferenz des vdek. Viele Versicherte hätten stattdessen das Gefühl, dass sich insbesondere der Zugang zur Versorgung verschlechtert hat. Dies zeige sich deutlich in der Diskussion um lange Wartezeiten bei Arztterminen und den Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen. „Die Patientinnen und Patienten brauchen klare Anlaufstellen, an die sie sich bei einem medizinischen Problem wenden können“, forderte Elsner.

Der vdek will den Zugang zur Versorgung verbessern und erreichen, dass die Wartezeiten auf notwendige Behandlungen akzeptabel werden. In erster Linie geht es darum, den Versicherten mehr Orientierung dabei zu geben, welche Behandlung sie tatsächlich benötigen. „Wir brauchen leicht zugängliche Erstein-schätzungsangebote“, sagte die vdek-Vorstandsvorsitzende und erläuterte dies anhand eines Beispiels: Denkbar sei es, dass Versicherte sich für ein Versorgungsmodell entscheiden, bei dem sie immer dann klar definierte Anlaufstellen aufsuchen, wenn sie ein medizinisches Problem haben. Das könne beispielsweise mit einer obligatorischen telefonischen Erstein-schätzung durch Hausarzt- und Facharztpraxen sowie Telemedizin gelingen. Zudem müssten die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Ärzteschaft ein gemeinsames Online-Terminportal



zur schnelleren Terminvergabe aufbauen. „Bei der Entwicklung solcher Modelle wollen wir uns als Ersatzkassen mit der Ärzteschaft zusammenschließen, damit am Ende auch praktikable Lösungen entstehen. Vom Gesetzgeber erwarten wir allein den gesetzlichen Rahmen, um hier als gemeinsame Selbstverwaltung flexible Versorgungsangebote zu entwickeln“, erläuterte Elsner.

Rettungsstellen zu Gesundheitsleitstellen ausbauen

Mehr Steuerung und Orientierung brauchen die Versicherten aus Sicht des vdek auch dringend in der Notfallversorgung. Die längst konsentrierte Reform müsse rasch umgesetzt werden, forderte Elsner. Gleichzeitig müssten

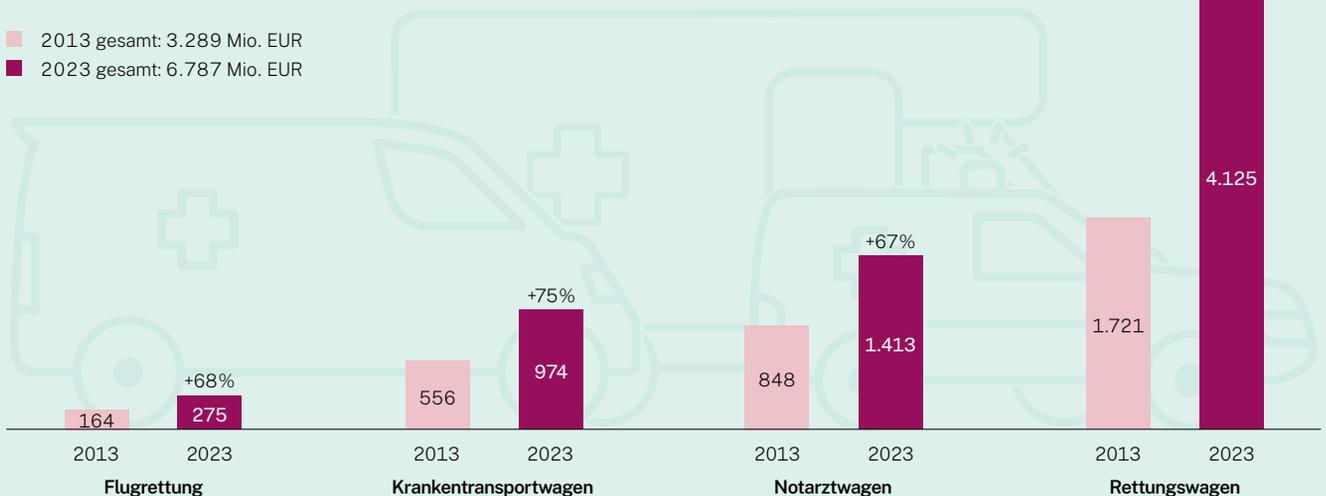
die Strukturen des Rettungsdienstes reformiert werden. Zahlen zeigen, dass sich beim Rettungsdienst die Kosten für die verschiedenen Rettungsmittel von 2013 bis 2023 mit auf 6,8 Milliarden Euro mehr als verdoppelt haben. Und in den ersten drei Quartalen 2024 sind die Kosten für Einsätze von Rettungswagen erneut um mehr als zehn Prozent gestiegen. „Wir haben zu viele Leitstellen, die zu wenig dürfen. Stattdessen sollten wir sie als größere Einheiten konzentrieren – das hat das Land Berlin bereits vorgemacht mit einer zentralen Leitstelle, die die Rettungsmittel dann koordiniert“, sagte Elsner und ergänzte: „Was fehlt, ist der Ausbau zu einer Gesundheitsleitstelle nach österreichischem Vorbild, also einer Gesundheitsleitstelle, die nicht nur Rettungswagen rauschickt, sondern die Versicherten zu ambulanten, akut psychischen oder pflegerischen Versorgungs- und Unterstützungsangeboten leiten kann.“

Auch in der Notfallversorgung brauchen die Versicherten mehr Steuerung und Orientierung.

GKV-Ausgaben für Rettungsdienst & Krankentransport (Abb. 1)

in Millionen Euro und Veränderung in Prozent; 2013 und 2023

■ 2013 gesamt: 3.289 Mio. EUR
 ■ 2023 gesamt: 6.787 Mio. EUR



Quelle: Eigene Darstellung nach BMG

Eine stärkere Konzentration der Rettungsleitstellen und deren Ausbau zu Gesundheitsleitstellen sei somit auch in Deutschland unerlässlich.

