

ersatzkasse magazin.

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

G20634

2. AUSGABE 2025



Modernisierung der ärztlichen Versorgung

Ersatzkassen-Konzept sieht „Persönliches Ärzteteam“ mit Hausärzt:in, telemedizinischer Ersteinschätzung und drei Fachärzt:innen vor

»Wir brauchen sichere Versorgungs- und Behandlungs- prozesse«

Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender MD Bund, fordert mehr Versorgungsqualität im Gesundheitswesen

Reformbedarf für die neue Legislatur- periode

Soziale Sicherheit und das Gesundheitssystem als stabiles Fundament gesellschaftlichen Zusammenhalts erhalten

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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



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
in BARMER



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 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** Noch bis 23.4. um **#vdekZukunftspreis** zum Thema **#Therapietreue** bewerben! Wir suchen Ideen, die Patient:innen unterstützen, bei Therapie am Ball zu bleiben, ob bei der Medikamenteneinnahme, Physiotherapie oder anderen Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung.

X **@vdek_Presse #UlrikeElsner** appelliert an neue Bundesregierung, die in der Schublade liegenden Gesetzentwürfe für **#Notfallreform + Pflegekompetenz (PKG)** schnell zu verabschieden. To-dos: Rettungsdienst mitreformieren und PKG von Bürokratie entlasten!



EDITORIAL

Gut gesteuert – besser versorgt

Nach der Bundestagswahl verhandeln Union und SPD über eine gemeinsame Koalitionsregierung. Die Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege hat erste Vorschläge für Reformen im Gesundheitswesen vorgelegt. Diese versprechen Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen für die Kranken- und Pflegekassen und zugleich kostentreibende Regelungen bei den Leistungserbringenden. Zum Redaktionsschluss ist es sehr fraglich, welche dieser Vorschläge den Weg in den Koalitionsvertrag finden. Zu befürchten ist: Ohne eine ausreichende Gegenfinanzierung werden am Ende allein die Versicherten und Arbeitgeber die steigenden Ausgaben tragen. Weitreichende Strukturreformen scheinen die Verhandlungspartner nur wenige vorzusehen – neben der Notfallreform wird das Thema Patientensteuerung in der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgegriffen. Auch der vdek hat ein Konzept, das „Persönliche Ärzteteam“, vorgelegt, um lange Wartezeiten auf Arzttermine und unkoordinierte Arztbesuche zu vermeiden. Denn gut gesteuert heißt besser versorgt. Auch Dr. Stefan Gronemeyer, der Vorstandsvorsitzende des MD Bund, betont die Notwendigkeit struktureller Reformen. Weniger Bürokratie, gezielterer Leistungseinsatz und eine konsequente Ambulantisierung könnten die Versorgungsqualität deutlich verbessern. Die neue Regierung steht in der Verantwortung, hier klare Prioritäten zu setzen – für eine stabile Gesundheitsversorgung.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Mehr Flexibilität bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege: Künftig steht Pflegebedürftigen im Kalenderjahr ein Gesamtbetrag von bis zu 3.539 Euro zur Verfügung, der für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann. → **Mehr dazu auf Seite 14**

Kleine Ideen, große Wirkung: Der bundesweite Ideenwettbewerb „49 gewinnt“ lädt Kleinst- und Kleinunternehmen ein, kreative Ideen zur Gesundheit am Arbeitsplatz zu entwickeln. Bewerbungen sind bis zum 31. Mai 2025 möglich. → **Mehr dazu auf Seite 16**



30

Modernisierung der ärztlichen Versorgung

SCHWERPUNKT Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) greift die Diskussion um lange Wartezeiten und besseren Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf und hat ein Konzept für eine bessere Patientensteuerung entwickelt. Das Ersatzkassen-Konzept sieht ein persönliches Ärzteteam mit Hausärzt:in, telemedizinischer Ersteinschätzung und drei Fachärzt:innen vor.

**ersatzkasse
magazin.
online**

www.vdek.com/magazin



12



Reformbedarf für die neue Legislaturperiode

POLITIK & VERSORGUNG Gerade in schwierigen Zeiten müssen die soziale Sicherheit und insbesondere das Gesundheitssystem als stabiles Fundament gesellschaftlichen Zusammenhalts erhalten bleiben. Der Handlungsdruck für finanzielle Stabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss durch die künftige Bundesregierung in strukturelle Reformen kanalisiert werden.



18

»Wir brauchen sichere Versorgungs- und Behandlungsprozesse«

INTERVIEW Die Gesundheitsversorgung in Deutschland sei durch das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund), im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Großer Handlungsbedarf bestehe unter anderem darin, für sichere Versorgungs- und Behandlungsprozesse zu sorgen.

AKTUELL

- 6 Mehr Auszubildende in der Pflege
- 7 Krankenhauskeime: Neuer Wirkstoff
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- 10 GKV-Finanzlast fair verteilen
- 11 21. Bundestag: Zahlen und Fakten

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Neue Regierung unter anderen Vorzeichen
- 14 Verhinderungs- und Kurzzeitpflege flexibilisiert
- 16 Ideenwettbewerb „49 gewinnt“
- 17 1 Jahr Webportal „Mehr Patientensicherheit“
- 18 Interview: Dr. Stefan Gronemeyer
- 23 Einwurf
- 24 #regionalstark

SCHWERPUNKT

- 32 Ersatzkassen-Konzept „Persönliches Ärzteteam“
- 35 Regionale Gesundheitspartner – positive Bilanz
- 36 Mehr und schnellere Arzttermine
- 38 Entbudgetierung verteuert Versorgung
- 40 Versorgung für chronisch Kranke
- 42 Diskussion um Hausärztemangel

ERSATZKASSEN

- 44 HPV-Impfquote zu niedrig
- 45 Gesundheitssystem: Unzufriedenheit nimmt zu
- 46 Sorge vor Kriegen und Extremismus

VERMISCHTES

- 48 Defizite bei Gesundheitsinformationen
- 49 Podcast: Jagd nach perfektem Schlaf
- 50 PS: Schmerz lässt nach
- 50 Impressum

Mehr Auszubildende in der Pflege

Zum Jahresende 2024 befanden sich nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) insgesamt 147.100 Personen in einer Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann. Damit hat sich die Zahl der Auszubildenden in der Pflege gegenüber dem Jahresende 2023 (146.900 Pflegeauszubildende) kaum verändert. Allerdings stieg die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge 2024 gegenüber dem Vorjahr um 9 Prozent oder 5.100 auf rund 59.500 Neuverträge. Während die Zahl der weiblichen Auszubildenden im Jahr 2024 leicht um 1 Prozent oder 1.200 auf 108.700 abnahm (2023: 109.900), stieg die Zahl der männlichen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr um 4 Prozent oder 1.400 auf 38.400. Somit waren immer noch 74 Prozent der Pflegeauszubildenden Frauen. Im Jahr 2020, dem Einführungsjahr der generalistischen Pflegeausbildung, hatte der Frauenanteil bei 76 Prozent gelegen. Damit blieb die Geschlechterverteilung seit der Einführung der neuen Pflegeausbildung weitestgehend konstant.

Für das Jahr 2024 liegen erstmals vorläufige Ergebnisse zu Pflegestudierenden im Bachelorstudiengang an Hochschulen vor. Demnach befanden sich zum Jahresende 2024 rund 1.200 Studierende in einem Pflegestudium, davon waren etwa 700 Studienanfängerinnen und -anfänger. *pm*

→ t1p.de/gy0rx



3



DIE ZAHL Das Robert Koch-Institut (RKI) hat den Stadtkreis Augsburg (Bayern), Landkreis Elbe-Elster (Brandenburg) und den Landkreis Celle (Niedersachsen) als **drei neue Risikogebiete für die Viruserkrankung „Frühsommer-Meningoenzephalitis“ (FSME)** ausgewiesen. Somit zählen insgesamt 183 Kreise zu den FSME-Risikogebieten in Deutschland. FSME-Viren werden vor allem durch einen Zeckenstich auf den Menschen übertragen. *pm*



In Deutschland ist die Zahl der Todesfälle aufgrund von Darmkrebs gesunken. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, ist die Zahl der Darmkrebs-Todesfälle binnen 20 Jahren um 17 Prozent zurückgegangen: Von 28.900 Todesfällen im Jahr 2003 auf rund 24 100 Todesfälle im Jahr 2023. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Krebs-toten insgesamt um 10 Prozent zu – von 209.300 auf 230.300 Menschen. Ein Grund für den Rückgang der Todesfälle durch Darmkrebs könnte Destatis zufolge neben einer verbesserten Therapie auch das nach und nach ausgebaute Früherkennungs-programm in Deutschland sein. Seit April 2025 ist die Vorsorge zudem einheitlich geregelt: Frauen und Männer haben jetzt ab dem Alter von 50 Jahren Anspruch auf eine Vorsorge-Koloskopie. Einen größeren prozentualen Rückgang als bei den Todesfällen aufgrund von Darmkrebs gab es unter den weitverbreiteten Krebsarten lediglich beim Magenkrebs und beim Gebärmutterhalskrebs.



An Magenkrebs starben im Jahr 2023 gut ein Drittel (-34 Prozent) weniger Menschen als 20 Jahre zuvor. Auch bei Gebärmutterhalskrebs (-20 Prozent) gab es binnen 20 Jahren deutlich weniger Todesfälle. Bei anderen Krebsarten wie Hautkrebs (+61 Prozent), Bauchspeicheldrüsenkrebs (+53 Prozent), oder Prostatakrebs (+32 Prozent) nahm die Zahl der Todesfälle im selben Zeitraum dagegen zu. *pm*

Neuer Wirkstoff hemmt Krankenhauskeime

Lungenentzündungen mit dem Bakterium *Staphylococcus aureus* zählen zu den gefährlichsten Infektionen, die im Krankenhaus auftreten können. Besonders besorgniserregend sind multiresistente Stämme, gegen die viele Antibiotika nicht mehr wirken. Diese Erreger sind weltweit verbreitet und stellen selbst für moderne Gesundheitssysteme eine große Herausforderung dar. Trotz intensiver Therapie liegt die Sterblichkeit bei betroffenen Patientinnen und Patienten häufig über 20 Prozent. Eine internationale Forschungsgruppe unter Leitung des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) hat nun einen neuen Wirkstoffkandidaten gegen schwere Lungeninfektionen durch den Krankenhauskeim *Staphylococcus aureus* entdeckt. Die Studie, die gerade in *Cell Host & Microbe* veröffentlicht wurde, beschreibt erstmals, wie kleine Moleküle aus der Klasse der Quinoxalindione gezielt das bakterielle Toxin α -Hämolysin blockieren – einen zentralen Auslöser für Gewebeschäden und Entzündungen. „Selbst mit eigentlich wirksamen Antibiotika sind Infektionen mit *Staphylococcus aureus* oft schwer behandelbar“, sagt Prof. Mark Brönstrup, Letztautor der Studie und Leiter der Abteilung „Chemische Biologie“ am HZI. „Unsere neuartige Strategie greift daher nicht das Bakterium selbst an, sondern neutralisiert gezielt ein von ihm produziertes Toxin. Damit eröffnen wir eine neue therapeutische Perspektive – besonders für schwer erkrankte Menschen mit hohem Risiko.“ *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Eingriffe bei verengter Halsschlagader

Gefäßverengungen an der Halsschlagader, sogenannte Karotisstenosen, können den Blutfluss hemmen und zu einer Unterversorgung am Kopf und Gehirn führen. Sie entstehen meist durch Ablagerungen an den Gefäßwänden und treten im Alter häufig auf. Karotisstenosen können unterschiedliche Folgen haben und zum Beispiel eine Durchblutungsstörung der Augen und teilweise auch Schlaganfälle auslösen. Neben der Behandlung mit Medikamenten gibt es verschiedene Eingriffe zur Gefäßwiedereröffnung (Revaskularisation) als Therapieoption. Für diese Eingriffe hat der G-BA einen

Zweitmeinungsanspruch festgelegt: Künftig können sich gesetzlich Versicherte eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einholen, wenn ihnen eine Operation zur Behandlung der Karotisstenose empfohlen wurde.

S3-Leitlinien (weiter-)entwickelt

Zahnärztinnen und Zahnärzte können sich bei der Behandlung von seltenen, genetisch bedingten Zahnerkrankungen künftig erstmals auf eine S3-Leitlinie stützen. Ein vom Innovationsausschuss gefördertes Projekt hat evidenzbasierten Empfehlungen entsprechend des Regelwerks der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) neu entwickelt. Ein weiteres Projekt überarbeitete die zahnmedizinische S3-Leitlinie zur Vorbeugung von Karies bei Kindern und Jugendlichen durch eine Versiegelung von Zahnflächen.

Beide Leitlinien sollen im Leitlinienregister veröffentlicht werden.