Stabilisierung der Arzneimittelausgaben

Einen großen Teil der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen bilden die explodierenden Arzneimittelausgaben, die 2025 geschätzt 58 Milliarden Euro betragen werden. „Zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel verursachen derzeit 50 Prozent der Ausgaben“, so Elsner. Als maßgeblichen Grund für diese Entwicklung führte sie an, dass neue Arzneimittel mit immer höheren Einstiegspreisen auf den Markt kämen. Einen besonderen Einfluss hätten die sogenannten Orphan Drugs, also Arzneimittel für seltene Erkrankungen, für die bei den neu eingeführten Präparaten Jahrestherapiekosten von im Durchschnitt mehr als 500.000 Euro entstehen. Arzneimittel gegen seltene Krankheiten würden nur einzeln verordnet, aber der Effekt auf die Ausgaben sei enorm und mache mittlerweile mit Ausgaben von mehr als sieben Milliarden Euro schon einen Anteil von 13,5 Prozent aus. Und es würden zunehmend



Benötigt werden aus Sicht der vdek-Vorstandsvorsitzenden Ulrike Elsner Instrumente für faire Arzneimittelpreise.



Explodierende Arzneimittelausgaben machen einen großen Teil der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen aus.

GKV – Arzneimittel (Abb. 2)

in Milliarden EUR und Veränderung zum Vorjahr in Prozent; 2016–2025



Quelle: Eigene Darstellung nach BMG und *vdek-Schätzerkreis. Beide Datenquellen haben unterschiedliche Berechnungsgrundlagen.

neue Behandlungsoptionen wie die Gentherapien auf den Markt drängen, die früher noch im Bereich der Utopie zu verorten waren. Hier geht es um hochspezialisierte Therapien mit Kosten im Millionenbereich. „Wir stehen damit ganz neuen Herausforderungen gegenüber, für die endlich Lösungen erarbeitet werden müssen, auch wenn wir die Auswirkungen erst nach und nach spüren werden“, so Elsner. Bisherige gesetzgeberische Initiativen hätten es nicht vermocht, der Entwicklung nachhaltig etwas entgegenzusetzen, obwohl die Arzneimittelpolitik regelmäßig auf der Agenda der Akteurinnen und Akteure steht. Benötigt würden also dringend Maßnahmen, die eine Stabilisierung der Ausgaben erreichen.

Um die Kostenexplosion bei den Arzneimittelpreisen zu stoppen, setzt sich der vdek vor allem dafür ein, die Preise für neue patentgeschützte Arzneimittel anzupassen. Zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel verursachten derzeit 50 Prozent der Ausgaben. Benötigt werden daher aus vdek-Sicht Instrumente für faire Arzneimittelpreise, beispielsweise nach dem

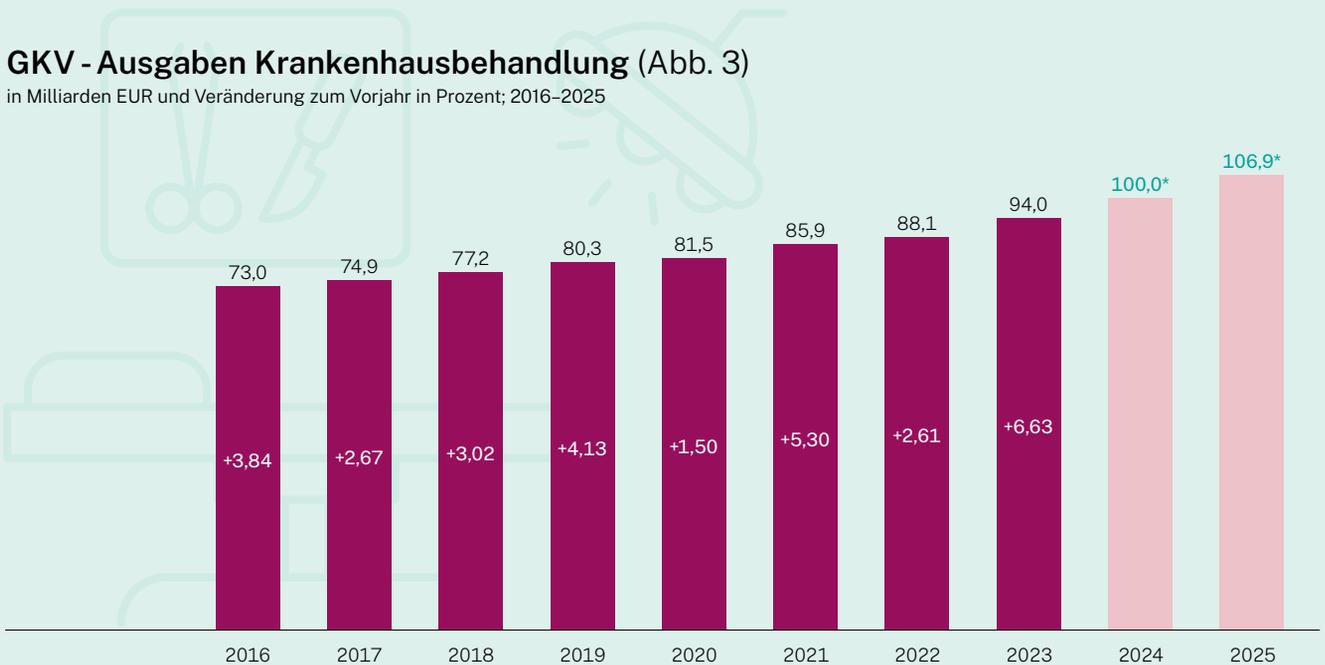
Fair-Pricing-Modell. Maßstab für die Preisgestaltung sind hierbei Kriterien wie die Kosten für Forschung und Entwicklung. Nach Berechnungen der Universität Bremen liegen die Preise aktuell doppelt bis 13-mal so hoch wie der Preis nach diesem Preisfindungsmodell. Daneben fordert der vdek eine Nutzenbewertung ohne Ausnahmen auch für Orphan Drugs, Erstattungsbeträge im Rahmen des AMNOG bereits bei Markteintritt, höhere Herstellerabschläge und den Ausbau von Versorgungsverträgen (statt Einschränkungen bei Rabattverträgen).