Behandlung aggressiver Non-Hodgkin-Lymphome

Bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen handelt es sich um eine Krebserkrankung des lymphatischen Systems. Die Behandlung ist hoch komplex und richtet sich nach dem jeweiligen Erkrankungsstadium. Um die Therapieentscheidungen zu verbessern, hat der G-BA die Einsatzmöglichkeiten der Positronenemissionstomographie (PET) beziehungsweise PET in Kombination mit einer Computertomographie (CT) als ambulante und stationäre Leistung der GKV erweitert. Aufgrund der aktuellen Studienlage ist der medizinische Nutzen einer Stadienbestimmung, das sogenannte Staging, auch im Erkrankungsverlauf als hinreichend belegt. *pm*

 **29.04.2025** Zum 10-jährigen Instituts-Geburtstag veranstaltet das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ein Jubiläums-Symposium in Berlin zum Thema externe Qualitätssicherung und ihre Rolle im Gesundheitswesen in Deutschland. Daran schließt sich eine Festveranstaltung an. → t1p.de/elg9n

 **14.-15.05.2025** KI bietet der Forschung im Bereich Public Health neue Werkzeuge. Ihr Einsatz, der von der datenbasierten Analyse von Krankheitsmustern bis zur Entwicklung präziser Vorhersagemodelle reicht, wird auf dem Symposium des Robert Koch-Instituts im Konferenzzentrum der Bundesministerien in Berlin diskutiert. → t1p.de/579v6



PRESSESCHAU

Mutiger Vorschlag

„Patientensteuerung heißt das neue Zauberwort der Berliner Gesundheitspolitik. Alle reden davon – doch wie genau es gelingen soll, dass Kranke nicht weiter durch das System mäandern und dabei viel ärztliche Arbeitszeit unnütz verloren geht, ist bisher nicht so recht klar. Da trifft es sich gut, dass nun der Verband der Ersatzkassen einen mutigen Vorschlag macht.“

ÄRZTE-ZEITUNG, 21.03.2025

Krisenprävention

„Eine neue Pandemie ist keine Frage des ‚Ob‘, sondern des ‚Wann‘. [...] Doch in den aktuellen Koalitionsverhandlungen dürfte das Thema kaum eine Rolle spielen. Krisenprävention könnte also wieder einmal vertagt werden. Die Coronapandemie hat schmerzhaft gezeigt, wie wichtig schnelle und koordinierte Reaktionen sind, aber dafür braucht es einen klaren Fahrplan.“

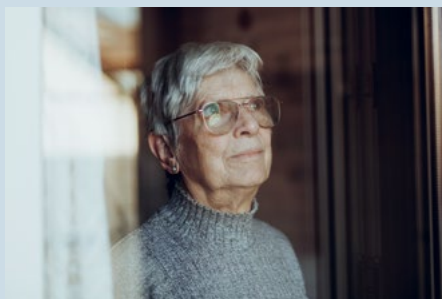
HANDELSBLATT, 24.03.2025

Notbremse

„Es ist Zeit für die digitale Notbremse. [...] Die Faktenlage ist eindeutig: Aufmerksamkeitsspannen nehmen durch Handynutzung ab. Smartphones lenken ab, selbst wenn sie auf dem Tisch oder in der Tasche liegen. Es gibt negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Zudem weist ein Viertel der 10- bis 17-Jährigen eine riskante oder pathologische Nutzung sozialer Medien auf.“

FREIE PRESSE, 24.03.2025

Altersdiskriminierung – jede 13. Person betroffen



Aktuelle Befunde des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass sich 7,7 Prozent der Menschen in der zweiten Lebenshälfte aufgrund ihres Alters benachteiligt fühlen – das entspricht jeder dreizehnten Person zwischen 43 und 90 Jahren in Deutschland. Zudem zeigen sich deutliche Unterschiede bei Betrachtung der Zusammenhänge mit Einkommen und Gesundheit, teilte das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) mit. Im Deutschen Alterssurvey wurde nach der wahrgenommenen Altersdiskriminierung in den letzten zwölf Monaten gefragt – und auch nach Bereichen, in denen eine Benachteiligung erlebt wurde: Besonders häufig fühlten sich Menschen bei der medizinischen Versorgung (3,7 Prozent) und bei der Arbeit bzw. der Arbeitssuche (3,6 Prozent) benachteiligt, gefolgt vom Alltag (3,0 Prozent) und Geldangelegenheiten (2,3 Prozent), seltener wurden Behördengänge (1,5 Prozent) genannt. Fast die Hälfte der Personen, die eine Benachteiligung erlebt haben, nannte mehrere Lebensbereiche, in denen sie diese Erfahrungen machten. In weiterführenden Analysen zeigte sich, dass einkommensarme Menschen sich deutlich häufiger benachteiligt fühlen als Menschen mit höheren Einkommen – sowohl bei der Arbeit/Arbeitssuche als auch bei der medizinischen Versorgung und im Alltag. *pm*



Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Schäden auf neuem Höchststand

Die Schäden durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind so hoch wie noch nie. Das ist das Ergebnis des 8. Berichts des GKV-Spitzenverbandes mit dem Titel „Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Für die Jahre 2022/2023 stellt der Bericht die Arbeitsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Krankenkassen in diesem Bereich dar und führt die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte seiner 94 Mitglieds-kassen zu einer GKV-Gesamtsicht zusammen. Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in den Jahren 2022 und 2023 ein Schaden in Höhe von über 200 Millionen Euro entstanden (2020/2021: 132 Millionen Euro). Die eingegangenen Hinweise stiegen um rund 21 Prozent auf 49.982 Hinweise (2020/2021: 39.600 Hinweise) an. Allerdings konnten fast die Hälfte der offenen Forderungen in Höhe von rund 92 Millionen Euro gesichert werden. Dies ist ein Anstieg um 35 Prozent (2020/2021: 59 Millionen Euro). Das Geld konnte somit wieder für die Versorgung eingesetzt werden. Der 8. Fehlverhaltensbericht zeigt, dass grundsätzlich alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von Fehlverhalten betroffen sind. Zu den Delikten gehören vor allem die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (Luftbuchungen), die Abrechnung erbrachter Leistungen ohne vertragsgemäße Qualifikation, unzulässige Zusammenarbeit oder Urkundenfälschung. Die mit Abstand höchsten Schäden sind mit fast 86 Millionen Euro im Leistungsbereich der Arznei- und Verbandmittel entstanden. *pm*

Faire Verteilung der Finanzlasten in der GKV

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat die Politik anlässlich des GKV-Tages am 18. März 2025 nachdrücklich aufgefordert, bei den Koalitionsverhandlungen die faire und gerechte Verteilung der Finanzlasten zur zentralen Messlatte für Reformen im Gesundheitswesen zu machen und die Spirale der Beitragssatzsteigerungen zu stoppen.

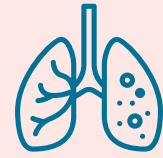
In den letzten Jahren haben primär die beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die immensen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen schultern müssen. Der Staat habe sich, so der vdek, vielfach seiner Verantwortung entzogen, beispielsweise bei den Kosten, die durch die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängerinnen und -empfängern entstehen. Kontinuierlich steigende Beitragssätze seien die Folge gewesen. Es gehe darum, die Beitragsspirale einzudämmen. „Die Politik muss passende Rahmenbedingungen setzen, um diese Entwicklung zu stoppen und die Stabilisierung der Finanzen in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen“, so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek.

Obwohl für das laufende Jahr eine Rekordsumme von etwa 341 Milliarden Euro für die medizinische Versorgung zur Verfügung stünde, sei bereits jetzt klar, dass die steigenden Einnahmen nicht mit der dynamischen Ausgabenentwicklung

Schritt halten könnten. Wenn nichts passiere, drohten weitere Beitragssatzerhöhungen.

Deshalb fordert der vdek, dass der Staat vollumfänglich für originär staatliche Aufgaben aufkommen und die Versicherten und Arbeitgeber von versicherungsfremden entlasten müsse. Das gelte auch für die Kosten der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängenden, wo eine jährliche Entlastung von zehn Milliarden Euro erreicht werden könnte. Der im Rahmen der Krankenhausreform geplante Transformationsfonds solle ebenfalls zwingend aus Steuermitteln finanziert werden. Zudem ginge es darum, das massive Effizienz- und Ausgabenproblem der GKV anzugehen. Die Ausgaben seien seit 2015 mit fünf Prozent pro Jahr deutlich schneller als Löhne oder Verbraucherpreise gestiegen. Deshalb sei eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik notwendig, damit die Einnahmen wieder im Einklang mit den Ausgaben stehen. Darüber hinaus müsse die Politik Strukturreformen auf den Weg bringen, die die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Vordergrund stellen. Das gelte aktuell für die Krankenhausreform wie auch für dringend notwendige Reformen im Bereich Arzneimittel oder den Zugang zur ambulant-ärztlichen Versorgung und der Notfallversorgung. *pm*

→ t1p.de/8fvpz



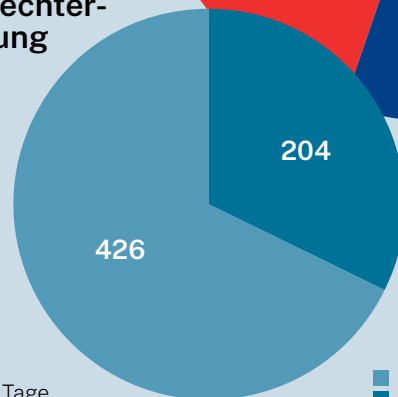
Das Robert Koch-Institut hat im März 2025 den Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2023 veröffentlicht. Danach wurden hierzulande 4.481 Tuberkulose-Fälle registriert. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich ein Anstieg um 10,4 Prozent. Auch im Kindesalter nahmen die Fallzahlen von 192 auf 242 Fälle zu (+26 Prozent). Deutschland zählt mit einer Tuberkulose-Inzidenz von unter 10/100.000 Einwohner zu den Niedrig-Inzidenzländern. Der nach dem Peak in den Jahren 2015 und 2016 beobachtete Rückgang der Fallzahlen hatte sich bereits 2021 verlangsamt. Ähnlich wie 2022 war auch für das Berichtsjahr 2023 erneut ein Anstieg zu beobachten, auch im Kindesalter. Obwohl Tuberkulose vermeidbar und in der Regel heilbar ist, sterben weltweit jährlich über 1,2 Millionen Menschen daran – damit ist Tuberkulose laut dem RKI die Infektionskrankheit mit den meisten Todesfällen. Die Tuberkulose-Epidemiologie werde unter anderem durch internationale Migration und Mobilität aus Krisengebieten mitbestimmt – aktuell besonders durch die Folgen des Angriffskriegs auf die Ukraine, aber auch durch die globale epidemiologische Entwicklung der Tuberkulose. *pm*

21. Deutscher Bundestag: Zahlen und Fakten

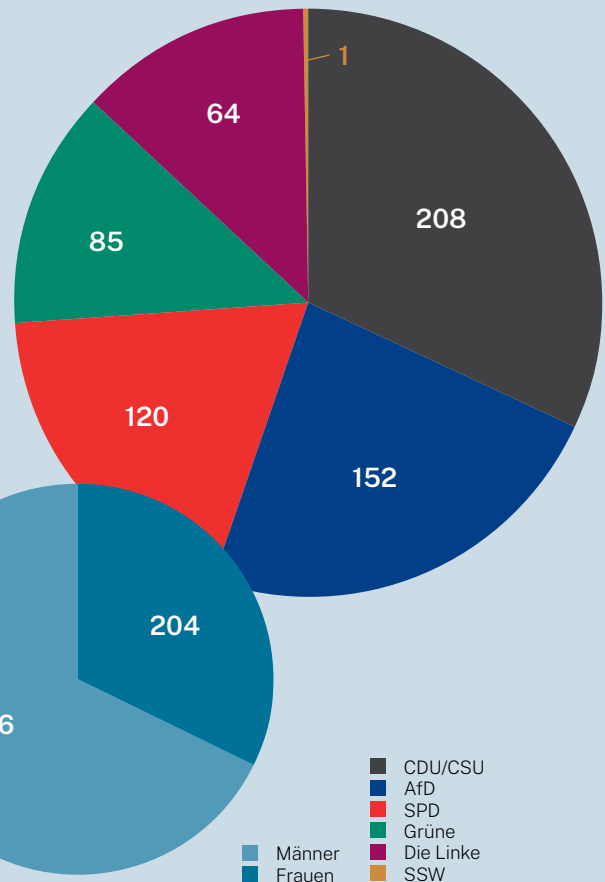
47,1
Durchschnittsalter

Der neue Bundestag ist am 25. März 2025, also 30 Tage nach der Bundestagswahl, zu seiner konstituierenden Sitzung zusammengekommen. Zur Bundestagspräsidentin wurde die CDU-Abgeordnete Julia Klöckner gewählt, die damit auf Bärbel Bas folgt. Die meisten Abgeordneten entsendete die Wahlsiegerin CDU mit 164 Sitzen, gefolgt von der AfD mit 152 Sitzen. Drittstärkste Partei ist die SPD mit 120 Abgeordneten, viertstärkste Kraft sind die Grünen (85 Sitze). Die Linke ist mit 64, die CSU mit 44 Sitzen im Bundestag vertreten. Ein Sitz entfällt wie schon bei der Wahl 2021 auf den SSW, der als Partei der dänischen und friesischen Minderheit von der Fünf-Prozent-Hürde ausgenommen ist. Die FDP war bei der Bundestagswahl lediglich auf 4,3 Prozent der Zweitstimmen gekommen und ist deshalb nicht mehr im Bundestag vertreten.

Geschlechterverteilung



Sitzverteilung



Insgesamt ziehen 630 Abgeordnete in den 21. Bundestag ein. Das Parlament ist minimal jünger geworden: Das Durchschnittsalter beträgt 47,1 Jahre, in der letzten Wahlperiode lag es bei 47,3 Jahren. Frauen im Parlament bleiben eine Minderheit. Ihr Anteil liegt bei 32,4 Prozent und ist damit niedriger als nach der Wahl 2021 (34,8 Prozent). 49,9 Millionen Menschen hatten bei der Bundestagswahl am 23. Februar 2025 ihre Stimme abgegeben, was bei rund 60,5 Millionen Wahlberechtigten einer Wahlbeteiligung von 82,5 Prozent entspricht (2021: 76,4 Prozent). Dies ist der höchste Wert seit der Wiedervereinigung. *mwa*

Neue Regierung unter völlig anderen Vorzeichen

Text von Antje Kapinsky und Malte Behmer

Seit der Bundestagswahl hat sich nicht nur die politische Landschaft in Deutschland stark verändert, das gesamte internationale Koordinatensystem scheint aus den Fugen geraten. Was bedeutet diese Entwicklung für die kommende Legislaturperiode und welche Rolle wird die **Gesundheitspolitik** noch spielen?

Die Ampel ist Geschichte. Die beteiligten Koalitionspartner wurden allesamt abgestraft. Die SPD erzielte ihr historisch schlechtestes Ergebnis bei Bundestagswahlen, die FDP zahlte den höchsten Preis und muss erneut in die außerparlamentarische Opposition. Auch die Grünen können mit ihrem Ergebnis nicht zufrieden sein. Das gilt allerdings auch für die Union. Sie konnte aus der Unzufriedenheit der Bevölkerung mit der Ampelregierung kaum Kapital schlagen und blieb unter ihren Erwartungen. Die Erleichterung, dass durch das Scheitern von BSW und FDP eine Regierungsmehrheit ohne die Grünen möglich wird, dürfte dennoch groß gewesen sein.

Politische Landkarte zeigt Teilung in Ost und West

Die großen Schlagzeilen schrieben andere. Die AfD erzielte ihr bisher bestes Ergebnis und ist in Ostdeutschland die maßgebende politische Kraft. Mit Ausnahme von Potsdam, Erfurt und Leipzig II gewann sie dort alle Wahlkreise, erzielte aber auch in einigen alten Bundesländern Ergebnisse von etwa 20 Prozent. Im Westen der Republik errangen CDU und CSU die überwiegende Zahl der Wahlkreise. Der

SPD gelang dies nur noch in 45 Wahlkreisen. Die Linke schaffte überraschend souverän den Sprung über die Fünf-Prozent-Hürde. Dazu holte sie satte sechs Wahlkreise direkt (davon vier in Berlin). Sarah Wagenknechts Bündnis scheiterte dagegen sehr knapp an dieser Schwelle.