Krankenhausreform: Expertise der sozialen Selbstverwaltung gefragt

Größter Ausgabenblock in der Versorgung ist der Krankenhausbereich, der 2025 geschätzt bei 107 Milliarden Euro liegt. Das sind fast sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Ab 2026 sollen die Krankenkassen auch noch über den Transformationsfonds den Umbau der Krankenhauslandschaft mitfinanzieren – mit jährlich 2,5 Milliarden Euro über zehn Jahre hinweg. „Damit die Krankenhausreform in die richtigen Bahnen gelenkt wird, kommt es jetzt darauf an,

GKV - Ausgaben Krankenhausbehandlung (Abb. 3)

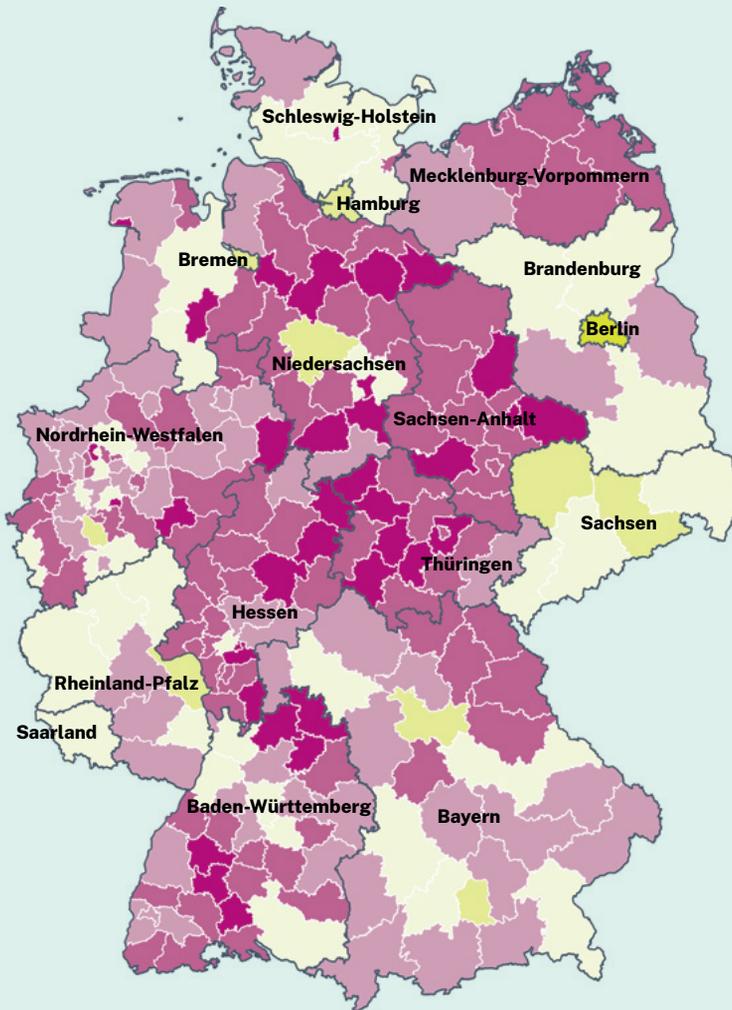
in Milliarden EUR und Veränderung zum Vorjahr in Prozent; 2016–2025



Quelle: Eigene Darstellung nach BMG und *vdek-Schätzerkreis. Beide Datenquellen haben unterschiedliche Berechnungsgrundlagen.

Rettungsdienst – Einwohnerzahl je Leitstelle (Abb. 4)

je Bundesland



Einwohnerzahl	
■ ≥ 48.000	■ ≥ 500.000
■ ≥ 150.000	■ ≥ 1.000.000
■ ≥ 300.000	■ ≥ 3.000.000

Quelle: eigene Darstellung vdek, Daten: Trautmann, R., Reuter-Oppermann, M., & Christiansen, J. (2022). PSAP-G-ONE – Eine explorativ deskriptive Studie über Leitstellen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V. (DGRe), Aachen.

dass die im Bundesrat zustimmungspflichtigen Rechtsverordnungen mit Substanz gefüllt werden“, sagte Elsner. Hiervon werde abhängen, ob die Reform nicht nur eine reine Finanzierungs-, sondern auch eine Strukturreform für eine bessere Versorgung werde. Es sei zwischenzeitlich allgemeiner Erkenntnisstand, dass bei komplexen Erkrankungen die Versorgung in Spezialzentren zu besseren Behandlungsergebnissen führt. Elsner forderte Bund und Länder daher auf, die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt zu stellen – anstelle von Besitzstandswahrung. Die gemeinsame Selbstverwaltung solle nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens aktiv in den Planungsprozess für bedarfsgerechte Strukturen eingebunden werden. Das gelte auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Festsetzung von Qualitätsanforderungen. Es bedürfe zudem eines klaren Bekenntnisses der Politik, die Kosten des Transformationsfonds aus Steuermitteln zu finanzieren. Für diesen Prozess der Umgestaltung braucht es laut Elsner die Expertise der Selbstverwaltungspartnerinnen und -partner vor Ort – also der Krankenkassen – und Krankenhausvertreterinnen und -vertreter. Für die Patientinnen und Patienten gehe es letztlich auch um mehr Zufriedenheit in der Versorgung. ■



vdek fordert Stabilitätsoffensive für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) & soziale Pflegeversicherung (SPV)

Maßnahmen mit Sofortwirkung für die Finanzen

Die Aufwärtsspirale bei den Beitragssätzen ist zu bremsen und versicherungsfremde Leistungen sind fair zu finanzieren. Die Ausgaben dürfen nur parallel mit den Einnahmen wachsen – das muss für alle Leistungsbereiche das Leitprinzip sein.