Die politische Teilung Deutschlands besteht seit dieser Wahl jedoch nicht nur nach Himmelsrichtung, sondern auch nach Alter. Bei den Unter-25-Jährigen erreichten AfD und Linke zusammen 46 Prozent der Stimmen.

Das Gesundheitswesen braucht eine Politikwende

Grundsätzlich wurde (erneut) der Beweis erbracht, dass die Wähler:innen keinen Dauerstreit von Verantwortlichen goutieren. Das Gesundheitswesen verträgt ihn auch nicht mehr. Ständiger Zwist zwischen Gesundheits- und Finanzministerium, Minister und Parlament oder Bund und Ländern führte zu Blockaden, Verzögerungen und schlechten Kompromissen.

Können wir von der kommenden Regierung Besseres erwarten? Im Wahlkampf spielte Gesundheitspolitik praktisch keine Rolle. Die Wahlprogramme von Union und SPD blieben sehr

unspezifisch. Sicherlich auch deshalb, weil es vielfach nicht an Erkenntnissen, sondern an der Umsetzung hapert. Ob sich dies nun ändert, ist mit Blick auf die Zwischenergebnisse der Koalitionsverhandlungen fraglich. Trotz der vielen Reformbaustellen und der dynamischen Beitragsentwicklung bei Kranken- und Pflegekassen lieferte die zuständige Arbeitsgruppe kein stimmiges Konzept mit Strukturreformen für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Stattdessen einigten sich die Verhandler:innen neben Altbekanntem wie einer (dringend nötigen) Reform der Notfallversorgung vorwiegend auf ein Sammelsurium aus Geschenken für einzelne Interessengruppen. Den Willen zu sparen oder gar konkrete Maßnahmen sucht man vergeblich. Vielmehr werden freimütig Steuerzuschüsse in einem Umfang einkalkuliert, der schon in konjunkturrell guten Zeiten unrealistisch wäre.

Finanzielle Sonderregelungen ersetzen keine Strukturreform

Die Koalitionsverhandlungen stehen unter dem Handlungsdruck der dynamischen außenpolitischen Lage. Eine schnelle Einigung noch vor Ostern soll gelingen, was die dürftigen Zwischenergebnisse ein Stück weit erklären kann. Bei dieser Ausgangslage sollten die Verhandler:innen keine uneinlösbaren Versprechen tätigen, sondern sich über entscheidende Reformvorhaben verständigen. Details können später von den Fachpolitiker:innen und vor allem von der Ministerin beziehungsweise dem Minister erarbeitet werden.

Finanziell haben sich die Partner:innen in spe mit der weitgehenden Herausnahme der Verteidigungsausgaben aus der Schuldenbremse und einem milliardenschweren Infrastruktur-Sondervermögen – ein euphemistischer Begriff für Sonderschulden gigantischen Ausmaßes – Spielräume verschafft. Kaum vorstellbar, dass ein solcher Schritt ohne die internationalen Entwicklungen möglich gewesen wäre. So dramatisch die Lage ist, sie bietet also auch

Chancen. Dennoch gilt: Geld kann die Umsetzung von Reformen erleichtern, ersetzen kann es sie nicht. Ein weiteres Verschieben überfälliger Strukturreformen darf es deshalb nicht geben.

Das Gesundheitswesen muss auch in schwierigen Zeiten stabil bleiben

Im politischen Berlin geht derzeit das Narrativ um, dass diese Legislaturperiode die letzte Chance bietet, ein weiteres Erstarken extremistischer und populistischer Parteien zu verhindern. Vom Zauber des Anfangs, wie er die Ampel-Koalitionäre zu Beginn noch umwehte, ist bei Schwarz und Rot entsprechend nichts zu spüren. Allen Beteiligten scheint klar, dass diese Koalition eine Vernunfttehe wird. Gut so, zu ernst ist die Lage! Die nächsten Jahre werden Deutschland finanziell und kulturell an den Rand seiner Belastbarkeit bringen und lieb gewonnene Bequemlichkeiten infrage stellen. Gerade auch im Gesundheitswesen kann eine solche kalte Dusche durchaus helfen.

Wichtig ist, dass in Zeiten des Umbruchs die soziale Sicherheit als stabiles Fundament des gesellschaftlichen Zusammenhalts erhalten bleibt. Sie war laut Befragungen das zweitwichtigste Thema für die Wahlentscheidung. Stabilität wird es in Zeiten des demografischen Wandels aber nur geben, wenn auch auf die finanzielle Tragfähigkeit der Versicherten und Arbeitgeber geachtet wird. Steigen die Beiträge weiter so wie zuletzt, wird das auch für den Wirtschaftsstandort Deutschland eine erhebliche Bürde. Der jetzt bestehende Handlungsdruck muss daher in strukturelle Reformen kanalisiert werden. Ob die neue Regierung dafür die Kraft aufbringt, bleibt abzuwarten. ■



Antje Kapinsky ist
Abteilungsleiterin
Politik/Selbstverwaltung
beim vdek



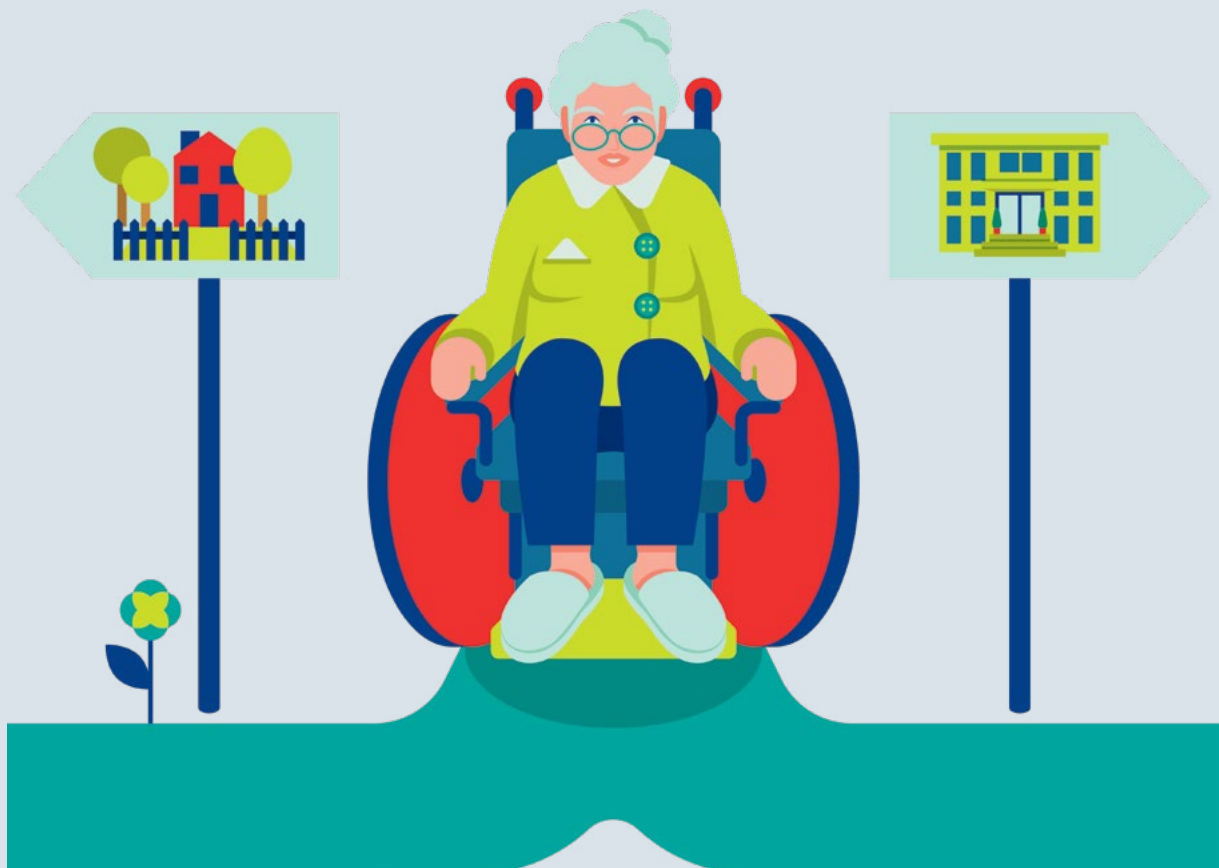
Malte Behmer
ist Referatsleiter
Verbandspolitik/
Gesetzgebung in der
Abteilung Politik/
Selbstverwaltung
beim vdek



Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wird flexibilisiert

Text von **Karolin Kock** und **Stefan Wilderotter**

Ab 1. Juli 2025 gilt der **Gemeinsame Jahresbetrag** nach § 42a SGB XI, der im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) am 26. Mai 2023 beschlossen wurde. Das Ergebnis ist die Zusammenführung der Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege.



Mit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG 1) zum 1. Januar 2015 wurde Pflegebedürftigen mit PG 2 bis 5 erstmals die Möglichkeit eröffnet, einen Anteil des Kurzzeitpflegebetrags auf das Budget der häuslichen Verhinderungspflege zu übertragen. Die Verhinderungspflege kann seither bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden. Daneben können Pflegebedürftige mit PG 2 bis 5 die Leistungsbeträge der Kurzzeitpflege mit bis zu 100 Prozent der Leistungsbeträge der Verhinderungspflege aufstocken. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Bei Einsetzen von Leistungsbeträgen einer Leistung für eine andere vermindert sich die Leistungshöhe der Leistung, von der die Beträge kommen, entsprechend. Die Möglichkeit der Übertragung der Leistungsbeträge zwischen Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege wurde seit dem PSG 1 nicht mehr verändert.

Zum 1. Juli 2025 tritt der Gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach § 42a SGB XI in Kraft. Dieser Betrag von bis zu 3.539 Euro kann für die Leistungsarten der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege flexibel eingesetzt werden. Ab Juli 2025 können demzufolge 100 Prozent des Leistungsumfangs einer Leistung auf die andere angewendet werden. Daneben wird die Leistungshöchstdauer angeglichen. Die Höchstdauer der Verhinderungspflege erhöht sich von sechs auf acht Wochen und damit auf die gleiche Leistungshöchstdauer der Kurzzeitpflege. Für den Anspruch auf Verhinderungspflege wird ab dem 1. Juli 2025 außerdem keine sechsmonatige Vorpflegezeit mehr vorausgesetzt. Für Pflegebedürftige vor Vollendung des 25. Lebensjahres mit PG 4 oder 5 besteht der Anspruch auf das Entlastungsbudget in Höhe von 3.386 Euro bereits seit dem 1. Januar 2024. Dieser Leistungsbetrag erhöht sich zum 1. Juli 2025 einheitlich auf 3.539 Euro, da die vorgezogene Sonderregelung für diese Personengruppe mit Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages entfällt.

Auswirkungen auf die Praxis

Für die Pflegekassen geht mit Inkrafttreten des Gemeinsamen Jahresbetrags zur Jahresmitte 2025 ein hoher Verwaltungsaufwand einher. Leistungen der ersten Jahreshälfte werden entsprechend dem bis zu dem Zeitpunkt geltenden Recht abgerechnet. Die bereits bis 30. Juni 2025 in Anspruch genommene Höhe und Dauer der Kurzzeitpflege und/oder

Verhinderungspflege werden auf den ab 1. Juli 2025 geltenden Anspruch auf den Gemeinsamen Jahresbetrag angerechnet. Bei der Anrechnung der Leistungen wird hinsichtlich der Höhe nicht zwischen den zwei Leistungsarten differenziert.

Für Pflegebedürftige, Betreuer:innen, An- sowie Zugehörige bedeutet diese Reform eine Flexibilisierung in der Planung und Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Der Entlastungsbetrag kann frei zwischen den beiden Leistungen aufgeteilt werden. Diejenigen, die mehr Unterstützung zu Hause benötigen, können den Großteil beziehungsweise bis zu 100 Prozent des Betrags für die Verhinderungspflege verwenden, während andere, die eine stationäre Versorgung bevorzugen, den Fokus auf die Kurzzeitpflege legen können. Daneben erleichtert die Flexibilisierung die Antragstellung und reduziert die Bürokratie. Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel können von den Pflegebedürftigen besser genutzt werden, angepasst auf die individuellen Bedürfnisse. Folglich fördert der Gemeinsame Jahresbetrag eine bedarfsgerechte Versorgung und kann einen Beitrag dazu leisten, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen zu verbessern.

Weniger Bürokratie, mehr Selbstbestimmung

Wenn die Leistungserbringung beispielsweise durch einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgt ist, erhalten Pflegebedürftige im Anschluss an die Leistung zukünftig eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Kosten, d. h. eine Art Kontoauszug. Diese Übersicht beinhaltet den Betrag, der vom Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet wird. Folglich ist zukünftig leicht zu erschließen, wie hoch der Restbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags für das laufende Jahr ist. Langfristig stellt die Zusammenführung der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags eine Flexibilisierung der Inanspruchnahme dar. Im „Leistungsdschungel“ der Pflege reduziert der neue Ansatz nicht nur die Bürokratie, sondern fördert auch die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Personen und deren An- und Zugehörigen. Diese können zukünftig selbst entscheiden, wie sie die finanziellen Mittel einsetzen möchten, die ihnen ab PG 2 zustehen. Auf diese Weise wird die individuelle Pflege nach den eigenen Bedarfen und Bedürfnissen gefördert und dient letztendlich der Zufriedenheit aller Beteiligten. ■

Zukünftig steht innerhalb eines Kalenderjahres ein Gesamtbetrag von bis zu 3.539 Euro zur Verfügung, der von pflegebedürftigen Personen ab Pflegegrad (PG) 2 flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann.



Karolin Kock ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Stefan Wilderotter ist Referatsleiter Pflege in der Abteilung Gesundheit beim vdek

Kleine Ideen – große Wirkung

Text von **Michaela Kindervater** und **Sina Matthies**

Der **bundesweite Ideenwettbewerb „49 gewinnt“** lädt Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) mit bis zu 49 Mitarbeitenden ein, kreative Ideen zur Gesundheit am Arbeitsplatz zu entwickeln. Der Ideenwettbewerb wird von der BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) veranstaltet.

Oft wird angenommen, dass Gesundheitsmaßnahmen teuer und aufwendig sind. Aber schon kleine, einfach umsetzbare Maßnahmen können positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden haben. Langfristige Investitionen in Gesundheit lohnen sich und können vielfältige Wirkungen zeigen wie verbesserte Motivation, gesteigerte Produktivität oder seltenere Ausfälle durch Krankheit.

Ziel des Ideenwettbewerbs „49 gewinnt“ ist es, den teilnehmenden Unternehmen zu zeigen, wie einfache, aber wirkungsvolle Gesundheitsmaßnahmen den Unternehmenserfolg steigern können – auch in schwierigen Zeiten, die durch Fachkräftemangel, Lieferengpässe und Unsicherheiten geprägt sind.

Teilnehmen können Unternehmen in unterschiedlichen Ausgangslagen: zum einen solche, die bereits Gesundheitsideen erfolgreich umsetzen; zum anderen können auch Ideen eingereicht werden, die bisher noch nicht realisiert wurden. Für Unternehmen, die teilnehmen möchten, aber aktuell noch keine konkrete Idee haben, besteht die Möglichkeit, diese im Rahmen des Ideenwettbewerbs zu entwickeln. Um Interessierte bestmöglich zu unterstützen, stehen kostenlose Begleitangebote zur Verfügung.

Einsendeschluss ist der 31. Mai 2025. Auf die Gewinner:innen, die von einer Fachjury ausgewählt werden, wartet Unterstützung im Wert von 10.000 bis 25.000 Euro für die gemeinsame Umsetzung oder Weiterentwicklung der Ideen. Innovative und praxistaugliche Ideen werden veröffentlicht und sollen als Inspiration für andere Unternehmen dienen. ■■



Michaela Kindervater ist Referentin für Gesundheit beim vdek*



Sina Matthies ist Kommissarische Referatsleiterin Prävention und Gesundheitsförderung in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Über die BGF-KS

Damit sich die Anzahl der Kleinst-, kleinen und mittelständischen Unternehmen sowie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) aktiv in ihrem Unternehmen umsetzen, erhöht, haben die gesetzlichen Krankenkassen 2016 die BGF-Koordinierungsstelle (BGF-KS) implementiert. Der vdek nimmt mit dem BKK Dachverband e.V. die Tandemfederführung der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-KS wahr. Um ergänzend zum kassenindividuellen Handeln im Bereich BGF insbesondere kleinste und kleine Unternehmen zu erreichen, veranstaltet die BGF-KS 2025 erstmals den Ideenwettbewerb „49 gewinnt“. Die bundesweite Ansprache von Unternehmen erfolgt gemeinsam mit Kooperationspartnern und weiteren Sozialversicherungsträgern.

→ bgf-koordinierungsstelle.de

Weitere Informationen und Teilnahme

Alle Details zur Teilnahme und ein Online-Formular zur Einreichung der Ideen: → 49gewinnt.de

*hier im Namen und Auftrag der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-Koordinierungsstelle

„Mehr Patientensicherheit“ seit einem Jahr erfolgreich am Start

Vor einem Jahr veröffentlichte der vdek das Webportal „Mehr Patientensicherheit“, unterstützt vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartze. Damit startete **Deutschlands erstes Berichts- und Lernsystem**, in der Fachsprache CIRS (Critical Incident Reporting System) genannt, das sich direkt an Patientinnen und Patienten wendet.

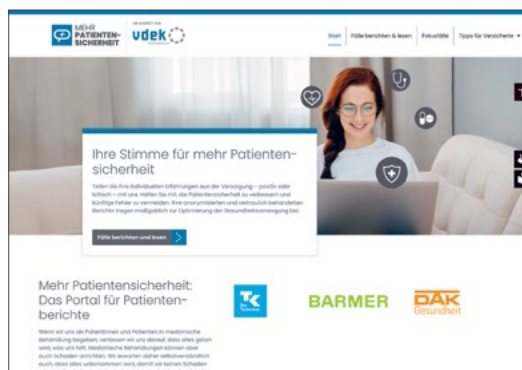
Versicherte können auf → mehr-patientensicherheit.de über kritische, aber auch positive Erfahrungen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens berichten.

„Mehr Patientensicherheit“ verfolgt das Ziel, durch systematisches Auswerten der Versichertenerfahrungen durch Expertinnen und Experten sowohl Schwachstellen als auch vorbildliche Abläufe im Gesundheitssystem zu identifizieren, darüber zu informieren und daraus zu lernen. Mittlerweile haben mehr als 1.500 Menschen ihre Erlebnisse geschildert. Dazu gehören verspätete Diagnosen, zum Teil mit Todesfolge, Verwechslungen bei der Medikamentengabe, Schnittstellenprobleme bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, aber auch der Therapieerfolg durch Einholen einer Zweitmeinung und das Abwenden einer Verwechslung durch gute Arzt-/Patienten-Kommunikation.

„Patientensicherheit ist ein ethisches Gebot für jede Heilbehandlung. Deshalb ist das Versicherten-CIRS ein wichtiger und richtiger Baustein, um zu zeigen: Wir nehmen Patientenorientierung ernst“, sagt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Stefan Schwartze. „Das Portal ‚Mehr Patientensicherheit‘ der Ersatzkassen ist eine wichtige Initiative, das Thema ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, vermeidbare Schäden zu identifizieren und Maßnahmen für eine

erhöhte Patientensicherheit abzuleiten.“ „Mit ‚Mehr Patientensicherheit‘ wollen wir den Versicherten eine Stimme geben“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Dabei geht es nicht um die Nachverfolgung einzelner Fälle, sondern um das systematische Einbeziehen der Versichertenperspektive, die wertvolle Impulse für die Verbesserung der Versorgung gibt. Denn die Patientinnen und Patienten sind die einzigen, die den Behandlungsprozess durchgängig mitbekommen.“ Neben den anonymisierten Berichten

finden Versicherte auf der Website zahlreiche Tipps, wie sie selbst zu mehr Patientensicherheit beitragen können. Individuelle Erfahrungen aus der Versorgung können hier anonym eingegeben werden. Auch Einrichtungen des Gesundheitswesens wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Bundesärztekammer,



Hersteller von Medizinprodukten und Pharmazeutika sowie die Organisationen der Patientenselbsthilfe sollen künftig über die Ergebnisse informiert werden. Das CIRS „Mehr Patientensicherheit“ wurde im Auftrag der Ersatzkassen von der gemeinnützigen Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit entwickelt, deren Expertinnen und Experten seit über 20 Jahren anonyme Berichts- und Lernsysteme betreiben. pm

»Wir brauchen sichere Versorgungs- und Behandlungsprozesse«

Interview von **Michaela Gottfried** und **Matthias Wannhoff**

Große Qualitätsunterschiede seien Teil der deutschen Versorgungsrealität, sagt **Dr. Stefan Gronemeyer**, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund), im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Zur Sprache kommen unter anderem die Themen Patientensicherheit, Krankenhausreform, Gegenwart und Zukunft des MD Bund sowie Erwartungen an die kommende Bundesregierung.



Herr Dr. Gronemeyer, mit dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes vor gut fünf Jahren wurde aus dem MDS der Medizinische Dienst Bund. Was hat sich durch diesen Übergang verändert?

DR. STEFAN GRONEMEYER Der Medizinische Dienst Bund ist durch die Reform gestärkt worden. Der Übergang der Trägerschaft des MDS vom GKV-Spitzenverband auf die 15 Medizinischen Dienste hat den MD Bund zu einer eigenständigen, unabhängigen Institution gemacht. Der MD Bund ist quasi zum Verband der Medizinischen Dienste geworden. Unsere Aufgabe ist es, Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste zu erlassen. Die damit verbundene Verbesserung der Partizipation und Transparenz tragen zur neuen Bedeutung und Sichtbarkeit des MD Bund bei.

Wie würden Sie die Kernaufgaben des MD Bund beschreiben?

Unsere Kernaufgabe ist die Beratung der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene in enger Kooperation mit den Kompetenzeinheiten des Medizinischen Dienstes. Weiterer Schwerpunkt ist die Koordinierung der Durchführung der Aufgaben und der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste. Im Klartext: Der MD Bund trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung, indem er Richtlinien erlässt und sich als Interessenvertretung der Dienste auf der Bundesebene einbringt.

Stichwort Qualität in der Versorgung: Wo stehen wir hier aus Ihrer Sicht in Deutschland?

Die Versorgung in Deutschland ist durch das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet – und das zu vergleichsweise hohen Kosten. Teil der Versorgungsrealität ist einerseits exzellente Qualität, andererseits gibt es aber auch gravierende Qualitätsmängel. Das Gesundheits- und Pflegesystem ist völlig unzureichend auf den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel vorbereitet. Eine hohe

Versorgungsqualität wird nicht allein durch die Bündelung von Fachkompetenz an spezialisierten Zentren zu realisieren sein. Wir brauchen auch sichere Versorgungs- und Behandlungsprozesse – hier haben wir nach wie vor großen Handlungsbedarf. Weit über 100.000 Patientinnen und Patienten sind jedes Jahr von vermeidbaren Schadensereignissen betroffen. Nach WHO-Angaben werden die damit verbundenen Folgekosten etwa durch Revisionsoperationen auf eine mittlere zweistellige Milliardensumme geschätzt. Der globale Aktionsplan für Patientensicherheit der WHO ist hierzulande nach wie vor nicht umgesetzt. Hier muss der Gesetzgeber tätig werden.

Ein wichtiger Aspekt im Bereich der Qualitätssicherung ist die Patientensicherheit. Welche Rolle spielt dieses Thema für den MD Bund?

Der MD Bund veröffentlicht seit 2012 jährlich die Ergebnisse von rund 14.000 Begutachtungen zu vermuteten Behandlungsfehlern. Aus den Daten lässt sich ablesen, dass es immer wieder zu den gleichen schweren Fehlern kommt, wie zum Beispiel Seitenverwechslungen, Medikationsfehlern oder zurückgelassenes OP-Material. Der MD Bund setzt sich dafür ein, dass mehr für die systematische Fehlervermeidung und die Etablierung einer wirksamen Sicherheitskultur unternommen wird.

Die Ersatzkassen betreiben mit „Mehr Patientensicherheit“ ein sogenanntes CIRS (Critical Incident Reporting System), in dem Versicherte selbst von ihren Erfahrungen berichten können. Für wie sinnvoll erachten Sie solche Systeme?



Reporting-Systeme für sogenannte „Beinahe-Schäden“ sind sinnvoll, anerkannt und in deutschen Kliniken bereits gesetzlich vorgeschrieben. Der Nutzen für die Patientensicherheit steht und fällt allerdings mit der umfassenden Nutzung der Systeme durch die Anwender vor Ort und durch die systematische Auswertung der gemeldeten Ereignisse. Beides findet in Deutschland unzureichend statt. Es gibt in Medizin und Pflege keine ausgeprägte Sicherheitskultur. Außerdem fehlen klare gesetzliche Regelungen, die sicherstellen, dass diejenigen, die unerwünschte Ereignisse melden, vor Sanktionen geschützt sind. Der Ansatz der Ersatzkassen, nicht nur Professionelle, sondern auch Patientinnen und Patienten bei der Gewinnung von Informationen über Schwachstellen einzubeziehen, ist durchaus modern und sinnvoll.

»Der Ansatz der Ersatzkassen, nicht nur Professionelle, sondern auch Patientinnen und Patienten bei der Gewinnung von Informationen über Schwachstellen einzubeziehen, ist durchaus modern und sinnvoll.«

Die Steigerung von Qualität ist auch ein erklärtes Ziel der Krankenhausreform. Wie muss die Reform aus Ihrer Sicht gestaltet sein, damit dieses Ziel erreicht werden kann?

Das Ziel der Krankenhausreform, bestimmte Behandlungen auf qualifizierte Kliniken zu konzentrieren, ist richtig. Das sagt einem ja schon der gesunde Menschenverstand. Mehr passiert aber zunächst nicht. Das sieht man etwa an der Diskussion um die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen: Die Qualitätskriterien sind Mindestanforderungen; sie sind kein Ausdruck für besonders gute Qualität. Die Chance, im Zuge der Reform verbindliche Sicherheitsmaßnahmen wie etwa ein verpflichtendes Meldesystem für besonders schwerwiegende, aber gut vermeidbare unerwünschte Ereignisse für alle Krankenhäuser einzuführen, wurde verpasst. Der MD Bund hatte vergeblich vorgeschlagen, dies mit dem Krankenhaustransparenzgesetz einzuführen.

Welche neuen Aufgaben kommen durch die Krankenhausreform auf den MD Bund und die Medizinischen Dienste zu und wie gut sehen Sie sich für diese Aufgaben gewappnet?

Für die Medizinischen Dienste ist die Prüfung von Qualitätskriterien in Krankenhäusern nichts Neues. Seit Jahren haben die Dienste Erfahrungen mit der Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen. Die neuen Leistungsgruppenprüfungen sind dem sehr ähnlich. Sie werden fachlich sehr gut geleistet werden. Die eigentliche Herausforderung liegt woanders: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) sieht vor, die Prüfungen möglichst aufwandsarm und digital zu gestalten, um die Krankenhäuser nicht zu sehr zu belasten. Dieses Ziel wird vom Medizinischen Dienst, also dem MD Bund und den Medizinischen Diensten in den Ländern, vollum-

fänglich unterstützt. Wir stehen vor einer grundlegenden digitalen Transformation der Begutachtungs- und Prüfaufgaben. Die technischen Voraussetzungen dafür müssen geschaffen und Prüfkonzepte neu entwickelt werden. Das erfordert innovatives Denken, Zeit und Geld. Der Medizinische Dienst wird diese Veränderungen beherzt angehen. Anderenfalls werden die Akzeptanz und das Vertrauen in den Begutachtungs- und Prüfdienst leiden.

Der MD Bund steht im engen Kontakt mit den Medizinischen Diensten, den Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Landesplanungsbehörden, um dies professionell und zeitgerecht umzusetzen.

Die Komplexität der Verfahren wird zukünftig ohne leistungsfähige und standardisierte digitale Strukturen nicht zu bedienen sein. Was muss hierfür vom Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten, was muss seitens der Krankenhäuser getan werden?