- Alle Vergütungsvereinbarungen müssen sich an der Einnahmenentwicklung orientieren.
- Das Prinzip des Wettbewerbs muss wieder gelten, zum Beispiel durch Wiedereinführung der Ausschreibungen bei Hilfsmitteln.
- Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist jährlich entsprechend der Steigerung der GKV-Leistungsausgaben anzuheben. Die jährliche Dynamisierung sollte 500 Millionen bis eine Milliarde Euro betragen.
- Die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende sind kostendeckend zu refinanzieren (neun bis zehn Milliarden Euro pro Jahr).
- Der Krankenhaus-Transformationsfonds ist aus Steuermitteln zu finanzieren (Belastung ab 2026: jährlich 2,5 Milliarden Euro für zehn Jahre).
- Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten erzeugt teure Fehlanreize und muss rückgängig gemacht werden.
- Die Mehrwertsteuer für Arzneimittel sollte auf sieben Prozent abgesenkt werden (sechs bis sieben Milliarden Euro pro Jahr).
- In der SPV müssen die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der pflegenden An- und Zugehörigen aus Steuermitteln finanziert werden (4,5 Milliarden Euro jährlich).
- Der Bund muss pandemiebedingte Zusatzkosten an die SPV zurückzahlen (5,3 Milliarden Euro einmalig).
- Es sollte ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung (zwei Milliarden jährlich) erfolgen.
- Patientensicherheit in allen Versorgungsbereichen stärken, denn durch Diagnose- und Medikationsfehler entstehen jährlich Schäden in Milliardenhöhe

Maßnahmen für eine bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung

Die hohen Ausgaben sollten die Versorgung der Versicherten spürbar verbessern. Strukturierte Versorgungspfade müssen mehr Orientierung schaffen. Für Arzneimittel ist eine faire Preisgestaltung erforderlich. Bei der Krankenhausreform sollten Qualitätskriterien im Vordergrund stehen. Der Umbau der Krankenhauslandschaft kann nur mit der Einbindung der Krankenkassen und Krankenhäuser funktionieren.

Ambulante Versorgung und Rettungswesen

- Entwicklung neuer Versorgungsmodelle mit der Ärzteschaft, zum Beispiel mit obligatorischer Ersteinschätzung durch Hausärzte, Fachärzte und Telemedizin
- schnellere Terminvergabe durch Aufbau eines Online-Terminportals von GKV und Ärzteschaft
- für Notfälle eine Koordinierung der Versorgung über Gesundheitsleitstellen organisieren
- Doppelstrukturen bei den vorhandenen Leitstellen des Rettungsdienstes abbauen (eine Leitstelle je eine Million Einwohnende)
- in ländlichen Regionen Regionale Gesundheitszentren (RGZ) aufbauen für eine Versorgung aus einer Hand

Ausgabenexplosion bei neuen Arzneimitteln stoppen

- Bei patentgeschützten Arzneimitteln sind wegen der extrem steigenden Preise weitere Preisgestaltungsinstrumente notwendig. 50 Prozent der Ausgaben entstehen für zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel. Deshalb brauchen wir neue Kriterien für die Preisverhandlungen (Fair-Pricing-Modell): Die Verhandlungspartner berücksichtigen die tatsächlichen Kosten für Forschung und Entwicklung sowie einen angemessenen Gewinnaufschlag.
- Auch für Orphan Drugs darf es keine Ausnahmen in der Nutzenbewertung geben.

- keine Wirtschaftsförderung der pharmazeutischen Industrie auf Kosten der Versichertengemeinschaft
- Die Herstellerabschläge sollten als Sofortmaßnahme wieder erhöht werden.
- Erstattungsbeträge müssen ab Markteintritt gelten.
- Versorgungsverträge ausbauen statt Einschränkungen bei Rabattverträgen
- Die ungenutzten Mittel im Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen müssen ausgeschüttet und der Fonds aufgelöst werden.

In der Krankenhausreform die Weichen jetzt richtig stellen

- Umbau-Investitionen müssen aus Steuermitteln finanziert werden.
- Selbstverwaltung nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens aktiv in den Planungsprozess für bedarfsgerechte Strukturen einbeziehen
- Expertise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen nutzen
- Ambulantisierung weiter ausbauen
- Arbeit sinnvoll zwischen den Sektoren aufteilen und am verfügbaren Fachpersonal ausrichten

Bezahlbare Pflege: Parteien müssen ihr Wort halten

Angesichts weiter steigender **Belastungen für Pflegebedürftige in Pflegeheimen** fordert der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) die künftige Bundesregierung auf, die Pflege verlässlich und bezahlbar zu gestalten. „Die Wahlprogramme dürfen keine Worthülsen sein“, betont vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner.

Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen durchschnittlich bis zu 3.000 Euro monatlich zuzahlen. Damit hat sich die finanzielle Belastung für alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Aufenthaltsdauer innerhalb eines Jahres erneut deutlich erhöht, wie die aktuelle vdek-Auswertung „Eigenbeteiligung in vollstationärer Pflege“ zeigt. Elsner fordert schnelle Begrenzungsmaßnahmen. Neben einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gehöre zwingend dazu, die Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen in den vollstationären Einrichtungen klar zu begrenzen.

Für Pflegebedürftige im ersten Jahr des Heimaufenthalts stieg die Eigenbeteiligung im Bundesdurchschnitt von 2.687 auf 2.984 Euro (→ **Abb. 1 Seite 51**). Den ständigen Aufwärtstrend konnten weder die von der Pflegekasse gezahlten Zuschläge bremsen, die mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts ansteigen, noch die Erhöhung der Pflegeleistungen um 4,5 Prozent zum 1. Januar 2025. „Die SPV ist als Teilleistungsversicherung konzipiert, trotzdem sind die Belastungen für die Menschen zu hoch“, so Elsner. Um die Eigenbeteiligung zu reduzieren, fordert

sie zum einen die Länder auf, ihrer Verantwortung für eine auskömmliche Investitionskostenfinanzierung für den Bau und die Instandhaltung der Heime nachzukommen, anstatt sie auf die Pflegebedürftigen umzulegen. So trugen beispielsweise im Jahr 2022 die Bundesländer nur Investitionskosten von rund 876 Millionen Euro, während die Pflegebedürftigen rund 4,4 Milliarden Euro schulterten. Die vollständige Übernahme der Investitionskosten durch die Länder würde die Pflegebedürftigen aktuell um durchschnittlich 498 Euro im Monat entlasten.

Als weitere Sofortmaßnahme fordert Elsner die Übernahme der Ausbildungskosten durch die Länder. Auch diese würden den Pflegebedürftigen aufgebürdet, obwohl Ausbildung Staatsaufgabe sei. Eine Übernahme dieser Kosten brächte eine weitere Entlastung um monatlich 113 Euro im Durchschnitt im ersten Jahr. Zudem brauche es langfristige Maßnahmen, um die stetige Aufwärtsspirale der Eigenbeteiligung für Pflegeheimbewohnende zu stoppen. Dazu gehöre es, die Leistungsbeträge jährlich zu dynamisieren und an volkswirtschaftlichen Kenngrößen auszurichten. Das käme allen Pflegebedürftigen zugute. *pm*

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim (Abb. 1)

in EUR je Monat nach Aufenthaltsdauer, 1. Januar 2024 und 1. Januar 2025 – Bundesgebiet



Quelle: vdek *Der EEE (Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) gilt für alle Bewohnenden eines Pflegeheims, variiert jedoch von Heim zu Heim. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen.

Positionen der Ersatzkassen zur Pflege

Die soziale Pflegeversicherung steht vor großen Herausforderungen. Umso dringender ist die nächste Bundesregierung gefragt, diese wichtige Säule der sozialen Sicherung zukunftsfest aufzustellen. In einem Positionspapier zeigen die Ersatzkassen auf, an welchen Stellschrauben hierfür zu drehen ist. Dazu zählen gute Arbeitsbedingungen, Prävention, Digitalisierung und Klimaschutz. Fest steht auch: Die Grundvoraussetzung für eine funktionierende Pflege ist eine nachhaltige Finanzierung. Hierfür fordern die Ersatzkassen unter anderem einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung sowie eine rechtssichere Gestaltung des Pflegevorsorgefonds. Versicherungsfremde Aufgaben müssen vom Staat übernommen, Bundessteuerzuschuss sowie Leistungsbeiträge dynamisiert werden. Nicht zuletzt sind die Länder in der Pflicht, Investitions- sowie Ausbildungskosten zu übernehmen. Diese und weitere Positionen der Ersatzkassen finden sich in der Broschüre „Gute Pflege – stabile Finanzen“. [mwa](https://www.mwa.de) → t1p.de/l0fbp



Gesundheitssystem besser auf den Klimawandel vorbereiten

BARMER Um die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels abzumildern und Klimaneutralität im deutschen Gesundheitswesen zu erreichen, hat die Walter-Siegenthaler-Gesellschaft ein Sechs-Punkte-Papier zum Thema Hitze und Gesundheit erarbeitet. Dieses Papier stellten BARMER-Vorstandsvorsitzender Prof.Dr.Christoph Straub, Prof.Dr.Michael Hallek, Direktor Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln und Präsident der Walter-Siegenthaler-Gesellschaft, Prof.Dr.Beate Müller, Direktorin am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Köln, sowie der Arzt und Wissenschaftsjournalist Dr.Eckart von Hirschhausen im Januar gemeinsam vor.

Hitzeresiliente Gebäude zu errichten, Emissionen im Gesundheitssystem einzusparen sowie mehr Bildung und Weiterbildung im Gesundheitssektor zählen zu den zentralen Handlungsempfehlungen. „Klimaschutz ist nicht zuletzt Gesundheitsschutz und muss deshalb im Interesse des Gesundheitswesens liegen“, betonte Straub. Voraussetzung für ein nachhaltiges Gesundheitssystem sei zuallererst, ineffiziente Versorgungsstrukturen abzubauen, Chancen der Digitalisierung zu nutzen und wirtschaftlich mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/e0dy3



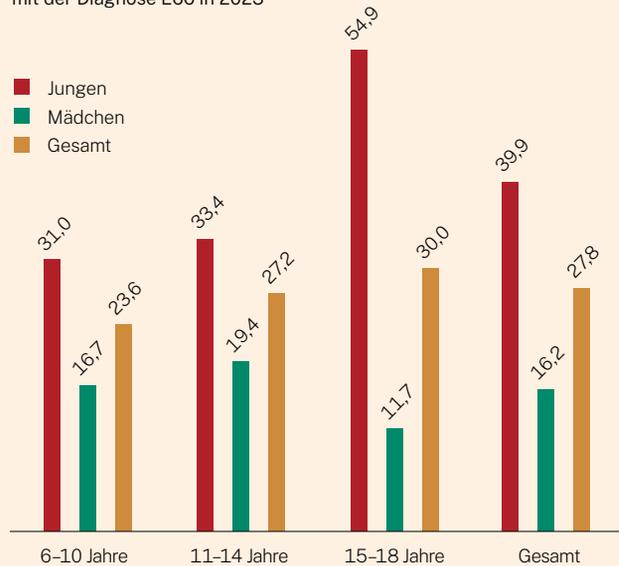
Krankhaftes Übergewicht bei Jungen nimmt stark zu

KKH Immer mehr junge Menschen kämpfen mit überflüssigen Kilos, wie Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zeigen. So stieg der Anteil der Sechs- bis 18-Jährigen mit krankhaftem Übergewicht von 2008 auf 2023 um rund 28 Prozent, bei Jungen sogar um 40 Prozent. Damit erhielt jeder 19. Heranwachsende im Jahr 2023 die ärztliche Diagnose Adipositas, eine Ernährungs- und Stoffwechselerkrankung mit starkem Übergewicht. Je höher das Gewicht, desto höher ist das Risiko für fatale gesundheitliche Folgen. Denn Adipositas bei Kindern und Jugendlichen erhöht die Gefahr für lebensverkürzende Erkrankungen wie Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, bestimmte Krebsarten, Diabetes Typ 2 oder auch Gelenkverschleiß. „Das sind Krankheiten, bei denen wir eigentlich an Erwachsene denken“, sagt Vijitha Sanjivkumar vom Kompetenzteam Medizin der KKH. Und auch die Psyche könne Schaden nehmen: „Fettleibigkeit kann Kinder mitunter in die Isolation treiben – ein Nährboden für mangelndes Selbstbewusstsein, Einsamkeit, Traurigkeit und Ängste.“ *pm*

→ kkh.de → t1p.de/xoy2k

Diagnose Adipositas – Anstieg von 2008 auf 2023

in Prozent; Basis: rund 187.000 KKH-versicherte Sechs- bis 18-Jährige mit der Diagnose E66 in 2023