Ziel des Medizinischen Dienstes sind aufwandsarme Prüfungen und schlanke Prozesse für alle Beteiligten. Es soll so wenig Aufwand wie möglich entstehen. Manche Krankenhäuser sind derzeit noch nicht in der Lage, die Unterlagen entsprechend der sogenannten Elektronischen-Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) zu übermitteln. Insofern sind auch die Krankenhäuser gefordert, digitale Strukturen auszubauen.



Dr. med. Stefan Gronemeyer ist Arzt und Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund). Nach seinem Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, anschließender Promotion und Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie arbeitete Dr. Gronemeyer von 2000 bis 2005 als leitender Oberarzt an der Fachklinik Rhein/Ruhr in Essen. Ab 2005 war er in verschiedenen Funktionen bei der Vorgängerorganisation des MD Bund, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), tätig, unter anderem als Leitender Arzt, stellvertretender Geschäftsführer und Leiter des Bereichs „Sozialmedizin – Teilhabe/Pflege“. 2010 erlangte er den Abschluss Master of Health Administration (MHA) an der Universität Bielefeld. 2022 erfolgte die Wahl von Dr. Gronemeyer zum Vorstandsvorsitzenden des Medizinischen Dienstes Bund.

Kommen wir zum Thema individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Der vom MD Bund betriebene IGeL-Monitor stuft die Mehrheit dieser Selbstzahlerleistungen als „tendenziell negativ“ ein.

Wie bewerten Sie diese Bilanz?

Der vom MD Bund betriebene IGeL-Monitor hat 59 IGeL wissenschaftlich bewertet – davon 32 mit „negativ“ oder „tendenziell negativ“, weitere 24 mit „unklar“. Nur drei IGeL erhielten die Bewertung „tendenziell positiv“, keine einzige IGeL erhielt die Bewertung „positiv“. Fakt ist: Zu den meisten IGeL gibt es keine wissenschaftlichen Nutzenbelege. Viele Versicherte geben also Geld für Leistungen aus, die nichts bringen. Manche Angebote schaden sogar eher. Wir wissen anhand unserer regelmäßigen Erhebungen, dass IGeL in den ärztlichen Praxen häufig sehr positiv dargestellt und beworben werden, aber über das mögliche Schadenspotenzial wird gar nicht oder unzureichend informiert. Das muss sich ändern. ➔



»Die Informationspflichten in den ärztlichen Praxen bezüglich der IGeL müssen dringend verschärft und sanktioniert werden.«

Viele Versicherte fühlen sich bei IGeL-Angeboten von ihren Ärztinnen und Ärzten unter Druck gesetzt. Was kann dagegen getan werden?

Drei Dinge: Information, Information und Information! Es gibt klare Regeln für den Verkauf von IGeL, die auch gesetzlich normiert sind. Die meisten Patientinnen und Patienten wissen davon nichts und sie kennen ihre Rechte nicht. Die Informationspflichten in den ärztlichen Praxen müssen daher dringend verschärft und sanktioniert werden. Hilfreich wäre auch, wenn eine IGeL nie am gleichen Tag erbracht werden darf, an dem sie angeboten oder nachgefragt wurde. Leider hat die Politik die Versicherten bei dem Thema allein gelassen. Und das bei einem weitgehend unnützen Markt, der aktuell auf einen Umsatz von über 2,4 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt wird.

In welcher Rolle sehen Sie den MD Bund perspektivisch und wie stellen Sie sich dabei die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen vor?

Der Medizinische Dienst versteht sich als Teil der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Wir sind Dienstleister für die unabhängige und kompetente Bewertung von medizinischen und pflegefachlichen Sachverhalten. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen muss auch in Zukunft sehr gut verzahnt und effizient sein. Dazu erarbeiten wir mit den Kranken- und Pflegekassen entsprechende

Grundsätze. Durch die MDK-Reform ist der Medizinische Dienst organisatorisch unabhängiger geworden. Das bedeutet perspektivisch, dass sich der MD Bund im gesundheits- und pflegepolitischen Diskurs auf eigene Füße stellen muss. Wir erwarten hier von den Kranken- und Pflegekassen einen Umgang auf Augenhöhe, als eigenständige Partner. Bei den großen inhaltlichen Überschneidungen zu Fragen der Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erwarte ich diesbezüglich keine größeren Probleme.

Ein abschließender Blick auf die Politik: Welche Themen aus den Bereichen Gesundheit und Pflege sollte die neue Bundesregierung ganz oben auf ihre Agenda setzen?

Es muss darum gehen, die Versorgung zukunfts- und demografiefest aufzustellen. Das heißt für die Pflege unter anderem, dass sich die Begutachtung effizienter und stärker an der individuellen Lebenssituation der Versicherten ausrichten sollte. Insgesamt sollten in der Gesundheitsversorgung die Steuerung verbessert und nur die Leistungen eingesetzt werden, die einen nachgewiesenen Nutzen zeigen.

Es geht aber auch um Grundsätzliches. Zu Recht setzt die Politik auf den Abbau überbordender Bürokratie. Der Medizinische Dienst unterstützt dieses Ziel und treibt die digitale Transformation in seinen Handlungsfeldern voran. Nur damit kann die Servicequalität zeitgemäß ausgestaltet und die Akzeptanz für den Medizinischen Dienst als „Anwalt“ der Versicherten in Sachen Versorgungsqualität und bei der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Allokation der Leistungen nachhaltig gesichert werden. Weitere Aufgabenfelder für den Medizinischen Dienst könnten die Unterstützung einer konsequenten Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung und die Reduzierung hoher Kosten durch eine insgesamt unsichere Versorgung sein. ■



EINWURF

Koalitionsvorhaben dürfen nicht zu weiteren Belastungen der Beitragszahlenden führen

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

Deutschland hat gewählt und seit Mitte März verhandeln Union und SPD über einen Koalitionsvertrag. Nachdem die AG Gesundheit Ende März ein erstes Papier mit Reformvorschlägen vorgelegt hat, beraten nun die Partei- und Fraktionsspitzen über die weitere Ausgestaltung. Wir als Krankenkassen befürchten, dass insbesondere die Maßnahmen zur Finanzstabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) wieder gestrichen werden könnten. Sollte dies geschehen, dürfen im Gegenzug auch keinerlei Ausgabenvorhaben realisiert werden, die zu einer Mehrbelastung der Versicherten und Arbeitgeber führen. Ansonsten kommt es erneut zu Beitragssatzerhöhungen. Wir fordern deshalb von den zukünftigen Koalitionären dringend Maßnahmen zur Ausgabendisziplin. Dazu gehört die Orientierung der Ausgaben an der Einnahmeentwicklung.

Maßnahmen zur Ausgabendisziplin fehlen aktuell

Die Ausgaben in der GKV steigen seit Jahren ungebremst an. In 2025 werden sie laut GKV-Schätzerkreis einen Rekordwert von 341 Milliarden Euro 2025 erreichen. Die zu erwartenden Einnahmen liegen hingegen bei 295 Milliarden Euro. Der Rest

muss über Zusatzbeitragssätze finanziert werden. Dennoch enthält das von der AG Gesundheit und Pflege vorgelegte Papier keinerlei Maßnahmen zur Ausgabendisziplin. Stattdessen planen die Koalitionäre weitere Belastungen, wie die angekündigte Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten, die Weiterentwicklung des AMNOG oder eine höheren Apothekenvergütung, die die Interessen der Leistungserbringenden bedienen, aber die Versorgung nicht verbessern. Das ist wenig zukunftsorientiert.

Versicherungsfremde Leistungen aus Steuern finanzieren

Wichtig und ordnungspolitisch richtig ist zudem, dass die von der AG Gesundheit in Aussicht gestellten Steuergelder für versicherungsfremde Leistungen Einzug in den Koalitionsvertrag finden. Dazu gehören kostendeckende Beiträge von Bürgergeldempfängenden, Kostenübernahme des GKV-Anteils am Krankenhaustransformationsfonds oder die Rückzahlung der Pandemiekosten in der SPV. Es geht um ein Gesamtvolumen von bis zu 17,5 Milliarden Euro pro Jahr für die beiden Versicherungszweige. Die Stabilisierung der Beiträge muss oberstes Ziel sein. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Projekt „SCRANGE“ stärkt die Resilienz von Kindern und Jugendlichen im Lab-Setting

Die Fähigkeit zur Resilienz ist nicht ausschließlich angeboren, sondern entwickelt sich insbesondere aus der Interaktion eines Individuums mit seiner Umwelt. Dieser dynamische Anpassungsprozess ist Voraussetzung, um im Alltag mit schwierigen Herausforderungen umzugehen und „gute Schutzfaktoren“ zu entwickeln. **Bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien, die solche Erfahrungen nicht machen konnten, sind die Anpassungsprozesse zur Lebensbewältigung eingeschränkt.** Genau hier setzt das im Februar 2025 gestartete Präventionsprojekt „SCRANGE“ an: In sieben sächsischen und einer brandenburgischen Jugendhilfeeinrichtung des in Sachsen ansässigen Trägers Schlupfwinkel und Lausitzer Bildungsgesellschaft e. V. werden sich in den nächsten drei Jahren Kinder, Jugendliche, pädagogische Fachkräfte und das Einrichtungsleitungsteam mit dem Thema „Stress- und Ressourcenmanagement“ auseinandersetzen. **Das Akronym „SCRANGE“ enthält**

die Aufklärung und Stärkung („Strengthening“) der Kinder und Jugendlichen, die an den Standorten Weißwasser, Bad Muskau, Großräschen und Leipzig in Wohngruppen („Community“) leben. „Resilienz“ ist das zentrale Handlungsfeld im Projekt. Umgesetzt werden soll das Vorhaben mit einer bisher noch eher unbekannten Lernmethode, welche die Kinder und Jugendlichen in Selbstbestimmung („and Nurturing“) und persönlicher Entfaltung („Growth“) fördert: sogenannten Labs. Diese ermöglichen ein aktives Experimentieren mit neuen Rollen und sozialen Interaktionen in resilienzfördernden Erfahrungsräumen („Environment“). Im Ergebnis des Projektes sollen die pädagogischen Fachkräfte als Resilienz-Trainer weitergebildet werden. „Ein systematischer Ausbau beziehungsweise die Weiterentwicklung von bestehenden regionalen Netzwerkstrukturen mit Schulen, Jugendhilfe und externen Partnern wird ebenso ein wichtiger Baustein sein“, so Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen. *cb*

Projekt „Next Balance“ fördert den bewussten Umgang mit Schönheits- und Fitnessinhalten in sozialen Medien

Im Januar 2025 startete unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“ das ersatzkassengemeinsame Projekt „Next Balance“ des Jugendhilfswerks Freiburg e. V. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche aus psychisch und suchtbelasteten Familien im Alter von 10 bis 21 Jahren sowie Eltern und pädagogische Fachkräfte. Ziel ist es, eine ausgeglichene und gesunde Mediennutzung zu fördern und Jugendlichen ein differenziertes Verständnis für den Einfluss von Social Media und Körperidealen zu vermitteln. Durch Workshops soll den Kindern und Jugendlichen geholfen werden, eine digitale sowie gesundheitliche Balance zu entwickeln. Das Projekt bezieht sich dabei auf das Phänomen „Schönheits- und Fitnessinfluencer:innen in sozialen Medien“ und den Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Kindern



und Jugendlichen. Weiterer Schwerpunkt des Projekts sind die Themen „Körper und Ernährung“ sowie „ökologische Nachhaltigkeit“. Des Weiteren sollen pädagogische Fachkräfte durch Veranstaltungen im Bereich Medienkompetenz befähigt werden, Kinder und Jugendliche bei einem verantwortungsvollen und kritischen Umgang mit Influencer:innen aus den Bereichen Food, Fitness und Schönheit auf sozialen Netzwerken zu unterstützen und gegebenenfalls anzuleiten. Außerdem werden Eltern durch eine Informationsreihe dabei unterstützt, die Auswirkungen der Medieninhalte

auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erkennen und Handlungssicherheit in diesem Bereich zu erlangen. [js](https://t1p.de/0ekkc)
→ t1p.de/0ekkc

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Finanzielle Stabilität von GKV und SPV: vdek diskutiert Lösungsansätze im Bayerischen Landtag

Auf Initiative des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) diskutierten Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, und (v. r. n. l.) Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, mit dem CSU-Fraktionsvorsitzenden Klaus Holetschek MdL und dem Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Prävention im Bayerischen Landtag, Bernhard Seidenath MdL (CSU), im Januar 2025 über Lösungsansätze für die aktuellen Herausforderungen in Gesundheit und Pflege. Im Mittelpunkt des Austauschs stand die angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Angesichts steigender Leistungsausgaben betonte Elsner die Notwendigkeit einer



stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik. Besonders intensiv diskutierten die Gesprächspartner die Befreiung beider Systeme von versicherungsfremden Leistungen, die zwingend gesamtgesellschaftlich, das heißt aus Steuermitteln, zu finanzieren seien. Neben finanziellen Reformen seien jedoch auch strukturelle Anpassungen unerlässlich. Beispielsweise müsse die längst überfällige Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes umgesetzt und die Patientensteuerung stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt werden. Die Gesprächspartner waren sich einig: Die finanzielle Stabilität der GKV und SPV zu sichern, ist die drängendste Aufgabe politischer Akteure, die keinen Aufschub duldet. [lf](#)

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

30 Jahre Pflegeversicherung – Ersatzkassenforum zeigt Reformbedarf auch in Hessen

Die Kosten für einen Pflegeheimplatz in Hessen steigen rasant. Aktuell müssen Pflegebedürftige durchschnittlich 2.950 Euro im Monat selbst zahlen, allein im vergangenen Jahr stieg der Eigenanteil um 281 Euro. Ein wesentlicher Grund: Das Land Hessen übernimmt, obwohl gesetzlich vorgesehen, nicht die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen. **Das führt dazu, dass Pflegebedürftige nicht nur für ihre pflegerische Versorgung, sondern auch für die bauliche Infrastruktur der Einrichtungen zahlen müssen.** Diese Kosten liegen aktuell bei 517 Euro im Monat. Im Rahmen einer Fachveranstaltung der vdek-Landesvertretung Hessen haben am 12. März 2025 Fachleute aus Wissenschaft und Praxis sowie Vertreter:innen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit



Volles Haus beim Ersatzkassenforum in Frankfurt am Main

und Pflege (HMFG) und des vdek die aktuellen Herausforderungen und mögliche Reformansätze diskutiert. Klar wurde unter anderem: Die SPV steht finanziell stark unter Druck. Ohne strukturelle Reformen drohen weiter steigende Eigenanteile – mit dramatischen Folgen für Pflegebedürftige und ihr Umfeld. Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung, betonte: „Die Einführung der Pflegeversicherung war richtig und wichtig. Gleichwohl darf Pflegebedürftigkeit die Menschen finanziell nicht weiter überfordern.“ **Faire Bezahlung des Pflegepersonals und eine angemessene Personalausstattung in Pflegeheimen seien wichtig, aber die Politik**

müsse die Folgekosten im Blick halten: „Die Beitragszahlenden alleine können das nicht stemmen. Gute Pflege muss für alle bezahlbar bleiben.“ *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN NIEDERSACHSEN

10-Punkte-Aktionsplan für die hausärztliche Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte sind bei Krankheit oder auch für Vorsorgemaßnahmen häufig der erste Anlaufpunkt. Im besten Falle sind sie auch diejenigen, die die Patienten durch das Versorgungssystem leiten. **Um die hausärztliche Versorgung in Niedersachsen zu sichern und zu stärken, haben unter Federführung der Landesregierung verschiedene Partner, darunter auch der vdek, eine Initiative gestartet.** Diese wurde bei einer Pressekonferenz in Hannover als 10-Punkte-Aktionsplan vorgestellt. vdek-Landesleiter Hanno Kummer erläuterte dabei Pläne, wie Ärztinnen und Ärzte zukünftig mehr Luft für die Behandlung ihrer Patienten verschafft werden soll: „Ärzte sollten nur das machen, wofür ihre Qualifikation tatsächlich benötigt wird. Von anderen medizinischen und administrativen Aufgaben sollten



sie entlastet werden. Dazu zählen Tätigkeiten von Wundversorgung und Blutdruckkontrollen bis zur Sichtung von Laborbefunden und Behandlungsdokumentation.“ **Hierfür soll der Einsatz**

von akademisch ausgebildetem nicht-ärztlichen Fachpersonal, so genannten Physician Assistants, in den Arztpraxen erleichtert werden. Im Zuge eines Modellprojektes soll erprobt werden, wie Ärzte diese Unterstützungsleistungen leichter abrechnen können. Weitere Punkte wurden von Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi, Wissenschaftsminister Falko Mohrs und den anderen Partnern vorgestellt:

Unter anderem ist ein Mentoring-Programm an Hochschulen geplant, um den Studiengang Allgemeinmedizin attraktiver zu machen. Außerdem sollen Programme zum Quereinstieg gefördert und Bürokratie abgebaut werden. *siko*

✕ @vdek_BW #Prävention[s]projekt „Next Balance“ der #Ersatzkassen in Freiburg. Die ersten drei medienpädagogischen Fortbildungen für Fachkräfte sind terminiert: „Influencer:innen und Social Media“, „Medien in der Kindheit“ und „Fokus TikTok“. Anmelden!

✕ @vdek_HB Wir fordern Mut zu Reformen, denn Richtungsentscheidungen dulden keinen Aufschub mehr. #wirsindGKV, stehen für Gesundheit und Versorgung, tragen gemeinsam Verantwortung und wollen Zukunft gestalten, nicht nur am #GKVTag. Politik muss handeln für eine sichere Finanzierung! #vdek

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

Auf Kurs in die Zukunft: Schulgesundheitsfachkräfte an Grundschulen

Seit Schulgesundheitsfachkraft Vivienne Sossou-Lossa an der Grundschule Speckenreye arbeitet, haben sich die Brotdosen der Schülerinnen und Schüler verändert: Es gibt mehr Obst für die Pause und die mitgebrachten Brote zielt bisweilen ein „Gemüsegesicht“ mit einem lachenden Mund aus Paprika. Die Grundschule im Stadtteil Horn ist eine von insgesamt elf Schulen in der Hansestadt, in der Schulgesundheitsfachkräfte im Einsatz sind. Das großangelegte vdek-Präventionsprojekt hat das Ziel, Kinder an Grundschulen in sozial benachteiligten Quartieren, unabhängig von ihrem sozialen Status, die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Im Fokus steht, die körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu fördern sowie die Gesundheitskompetenz der Kinder und ihrer Eltern zu stärken. Die Fachkräfte etablierten beispielsweise gezielte Bewegungsförderung mit Musik in den Unterrichtspausen und vermittelten Wissen dazu, wie gesunde Ernährung und Entspannungstechniken das Wohlbefinden steigern. Das gemeinsame Projekt des vdek, der

Hamburger Schul- und Sozialbehörde sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes lief vom Frühjahr 2021 bis zum Frühjahr 2025. Zwischenzeitlich ergab die Evaluation der Leuphana Universität Lüneburg, dass das Vorhaben erfolgreich war, die Fachkräfte gut an den Schulen integriert sind und ihr Beitrag zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler dort sehr positiv

bewertet wird. Vor dem Hintergrund dieser überzeugenden Bilanz entschieden die Regierungsparteien SPD und Grüne im Zuge der Beratungen zum Haushalt 2025/2026, das Projekt zu verstetigen und entsprechende Fördergelder bereitzustellen. Die Ersatzkassen werden das Vorhaben auch künftig fachlich begleiten. „Die Verstetigung der Schulgesundheitsfachkräfte ist ein Meilenstein in der Gesundheitsförderung an Grundschulen“, sagte die Leiterin der vdek-Landesvertretung, Kathrin Herbst. „Als Ersatzkassen möchten wir mit diesem Projekt dazu beitragen, dass



Vivienne Sossou-Lossa, Schulgesundheitsfachkraft an der Grundschule Speckenreye in Hamburg-Horn, bereitet mit Schülern der Klasse 1a gesunde Pausenbrote zu.

Kinder, unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund, gesunde Lebenswelten vorfinden und eine faire Chance auf ein gesundes Aufwachsen erhalten.“ sk

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

Krankenhausreform: Was sagen wir den Patienten?

So wie es ist, kann es nicht bleiben!“ – Prof. Dr. Thomas Kolb von der Hochschule RheinMain hat eine klare Meinung zur aktuellen Situation in der Krankenhauslandschaft. Diese vertrat er beim Ersatzkassenforum der vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland im Februar in Mainz. Kolbs Maxime: die Chancen der Reform für eine bessere Gesundheitsversorgung nutzen und alle Reformschritte gut erklären. Schließlich sei der Patient der primäre Nutznießer der Reform. **Auch für den vdek-Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens (Foto) ist wichtigstes Ziel der Krankenhausreform, die Gesundheitsversorgung zukunftsfest zu machen und eine gute**

Qualität für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Das, da waren sich die über 100 Teilnehmenden des Ersatzkassenforums einig, geht nur im gemeinsamen Schulterschluss.



Als Vertreter der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) appellierte Klemens an die Politik, endlich die Selbstverwaltung und die Krankenkassen bei der Reformumsetzung an den Tisch zu holen.

Akzeptanz für den Umbau der Krankenhauslandschaft könne man nicht erwarten, wenn durch den Transformationsfonds ab 2026 noch weitere Belastungen auf die Beitragszahlenden hinzukämen. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe müsse aus Steuermitteln finanziert werden. Und was sagen wir nun den Patienten? Kolb: „Die Wege zur stationären Versorgung könnten im Einzelfall zwar länger werden, aber die Wege haben immer noch ein Ziel!“ Dieses

Ziel führt, wenn die Chancen der Reform genutzt werden, zu einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. *tb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN-BRANDENBURG

Modellprojekt verlängert: Erfolgreiche Reorganisation der Krankenfahrten in Potsdam

Zum 1. Januar 2024 wurde in der Landeshauptstadt Potsdam ein Modellvorhaben zur Reorganisation der Krankenförderung initiiert. Beteiligt sind die gesetzlichen Krankenkassen des Landes Brandenburg, die Feuerwehr Potsdam, die Potsdamer Kliniken sowie der DRK-Kreisverband Potsdam als Leistungserbringer. Ursprünglich war das Vorhaben auf ein Jahr befristet. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde es um ein weiteres Jahr verlängert – mit der Perspektive, künftig auf andere Regionen Brandenburgs ausgeweitet zu werden. **Die Kooperation ermöglicht eine verlässliche Durchführung von Krankenfahrten in den Abend- und Nachtstunden:** Täglich

zwischen 20 Uhr und 5 Uhr stehen zwei Liegendtransportfahrzeuge des DRK-Kreisverbandes bereit. Die Transporte werden



über ein App-basiertes System direkt aus den Notaufnahmen der Kliniken beauftragt. Im zweiten Quartal 2024 wurden durchschnittlich fünf Fahrten pro Nacht durchgeführt. Hinter-

grund der Initiative war ein Mangel an geeigneten Transportmöglichkeiten für aus den Notaufnahmen entlassene Patient:innen in den späten Stunden. **Die begleitende Evaluation des Modellprojekts zeigt erfreuliche Ergebnisse: Krankentransporte konnten gezielt vom Rettungsdienst in den Bereich der nicht-qualifizierten Krankenförderung verlagert werden.** Dies entlastet die Ressourcen der Notfallversorgung, ohne dass zusätzliche Rettungsmittel

erforderlich waren, und hilft, Kostensteigerungen zu vermeiden. Die Zahl der unnötigen stationären Wiederaufnahmen konnte ebenfalls deutlich reduziert werden. *vb*



Im Rahmen der bewegten Pause ging es auch mal raus aus der Werkstatt auf die Tartanbahn.

VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

„AktiVitaLeichtlebig“: Gesundheitsprojekt in den Schleswiger Werkstätten wird im Alltag fortgeführt

Anfang März wurde das Projekt „AktiVitaLeichtlebig – Menschen mit Behinderung in Aktion“, das der vdek und die Schleswiger Werkstätten unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“ umgesetzt haben, offiziell abgeschlossen. Das bedeutet aber nicht das Ende der Beschäftigung mit dem Thema „Gesundheit“: In den vergangenen vier Jahren wurden die Beschäftigten der Werkstätten – allesamt Menschen mit Behinderung – durch ein vielfältiges Angebot erfolgreich für das Thema sensibilisiert. Es wurden Prozesse und Strukturen etabliert und mit Leben gefüllt, sodass Gesundheit auch in Zukunft einen breiten Raum im Alltag der Beschäftigten einnehmen wird. Es gab Gesundheitskurse mit Diskussionsrunden, Videoclips, Kurzvorträgen, Spielen oder anderen Impulsen, in denen sich die Beschäftigten mit den Fragen „Was ist eigentlich Gesundheit?“ und „Was bedeutet das für mich?“ auseinandersetzten. Die Inhalte wurden in „Gesundheitsordnern“ zusammengefasst, die den Gruppen nach dem Ende des Projekts für die weitere Nutzung zur Verfügung stehen. Durch die Kurse wurden an den 16 beteiligten Standorten der Schleswiger Werkstätten insgesamt 260 Gesundheitslots:innen geschult. „Wir freuen uns sehr über die hohe Zahl, denn diese engagierten Multiplikator:innen sind nun in der Lage, ihr Wissen und ihre Erfahrungen weiterzugeben und so einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten“,

sagte Jörg Brekeller, Referatsleiter Ambulante Versorgung in der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, auf der Abschlussveranstaltung in Schleswig. „Ihr Einsatz wird nicht nur das Bewusstsein für Gesundheitsthemen stärken, sondern auch andere motivieren, aktiv an ihrem Wohlbefinden zu arbeiten.“ „Bewegung“ und „Ernährung“ waren weitere Schwerpunkte des Projekts. So



„Käpt'n Karotte“ wurde zum Symbol der Kampagne für gesunde Ernährung.

tragen die beiden Küchen der Schleswiger Werkstätten nach erfolgreicher Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung das Logo „Job & fit“ und bieten nun täglich ein Gericht mit reduziertem Zucker- und Salzanteil oder einem höheren Vollkorn- oder Eiweißgehalt an. Zur Förderung der Bewegung gibt es in den Schleswiger Werkstätten schon seit Langem die bewegte Pause unter der Anleitung von Sportkoordinator:innen. Im Rahmen von „AktiVitaLeichtlebig“ wurde die interne Qualifizierung „Sportassistent:in“ entwickelt. Dadurch können die Beschäftigten die Sportkoordinator:innen unterstützen

und selbst eine bewegte Pause anbieten. Die Abschlussveranstaltung war ein fröhliches Fest, bei dem die Zielgruppe des Projekts im Mittelpunkt stand: die Beschäftigten. Sie wurden aktiv in die Präsentationen eingebunden, konnten sich im Rahmen einer „Olympiade“ sportlich beweisen und haben so eindrucksvoll gezeigt, wie Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung erfolgreich und nachhaltig funktionieren kann. fu

Modernisierung der ärztlichen Versorgung

Die Hebel für die Modernisierung der ärztlichen Versorgung müssen an verschiedenen Stellen ansetzen. So sieht das Ersatzkassen-Konzept „Persönliches Ärzteteam“ eine zielgenauere Patientensteuerung vor. Zudem ist der Ausbau des Terminservice und der Aufbau einer gemeinsamen Online-Terminplattform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der GKV notwendig. Darüber hinaus gilt es, die Versorgung chronisch kranker Menschen zukunftsfähig zu gestalten.





Das vdek-Konzept „Persönliches Ärzteteam“ bietet zielgenauere Steuerung sowie eine gute und einfach zugängliche ärztliche Versorgung für die Versicherten

Mit dem persönlichen Ärzteteam zu einer besseren Versorgung

Text von **Boris von Maydell** und **Björn-Ingemar Janssen**

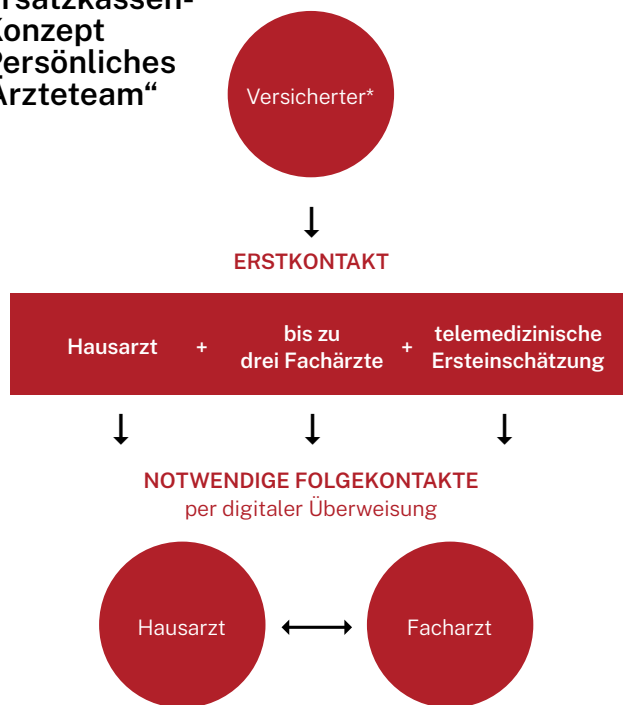
Das Thema „**Patientensteuerung**“ ist in der öffentlichen Diskussion angekommen, oft verbunden mit einer Forderung nach flächendeckenden Hausarztmodellen. Die Ersatzkassen haben das Konzept „Persönliches Ärzteteam“ entwickelt, das zielgenauer steuert und den Versicherten echte Vorteile bietet.