Quelle: KKH



HKK Mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Arbeitnehmenden hat sich schon einmal telefonisch krankschreiben lassen. So lautet das Ergebnis einer repräsentativen forsa-Umfrage von über 1.000 Beschäftigten ab 18 Jahre

im Auftrag der hkk Krankenkasse. **Von denjenigen, die sich schon einmal telefonisch krankschreiben ließen, begründete jeweils etwa die Hälfte dies damit, dass sie andere Patienten nicht anstecken wollten (53 Prozent) oder dass sie ihren Gesundheitszustand selbst gut einschätzen konnten und keine ärztliche Untersuchung benötigten (47 Prozent).** Niemand gab indes an, die telefonische Krankschreibung gewählt zu haben, weil er eine Krankschreibung wollte, ohne ernsthaft krank zu sein. „Auch unsere Erfahrung ist es, dass die Patienten sehr gewissenhaft mit der telefonischen Krankmeldung umgehen“, so Dr.med. Matthias Juricke, hausärztlicher Internist aus Bremen. Im Zweifelsfall könne der Arzt den Patienten bitten, sich persönlich in der Praxis vorzustellen. *pm*

→ hkk.de → t1p.de/7rva5



TK Jede bei der Techniker Krankenkasse (TK) versicherte Erwerbsperson war 2024 durchschnittlich 19,1 Tage krankgeschrieben. Im Vergleich zum Rekordjahr 2023 (19,4 Fehltag) ist das ein leichter Rückgang. **Allerdings stagniert der Krankenstand mit 5,23 Prozent damit auf einem hohen Niveau (2023: 5,31 Prozent).** Krankenschreibungsdiagnose Nummer eins sind nach wie vor Erkältungskrankheiten.

Die aktuelle Debatte über den hohen Krankenstand geht aus Sicht von Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK, in die falsche Richtung: „Statt über Ad-hoc-Lösungen für Beschäftigte mit kurzen Fehlzeiten zu diskutieren, sollten Arbeitgeber die Langzeiterkrankten, zum Beispiel mit psychischen Diagnosen, in den Fokus rücken.“ Hier könnten Arbeitgeber einer vertrauensvollen, wertschätzenden Unternehmenskultur viel zur Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beitragen. *pm*

→ tk.de → t1p.de/ghxs2

Neuer Rauschmittel-Trend Nikotinbeutel



Text von Dorothea Wiehe und Stefan Suhr

Sie sind klein, weiß und voller Nikotin: Jeder siebte ältere Schüler hat schon einmal Nikotinbeutel probiert. Und das, obwohl das Rauschmittel in Deutschland nicht legal verfügbar ist. Der **Präventionsradar der DAK-Gesundheit** – eine große schulbasierte Fragebogenstudie – zeigt einen gefährlichen Trend, vor allem bei den Jungen.

Nikotinbeutel oder Nikotin-Pouches werden unter die Oberlippe geschoben, sodass das Nikotin über die Mundschleimhaut aufgenommen wird. Weil kein Rauch oder Dampf entsteht, können Nikotinbeutel unauffällig und überall konsumiert werden. Der Präventionsradar belegt, dass jeder siebte Schüler und jede zehnte Schülerin im Alter von 16 oder 17 Jahren schon mindestens einmal Nikotinbeutel konsumiert hat. So machten 15 Prozent der Schüler und zehn Prozent der Schülerinnen diese Angabe im Fragebogen des Präventionsradars.

Aufklärungsbedarf bei Eltern und Lehrkräften

Nikotin-Pouches ähneln dem schwedischen Snus – mit dem Unterschied, dass Snus ein Tabakprodukt ist, Nikotinbeutel aber nicht. Da Snus Tabak enthält, fällt es in Deutschland unter die Vorgaben des Tabakerzeugnisgesetzes und ist verboten, wie der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages 2023 feststellte. Er kam aber auch zu dem Ergebnis, dass eine spezielle gesetzliche Regelung für tabakfreie Nikotinbeutel in Deutschland nicht besteht. Fakt ist: Seit 2021 fallen Nikotinbeutel in Deutschland unter das Lebensmittelgesetz und dürfen aufgrund des hohen Nikotingehalts nicht mehr legal verkauft werden. Trotzdem werden Nikotin-Pouches in Online-Shops zum Verkauf angeboten. „Nikotinbeutel sind gefährlich und können abhängig machen. Wir brauchen mehr Kontrollen von Online-Shops, damit Nikotinbeutel nicht im Internet frei verfügbar sind“, kommentiert DAK-Vorstandschef Andreas Storm den neuen Trend. „Wichtig ist auch die Aufklärung der Eltern und Lehrkräfte über die gesundheitlichen Risiken von Nikotinprodukten. Wir brauchen einen Schulterschluss zwischen Eltern, Schulen und Beratungsstellen.“

Hohes Abhängigkeitspotenzial von Nikotin

Das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin ist grundsätzlich sehr hoch. Gerade für Heranwachsende ist die suchtauslösende Wirkung von hoch dosierten Nikotinbeuteln gefährlich. „Je früher eine Nikotinsucht entsteht, desto eher verfestigt sie sich in späteren Lebensjahren – mit allen gravierenden negativen gesundheitlichen Folgen“, so Professor Reiner Hanewinkel, Leiter des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel.

Das Institut untersucht im Auftrag der DAK-Gesundheit bereits seit 2016 das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern der Klassen fünf bis zehn. Für die siebte Erhebungswelle im Schuljahr 2022/2023 wurden rund 12.700 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen neun und 17 Jahren auch zu ihrem Konsum von Suchtmitteln befragt.