Die Arztpraxis ist in den meisten Fällen erster und oft auch einziger Anlaufpunkt bei gesundheitlichen Problemen. Umso wichtiger ist es, dass die ambulante Versorgung gut funktioniert und für die Versicherten leicht zugänglich ist, wenn es medizinisch erforderlich ist. Hier gibt es zuletzt immer mehr Probleme: Etwa ein Drittel der Versicherten bewerten die Wartezeiten auf einen Facharzttermin laut GKV-Versichertenbefragung 2024 als zu lang und über 40 Prozent geben an, dass sich die Wartezeiten-Situation in den letzten fünf Jahren verschlechtert habe.

Die Gründe hierfür sind vielfältig, aber eine wichtige Rolle spielt die im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme von Arztpraxen in Deutschland. Etwa 20 Prozent der Versicherten suchten im Jahr 2022 sechs oder mehr Arztpraxen auf, immerhin 5 Prozent der Versicherten sogar mindestens neun Arztpraxen. Auffällig ist auch die Inanspruchnahme mehrerer Arztpraxen der gleichen Fachgruppe in einem Jahr: Immerhin 3 Prozent der Versicherten mit Hausarztkontakt besuchten 2022 drei und mehr Hausarztpraxen und mehr als 6 Prozent der Menschen, die bei einem HNO-Arzt in Behandlung waren, suchten im gleichen Jahr noch eine zweite HNO-Praxis auf. Es zeigt sich also: Die Mehrzahl der Versicherten nimmt die ambulanten Versorgungsangebote in durchaus nachvollziehbarer Weise in Anspruch. Aber eine nicht zu vernachlässigende Zahl an Menschen braucht mehr Orientierung und Steuerung, damit sie zügig die Behandlung erhalten, die für sie notwendig ist und gleichzeitig wertvolle Ressourcen nicht unnötig verschwendet werden.

Die häufig in der Öffentlichkeit diskutierten Hausarztmodelle bieten dafür keine überzeugende Lösung. Unsere Auswertungen zeigen, dass bei an diesen Programmen teilnehmenden Versicherten weder die Zahl der Facharztbesuche zurückgeht noch die Anzahl stationärer Aufenthalte. Statt besserer Steuerung sind aufgrund besonderer Honorare nur die Kosten höher. Außerdem würde eine flächendeckende Umsetzung des Hausarztmodells in der Regelversorgung mit mehr als 74 Millionen GKV-Versicherten die Praxen an ihre Kapazitätsgrenzen bringen und damit die hausärztliche Versorgung insgesamt verschlechtern.

Ersatzkassen-Konzept „Persönliches Ärzteteam“



Quelle: vdek

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet



Boris von Maydell
ist Abteilungsleiter
Ambulante Versorgung
beim vdek



Björn-Ingemar Janssen
ist Referatsleiter
Ärzte in der
Abteilung Ambulante
Versorgung beim
vdek

Mehrere erste Anlaufstellen für die Versicherten

Das Modell der Ersatzkassen sieht daher vor, allen GKV-Versicherten durch ein persönliches Ärzteteam gleich mehrere erste Anlaufstellen zu bieten. Denn gerade viele chronisch kranke Versicherte müssen bestimmte Ärztinnen und Ärzte in regelmäßigen Abständen aufsuchen – sei es den Diabetologen, die Kardiologin oder den Orthopäden. Jeder und jede GKV-Versicherte wählt daher für sein beziehungsweise ihr persönliches Ärzteteam einen Hausarzt und bis zu drei Fachärzte aus, die er oder sie direkt und ohne Überweisung in Anspruch nehmen kann. Anstelle eines Facharztes kann auch ein psychologischer Psychotherapeut gewählt werden. Hinzu kommt die Möglichkeit, bei einem möglichen Behandlungsanlass auch eine telemedizinische Ersteinschätzung per Telefon, Video oder App zu nutzen, die eine konkrete Versorgungsempfehlung gibt oder direkt in eine Videosprechstunde führt. ➔

Damit haben gerade auch junge gesunde Versicherte ohne festen Hausarzt immer einen festen Anlaufpunkt.

Das persönliche Ärzteteam übernimmt dabei die Lotsenfunktion für die Versicherten. Das heißt, andere Ärztinnen und Ärzte können nur mit digitaler Überweisung in Anspruch genommen werden. Diese Überweisung wird – ähnlich dem eRezept – auf einer digitalen Plattform hinterlegt und beim Einlesen der Gesundheitskarte in der Praxis abgerufen. Auf diese Weise ist auch die Überweisung nach einer telemedizinischen Ersteinschätzung sofort verfügbar. Wichtig dabei: Die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten außerhalb des persönlichen Ärzteteams ist nur noch mit digitaler Überweisung möglich. Dafür übernimmt das persönliche Ärzteteam auf Wunsch des Versicherten die Vermittlung eines Termins für einen Folgekontakt. Hierzu sollten die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Online-Terminplattform einrichten, für die Ärztinnen und Ärzte freie Terminkontingente melden. Arztbesuche außerhalb des Ärzteteams und ohne Überweisung müssen dagegen zukünftig von den Versicherten selbst gezahlt werden.

Ziel des Konzepts der Ersatzkassen ist es, an den Stellen zu steuern, wo es notwendig und wirksam ist.

Ziel des Konzeptes ist es somit, an den Stellen zu steuern, wo es notwendig und wirksam ist. Viele Versicherte werden gegenüber dem Status Quo keine Einschränkung spüren, weil sie sich ausschließlich innerhalb ihres persönlichen Ärzteteams bewegen oder bereits heute nur Ärztinnen und Ärzte auf Überweisung hin aufsuchen. In den Fällen, in denen Versicherte heute überdurchschnittlich viele Arztpraxen – zum Teil sogar der gleichen Fachgruppe – aufsuchen, trägt die Steuerung allerdings dazu bei, dass die Ressourcen im ambulanten Bereich effizienter genutzt werden. Davon profitieren alle Beteiligten, da mehr und schnellere Termine für medizinisch notwendige Behandlungen verfügbar werden. Denn gerade in Zeiten steigender finanzieller Belastungen durch höhere Beiträge ist es wichtig, dass sich die Versicherten auf eine gute und einfach zugängliche ärztliche Versorgung verlassen können, wenn es wirklich darauf ankommt. ■■■



**REGIONALER
GESUNDHEITS
PARTNER**

vdek
Die Ersatzkassen



KKH

BARMER

DAK

HEIK

vdek- Zukunfts- forum 2025

Einblicke und Erfahrungen teilen die „Regionalen Gesundheitspartner“ auf dem vdek-Zukunftsforum „Arztpraxis 2.0 – Moderne Versorgung durch Delegation & Digitalisierung“ am 17. Juni 2025 in der vdek-Verbandszentrale in Berlin. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie Delegation und Digitalisierung die ambulante Versorgung verändern.

„Regionale Gesundheitspartner“ der Ersatzkassen: Positive Bilanz nach einem Jahr

Text von **Antonia Milewski** und **Claudia Michelz-Niebank**

Mit dem Projekt der „Regionalen Gesundheitspartner“ erproben die Ersatzkassen bereits seit Mai 2024 neue **Versorgungskonzepte in ländlichen Regionen**. Als Grundlage hierfür dient das vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) entwickelte Modell der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ). Nach einem Jahr Projektlaufzeit ziehen die Ersatzkassen eine positive Zwischenbilanz.

Das Projekt „Regionale Gesundheitspartner“ verfolgt das Ziel, die ambulante Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen zu stärken und aufzuzeigen, welche Möglichkeiten die Delegation ärztlicher Leistungen an qualifiziertes nichtärztliches Personal sowie die Einbindung telemedizinischer Lösungen bieten. Die Ersatzkassen fördern im Bundesgebiet bereits an drei Standorten verschiedene Angebote zum Einsatz von Physician Assistants, telemedizinischer Unterstützung bei Hausbesuchen und des Care- und Case-Managements. Zu den Vertragspartnern zählen das Regionale Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste in Niedersachsen, die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Gronau/Epe (Nordrhein-Westfalen) und das Medizinische Zentrum Lübbenau in Brandenburg.

Delegation und Telemedizin stärken die Versorgung

Bereits die Ergebnisse der bisherigen Projektumsetzung zeigen den Erfolg des Konzepts: Eindeutige und medizinisch unkomplizierte

Behandlungsanlässe, die bislang von Ärztinnen und Ärzten übernommen wurden, werden nach Rücksprache an qualifiziertes nichtärztliches Fachpersonal, zum Beispiel Physician Assistants, delegiert. Damit wird Freiraum für die komplexen ärztlichen Leistungen gewonnen, die weiterhin dem ärztlichen Personal vorbehalten sind. Positiv wirken sich die neuen Versorgungsangebote auch auf Patientinnen und Patienten aus, die davon berichten, mehr Zeit bei ihrem Arztbesuch zu haben. Der Einsatz von Telemedizin erhöht für die Patientinnen und Patienten die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen und erspart ihnen den Gang in die Arztpraxis. Darüber hinaus wird mit der Einführung eines strukturierten Care- und Case-Managements eine bedarfsgerechtere und somit bessere Koordination der Versorgung erzielt.

Mit dem Projekt „Regionale Gesundheitspartner“ beschreiten die Ersatzkassen neue Wege, um die medizinische Versorgung in Deutschland zukunftsfähig zu gestalten. Die gewonnenen Erkenntnisse werden dazu beitragen, die neuen Versorgungsansätze weiter zu verbessern und flächendeckend auszurollen. ■



Antonia Milewski ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Claudia Michelz-Niebank ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Mehr und schnellere Arzttermine für gesetzlich Versicherte

Text von **Tanja Sögtrop**

Kurzfristig einen **Behandlungstermin in einer Facharztpraxis** zu bekommen, wird für gesetzlich Versicherte zunehmend schwieriger. Die Wartezeiten sind vielfach lang, in einigen Praxen besteht sogar ein Aufnahmestopp für Neupatient:innen. Welche Wege gibt es, daran etwas zu ändern?

Finanzielle Anreize zur schnellen Terminvergabe wurden in den letzten Jahren ausreichend geschaffen. Hausärzt:innen sowie Kinder- und Jugendärzt:innen, die für ihre Patient:innen einen dringenden Termin in einer Facharztpraxis vermitteln, erhalten eine Vergütung von zurzeit 16,24 Euro. Fachärzt:innen, die diesen Termin bereitstellen, erhalten alle daraus resultierenden Untersuchungen und Behandlungen in dem Quartal extrabudgetär vergütet und bekommen zudem einen Zuschlag, der umso höher ausfällt, je schneller der Termin stattfinden kann. Das gleiche zeitgestaffelte Vergütungsmodell greift, wenn der Termin durch eine Terminservicestelle (TSS) vermittelt wird. Eine substantielle Verbesserung des Zugangs in die fachärztliche Versorgung für gesetzlich Versicherte resultierte daraus nicht. Die Lösung muss also woanders liegen – und an mehreren Stellschrauben gleichzeitig ansetzen (→ [Abb.1](#)).

Terminservice ausbauen

Ein wesentlicher Baustein ist der Ausbau des Terminservice – strukturell sowie hinsichtlich Erreichbarkeit und Bekanntheit. Das Ziel muss eine gemeinsame Online-Terminplattform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem verlässlichen Kontingent an freien Terminen sein, die auch von den gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten gebucht werden können. Die TSS

und KV-Notfallpraxen sollten einen ständigen Online-Zugriff auf die Praxisverwaltungssysteme haben, damit einfach und schnell freie Termine an Akutpatient:innen vermittelt werden können. Gleichzeitig müssen auch die Termine anderer Anbieter wie Doctolib, samedi und jameda über die TSS verfügbar sein. Die Arztsuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen vereinheitlicht und mit dem Angebot der TSS (→ 116117.de) verknüpft werden.

Weitere Maßnahmen

Jede Arztpraxis muss Patient:innen zudem die Möglichkeit bieten, Termine online zu buchen und bei Bedarf Folgeerzepte anzufordern. Durch automatische Erinnerungen kann der Anteil nicht wahrgenommener Termine reduziert werden. Dringend erforderlich ist auch eine größere Transparenz über die offenen Sprechstunden, die ohne vorherige Terminvereinbarung in Anspruch genommen werden können und schon heute von jeder Arztpraxis anzubieten sind. Die stärkere Nutzung digitaler Formate wie Telekonsilien und Videosprechstunden kann erheblich zu einer Reduktion von Vor-Ort-Terminen und Wartezeiten beitragen. Gleiches gilt für den dringend notwendigen Ausbau von Delegation und Substitution durch die Stärkung nichtärztlicher Berufsbilder wie beispielsweise der Physician Assistants. Die Ersatzkassen gehen hier mit ihrem Projekt der Regionalen Gesundheitspartner voran (→ [Mehr dazu auf den Seiten 34 und 35](#)). ■



Tanja Sögtrop ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung des vdek

Verbesserung des Zugangs in die fachärztliche Versorgung (Abb.1)



Quelle: vdek

Entbudgetierung verteuert die Versorgung

Text von **Sabrina Wolff**, **Dr. Jan Heerda** und **Claudia Michelz-Niebank**

Das **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)** trat in deutlich reduzierter Form am 1. März 2025 in Kraft mit dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Durch das Gesetz werden etwa drei Milliarden Euro umverteilt. Zudem verursacht der Wegfall von Honorargrenzen bei Hausärztinnen und Hausärzten (Entbudgetierung) jährliche Mehrkosten in Höhe von 500 Millionen Euro.