Schulkinder mit niedrigem Sozialstatus greifen eher zum Beutel

Ein weiteres Ergebnis aus der siebten Erhebungswelle: Schülerinnen und Schüler mit einem niedrigen Sozialstatus konsumieren häufiger Nikotinbeutel als Jugendliche mit einem hohen Status. So sind Nikotin-Pouches an Gymnasien weniger verbreitet als in anderen Schulformen. Neben dem Status und der Schulform begünstigt eine hohe individuelle Risikobereitschaft den Griff zum Beutel. Die Studie legt außerdem offen, dass fast alle Kinder und Jugendliche, die schon einmal Nikotinbeutel konsumiert haben, auch mit anderen nikotinhaltenen Produkten wie Zigaretten, E-Zigaretten oder Wasserpfeifen experimentieren. Ab einem Alter von 13 Jahren nimmt dieser Mischkonsum deutlich zu.

Experten warnen vor Gesundheitsrisiken

Nikotinbeutel können, wie andere Nikotinprodukte, vielfältige Nebenwirkungen verursachen, zum Beispiel Kopfschmerzen, Benommenheit, Herzpochen, Schwindel und Übelkeit. „Das Vorhandensein von krebserregenden Stoffen in Nikotinbeuteln ist sehr problematisch. Zudem sind gesundheitliche Probleme in Mund, Rachen und Hals wahrscheinlich“, so Hanewinkel. „Es ist zu hoffen, dass Nikotinbeutel auch in Zukunft nicht im Handel frei erhältlich sind, damit kein weiteres gesundheitsschädliches und für Kinder und Jugendliche attraktives Nikotinprodukt legal auf den deutschen Markt kommt.“



Dorothea Wiehe
ist Presse-
referentin bei der
DAK-Gesundheit



Stefan Suhr
ist Presse-
referent bei der
DAK-Gesundheit





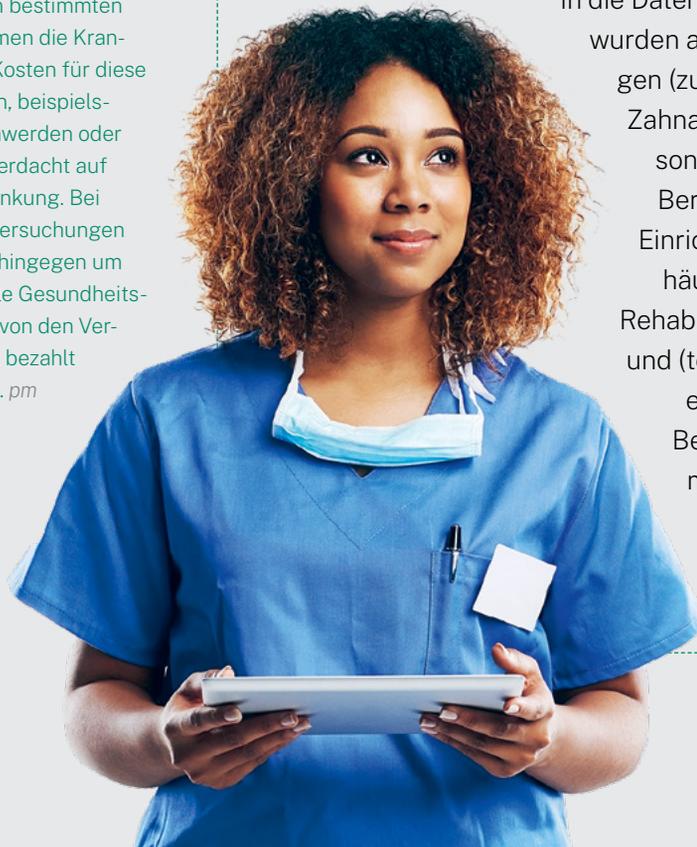
Das wissenschaftliche Team des

IGeL-Monitors hat drei Verfahren mit „tendenziell negativ“ bewertet, die Blasen- oder Nierenkrebs frühzeitig erkennen sollen. Dabei handelt es sich um **Analysen des Urins, eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Blasenkrebs sowie eine Ultraschalluntersuchung der Nieren zur Früherkennung von Nierenkrebs**. Hierzu fanden sich keine Studien, die Hinweise auf Nutzen oder direkten Schaden dieser Untersuchung geben, allerdings sind indirekte Schäden möglich. Die Bewertungen beziehen sich auf Erwachsene ohne Symptome für eine Krebserkrankung der Blase oder Nieren und ohne familiäre oder berufliche Vorbelastung. In bestimmten Fällen übernehmen die Krankenkassen die Kosten für diese Untersuchungen, beispielsweise bei Beschwerden oder begründetem Verdacht auf eine Krebserkrankung. Bei anlasslosen Untersuchungen handelt es sich hingegen um IGeL (individuelle Gesundheitsleistungen), die von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen. *pm*

Gesundheitspersonal – weniger Zuwachs

Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) ist der Zuwachs beim Gesundheitspersonal vor der Pandemie (2015–2019) stärker ausgefallen als zwischen 2019 und 2023. Während das Gesundheitspersonal zwischen den Jahren 2019 und 2023 um 5,3 Prozent gestiegen ist, lag der Zuwachs im Vergleichszeitraum vor der Pandemie zwischen 2015 und 2019 mit 6,9 Prozent höher. Noch stärker unterscheidet sich der Anstieg bei der Zahl der auf die volle Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten (Vollzeitäquivalente). Die Zahl der Vollzeitäquivalente lag Ende 2023 bei gut 4,3 Millionen und erhöhte sich gegenüber dem Jahresende 2019 um 4,4 Prozent. Im Vergleichszeitraum zwischen den Jahren 2015 und 2019 stieg die Zahl der Vollzeitäquivalente hingegen um 6,3 Prozent. Zum Jahresende 2023 arbeiteten insgesamt knapp 6,1 Millionen Personen im Gesundheitswesen.

In die Datenanalyse einbezogen wurden ambulante Einrichtungen (zum Beispiel Arzt- und Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger medizinischer Berufe), (teil-)stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Beschäftigte in der pharmazeutischen Industrie und im Gesundheitsschutz. *pm*



✕ **@vdek_Presse** Gute Neuigkeiten für Kursleitungen: Neuer Leitfaden Prävention in Praxis umgesetzt. Leichtere Anerkennung von Kursen durch Zentrale Prüfstelle Prävention durch Senkung erforderlicher Ausbildungsdauer von 2 auf 1 Jahr im Bereich Bewegung.

✕ **@vdek_Presse** Internationaler Krankenkassenverband **@AIM_Healthcare** setzt sich seit 75 Jahren für Solidarität in der Gesundheitsversorgung ein. Wir danken unserem Partner in Brüssel für seinen unermüdlichen Einsatz, auch für die Interessen der **#Ersatzkassen**.

Keine harmlose Einschlafhilfe

PODCAST Schlafstörungen sind weit verbreitet und belastend. Um besser einzuschlafen zu können, nehmen einige Betroffene regelmäßig melatoninhaltige Ergänzungsmittel zu sich, die in Kapselform und sogar als Gummibärchen im Supermarkt oder Drogeriemärkten erhältlich sind. Dass diese Produkte keine harmlosen Ein- und Durchschlafmittel sind, macht der Podcast „Risiko“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) in der Folge „Melatonin als Nahrungsergänzungsmittel: Keine sanfte Einschlafhilfe“ deutlich. Melatonin ist ein körpereigenes Hormon. Wenn es unkontrolliert und über längere Zeit eingenommen wird, kann das Auswirkungen auf den Schlafrhythmus haben. tag

→ t1p.de/kj0ty



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



Weitere aktuelle Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Informationsflut

Im Zeitalter der Wissensexplosion stehen uns mehr Informationen als je zuvor zur Verfügung. Diese Datenflut verändert das Verständnis von Wissen und birgt durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz besonders in der Gesundheitsversorgung neue Herausforderungen, aber auch Chancen. Das Buch lädt dazu ein, sich mit diesem zukunftssträchtigen Thema auseinanderzusetzen.

Dr.med. Jens Baas (Hg.) | **Wissensexplosion. KI & Co. für mehr Gesundheit** | 2024, 288 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Vision 2040 – Krankenhaus der Zukunft

Die demografische Entwicklung stellt das Gesundheitswesen in Deutschland vor ungekannte Herausforderungen, die Krankenhauslandschaft steht vor einem unvermeidlichen Strukturwandel. Mit der Perspektive 2040 werden die Transformation des Gesundheitssystems, Chancen einer modernen Versorgung und Herausforderungen wie Fachkräftemangel, Nachhaltigkeit und Finanzierung beleuchtet.

Dr.rer.pol. Gerald Gaß, Prof.Dr.med. Henriette Neumeyer, Ingo Morell (Hg.) | **Das Krankenhaus der Zukunft. Herausforderungen, Chancen, Innovation** | 2024, XV, 355 S., € 89,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin



PS: Ein Hoch auf die Treppe

Wenn die Kraniche singend und mit breit gefächerten Schwingen aus südlichen Gefilden zurückkehren, läuten sie hierzulande den Frühling ein. Zugleich gilt der majestätische Zugvogel mancherorts auf der Welt als Symbol für Gesundheit, Glück und Langlebigkeit.

Das sollte uns aber nicht daran hindern, das Geschick für die eigene Gesundheit auch selbst in die Hand zu nehmen – oder noch besser, auch die Beinmuskulatur einzusetzen. Dafür braucht es nicht unbedingt eine hochalpine Bergtour – denn das Alltagsabenteuer wartet schon nach dem Schließen der Wohnungstür, etwa beim Treppensteigen. Die Liste der positiven Auswirkungen unter anderem auf Blutdruck, Cholesterinwerte und das Herz-Kreislauf-System ist lang und durch Studien belegt. So führt die Universität Innsbruck im Internet unter „Gesundheit to go – Treppensteigen“ eine Auswahl an Studien an, die sich mit den gesundheitlichen Vorteilen des Treppensteigens beschäftigen. Nicht nur Aktivurlaub, sondern auch Alltagsbewegung hat ihre Vorzüge und noch dazu ist sie einfach zugänglich.

Starten Sie gut gelaunt und beschwingt in den Frühling!

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
X @vdek_Presse
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Alexander Glandien
(Titelseite, S. 4/5, 11, 36/37, 54/55)
glandien.de

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Februar 2025 | 105. 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.

Dieses Magazin wurde auf holzfreiem, FSC® Mix-zertifiziertem Papier gedruckt.

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | **S. 4:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 6:** AntonioSolano/iStock/Getty Images Plus | **S. 7:** Jcomp/iStock/Getty Images Plus; Yuky Ryang | **S. 10:** privat | **S. 12:** vdek/Georg J. Lopata; privat | **S. 15:** BinDoc; BinDoc | **S. 16:** BinDoc | **S. 17:** Behindertenbeauftragter/Thomas Rafalzyk | **S. 24:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 26:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 27:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 28:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 29:** Stefan Sämmer | **S. 30:** kali9/iStock/Getty Images; WunderBild/Fotolia | **S. 31:** vdek/Birgit Tillmann; Charday Penn/iStock/Getty Images Plus | **S. 32:** baona/iStock/Getty Images Plus | **S. 33:** vdek-Landesvertretung Berlin-Brandenburg; upixa/iStock/Getty Images Plus | **S. 34:** vdek-Landesvertretung Sachsen | **S. 35:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 40:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 45:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 48:** Buchandbee/iStock/Getty Images Plus | **S. 49:** Buchandbee/iStock/Getty Images Plus | **S. 52:** Sakorn Sukkasemsakorn/iStock/Getty Images Plus | **S. 53:** Yuky Ryang; Yuky Ryang | **S. 55:** DAK-Gesundheit/Weychardt; DAK-Gesundheit/Weychardt | **S. 56:** Yuky Ryang; Tinpixels/iStock/Getty Images Plus | **S. 57:** Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) | **S. 58:** Natalia Kosheleva/iStock/Getty Images Plus

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit über 700 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit über 400 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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
X @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
X @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
X @vdek_BY

Berlin/Brandenburg

Stresemannstraße 91
10963 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-19
lv-berlin.brandenburg@vdek.com
X @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
X @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
X @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
X @vdek_HE

Mecklenburg-Vorpommern

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

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
X @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
X @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
X @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
X @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
X @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
X @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
X @vdek_TH



Die vdek-Landesvertretungen
finden Sie unter
→ [vdek.com/ueber_uns/
landesvertretungen](https://www.vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

vdek online

vdek.com

X@vdek_Presse



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