Sabrina Wolff ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Dr. Jan Heerda ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Claudia Michelz-Niebank ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Durch das GVSG werden erbrachte hausärztliche Leistungen ab dem 1. Oktober 2025 ohne Deckelung und somit ohne honorarwirksame Begrenzungsregelungen vollständig vergütet. Dies soll Hausärztinnen und Hausärzten ermöglichen, mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten aufzubringen und notwendige Leistungen ohne finanzielle Beschränkungen zu erbringen. Bundesweit entstehen durch die Entbudgetierung jährliche Mehrkosten von etwa 500 Millionen Euro, was einer Steigerung der Vergütung der hausärztlichen Kernleistungen um rund fünf Prozent entspräche. Allerdings verteilen sich diese „Entbudgetierungsgewinne“ sehr ungleichmäßig: In den meisten Regionen, insbesondere im Osten und Süden Deutschlands, ist zu erwarten, dass die Steigerungen – zum Teil deutlich – unter dem Wert von fünf Prozent bleiben werden, während sie in Hamburg und Berlin höchst überproportional ausfallen. Allein an diese beiden Städte werden über 100 Millionen Euro fließen. → **Abb.1** zeigt, welche Regionen in welchem Umfang von der Entbudgetierung profitieren werden.

Kein Mittel gegen Ärztemangel und lange Wartezeiten

Eine reine Honorarerhöhung führt jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität oder -zugänglichkeit. Vielmehr ist eine wirksame Steuerung im Gesundheitssystem notwendig. Budgetierungen dienen der effizienten Verteilung finanzieller Ressourcen und der Ausgabenkontrolle. Durch die Entbudgetierung entfällt diese Steuerungsfunktion, was eine ineffiziente Ressourcenallokation und unkontrollierte Kostensteigerungen zur Folge haben kann.

Dies zeigt auch ein Vergleich der „Entbudgetierungsgewinne“ mit den auf Bundeslandebene gewichtet zusammengeführten hausärztlichen Versorgungsgraden: In → **Abb.2** sind Regionen umso dunkler dargestellt, je größer der „Verfehlungsgrad“ der Entbudgetierung ist. Eine dunkle Färbung bedeutet einen hohen hausärztlichen Versorgungsgrad sowie eine hohe erwartete Zahlung aufgrund der Entbudgetierung; bei hellen Färbungen liegt ein geringer Versorgungsgrad und/oder eine geringe erwartete Ausgleichszahlung vor.

Es ist davon auszugehen, dass die Entbudgetierung drängende Probleme wie Ärztemangel und lange Wartezeiten nicht lösen wird. Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass Hausärztinnen und Hausärzte mehr Honorar erhalten, ohne mehr Patientinnen und Patienten behandeln zu müssen. Dies gilt umso mehr, als vor allem Hausärztinnen und Hausärzte in Ballungsräumen profitieren, während die Versorgung in ländlichen Gebieten durch die Entbudgetierung nicht verbessert wird.

Patientengerechtere Versorgung durch neue Pauschalen

Während die Entbudgetierung finanzielle Freiheiten schaffen soll, verfolgt das GVSG mit der Einführung zweier neuer Pauschalen das Ziel, die Qualität und Effizienz der hausärztlichen Versorgung zu stärken.

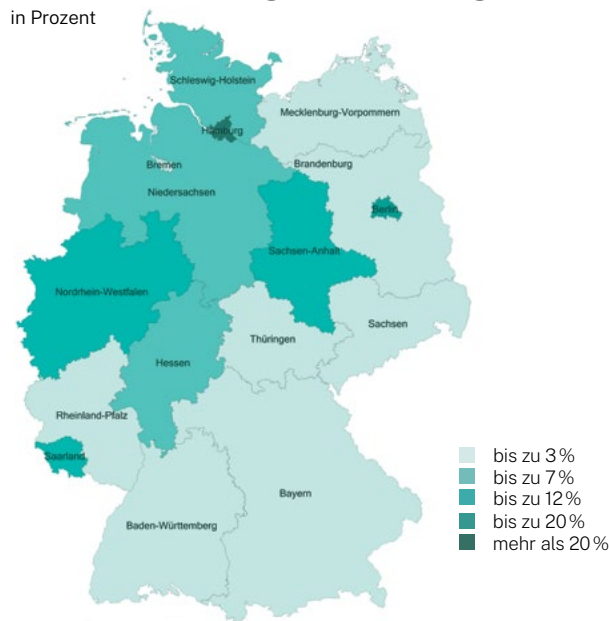
Mit der Einführung der neuen sogenannten Vorhaltepauschale sollen die notwendigen Strukturen für die hausärztliche Versorgung neu definiert und Mindestkriterien festgelegt werden. Unter anderem sollen Hausbesuche und Besuche in Pflegeheimen, bedarfsgerechte Öffnungszeiten der Praxen sowie die Nutzung der Telematikinfrastruktur besonders honoriert und damit eine spürbare Verbesserung der medizinischen Basisversorgung und Erreichbarkeit der Hausärzte bewirkt werden.

Neu eingeführt wird zudem eine Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Künftig ist unabhängig von der Zahl und Art der Arztkontakte innerhalb eines Halbjahres beziehungsweise Jahres nur noch eine Abrechnung erforderlich. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit leichten chronischen Erkrankungen müssen künftig nicht mehr jedes Quartal einbestellt werden, wenn sie zum Beispiel nur ein Rezept abholen. Damit können hausärztliche Kapazitäten effizienter genutzt und ärztliches sowie nicht-ärztliches Personal entlastet werden, wenn medizinisch unnötige Arzt-Patienten-Kontakte entfallen.

Die Pauschalen sind innerhalb einer Frist von drei beziehungsweise sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes durch den Bewertungsausschuss zu beschließen. Unter der Vorgabe der Finanzneutralität ist zu erwarten, dass sich die Beratungen im Bewertungsausschuss aufgrund des umzuverteilenden Volumens in Höhe von mindestens drei Milliarden Euro schwierig gestalten werden. ■

Erwartete Erhöhung der hausärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) durch Ausgleichszahlungen (Abb.1)

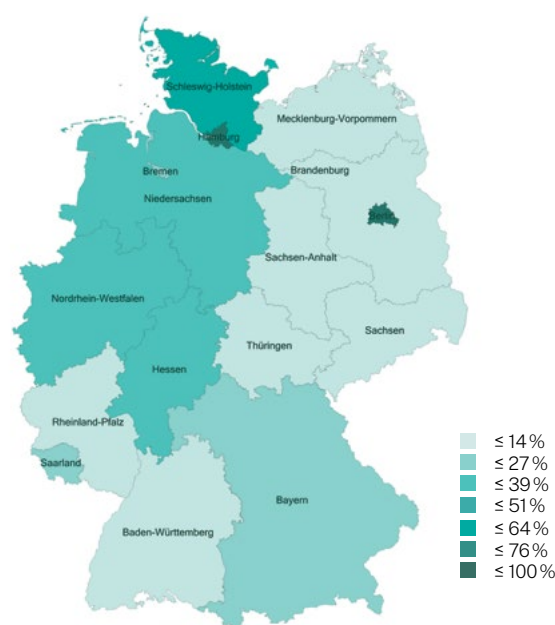
in Prozent



Quelle: vdek

Verfehlungsgrad (Abb.2)

in Prozent



Quelle: vdek

Versorgung für chronisch Kranke zukunftsfähig gestalten

Text von **Ute Leonhardt**

Seit über 20 Jahren sind **Disease-Management Programme (DMP)** fester Bestandteil der Versorgung chronisch kranker Menschen. Sie gewährleisten eine strukturierte und koordinierte Versorgung der Versicherten nach evidenzbasierten Leitlinien und festgelegten Abläufen der Zusammenarbeit.

Neben der Steuerungsfunktion zielen die DMP insbesondere auch auf die Befähigung und Stärkung des Selbstmanagements der Versicherten. Die für chronisch Kranke in der Regel notwendige dauerhafte ärztliche Betreuung soll daher immer auch die Eigeninitiative der Versicherten stärken und gemeinsam festgelegte Behandlungsziele sichern. Zu diesem Zweck werden in allen DMP einheitlich festgelegte Parameter dokumentiert. Diese – im Übrigen schon seit vielen Jahren digital erfasst – DMP-Dokumentationen werden zudem für ärztliche und kassenseitige Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt.

Seit Einführung der ersten DMP im Jahr 2002 liegen mittlerweile Anforderungen für insgesamt 12 Indikationen vor. Für ein weiteres DMP – das DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche –

werden die Anforderungen in den nächsten Wochen in Kraft treten. Die Ersatzkassen haben frühzeitig bundesweit die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs umgesetzt. Von den neueren DMP steht den Versicherten inzwischen in vielen Regionen das DMP Osteoporose als Versorgungsangebot zur Verfügung. Das DMP Rheumatoide Arthritis wird zeitnah folgen. Die Ersatzkassen werden sich darüber hinaus für eine zügige Umsetzung der DMP Adipositas einsetzen.

Die Kritik, die DMP seien zu bürokratisch und ihre Umsetzung zu langsam, ist nicht ganz unberechtigt. Für mehr Schnelligkeit in der Umsetzung braucht es neben gut operationalisierbaren Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor allem den Willen der Beteiligten. Hier sind neben den Kostenträgern vor allem die Leistungserbringer gefragt. Aber auch für die Umsetzung der DMP zwingend einzubindende Dritte, wie die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS), die DMP-Datenstellen oder das Bundesamt für Soziale Sicherung können effizienter werden. Die gern geforderte Einführung eines Kontrahierungszwanges für DMP wird dagegen nicht zu einer schnelleren Umsetzung führen, denn er allein beschleunigt die Prozesse nicht.



Ute Leonhardt
ist stellvertretende
Abteilungsleiterin
Ambulante Versor-
gung beim vdek

Entbürokratisierung und Digitalisierung

Eine Entbürokratisierung der DMP ist in jedem Falle angezeigt und auch gut und ohne Qualitätseinbußen möglich. So könnten die gesetzlich normierten Regelungen zur Teilnahme von Versicherten

Digitalisierung der DMP-Prozesse bietet Chance auf effizientere Administration und mehr Versorgung

vereinfacht werden. Hierunter fallen die rückwirkende Ausschreibung von Versicherten oder der Ausschreibungsgrund nicht in Anspruch genommener Schulungen. Die Einschreibung wiederum muss zukünftig auch digital möglich sein. Grundsätzlich bietet die Digitalisierung der DMP-Prozesse eine echte Chance auf eine effizientere Administration und mehr Versorgung. Dies beginnt mit der konsequenten Nutzung der ePA und der Möglichkeit, die für das DMP so wesentlichen Dokumentationen dort für alle einsehbar strukturiert zu hinterlegen. Dies erspart Rückfragen von an der Behandlung beteiligten, nicht koordinierenden Ärzten und vereinfacht die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Und der Versicherte hat seine Verlaufsdaten jederzeit abrufbar in seiner Akte parat.

Auch die aktuell in Teilen noch in Papierform laufende Kommunikation zwischen Arzt und Krankenkasse, beispielsweise zum Beginn oder Ende der Teilnahme der Versicherten, kann und sollte zukünftig digital erfolgen. Hier bietet die Kommunikation in der Medizin (KIM) einheitliche Standards, die genutzt werden können. Perspektivisch ist auch die

Kommunikation zwischen Arzt und DMP-Teilnehmer digital möglich und kann helfen, kurzfristig auf notwendige Bedarfe der Versicherten zu reagieren oder gemeinsam festzustellen, dass ein ursprünglich angesetzter Kontrolltermin entfallen oder als Videokonsultation erfolgen kann.

Gerade für die Behandlung im Rahmen des DMP, die von einem engen und auf Dauer angelegten Arzt-Patienten-Kontakt, einem regelmäßigen Monitoring und der Eigeninitiative der Versicherten geprägt ist, bietet die Digitalisierung der Kommunikations- und Versorgungsprozesse einen echten Mehrwert. Gerade deshalb sollten konsequent für alle DMP-Indikationen die jeweils zur Verfügung stehenden digitalen Möglichkeiten genutzt werden. Die vom Gesetzgeber zuletzt getroffene Regelung, Anforderungen für digitale DMP Diabetes zu treffen, greift daher zu kurz und suggeriert, der G-BA müsse gesonderte Regelungen für digitale DMP festlegen, welche dann neben den analogen stehen. Vielmehr sollten digitale Kommunikations- und Versorgungsprozesse für alle DMP verfügbar sein und in die bestehenden – bisher als analog bezeichneten – DMP integriert werden. Nur so sind die Programme zukunftsfähig und tragen weiterhin zu einer verbesserten Versorgung von chronisch Kranken bei.

Disease-Management-Programme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen

2002–2025

Diabetes mellitus Typ 2	Koronare Herzkrankheit (KHK)	Asthma bronchiale	Chronische Herzinsuffizienz	Depression	Rheumatoide Arthritis
1. Juli 2002	1. März 2003	1. Januar 2005	24. August 2018	1. Januar 2020	1. Oktober 2021
Brustkrebs	Diabetes mellitus Typ 1	Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)	Chronischer Rückenschmerz	Osteoporose	Adipositas Erwachsene Kinder
1. Juli 2002	1. März 2004	1. Januar 2005	1. Oktober 2019	1. Juli 2020	1. Juli 2024 2025

Quelle: vdek

Das jeweils angegebene Datum bezieht sich auf das Inkrafttreten der G-BA-Beschlüsse bzw. der RSAV-ÄndVO.

Mehr Medizinstudienplätze lösen Hausärztemangel nicht

Text von **Judith Hild**

Die Diskussion um den Hausärztemangel ist ein zentrales Thema in der Gesundheitspolitik. Immer wieder wird gefordert, mehr Medizinstudienplätze bereitzustellen, um die Versorgungslücke zu schließen. Doch ist dieser Ansatz wirklich die richtige Lösung? Ein genauerer Blick auf die Fakten zeigt, dass der Fokus eher auf der **Entlastung der Hausärzt:innen und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen** liegen sollte.

Die Zahl der Medizinstudierenden in Deutschland wächst, und der Ausbau der Studienplätze wird weiter vorangetrieben. Bis 2030 werden jährlich 13.000 staatliche Medizinstudienplätze zur Verfügung stehen. Weniger bekannt ist, dass auch immer mehr private Hochschulen und Medical Schools Medizinstudienplätze anbieten. Zusammen mit den Studienplätzen im EU-Ausland ergibt sich eine Zahl von derzeit etwa 16.000 deutschen Studienanfänger:innen pro Jahr (→ [Abb. 1](#)).

Doch zwischen dem Beginn des Studiums und der hausärztlichen Tätigkeit müssen angehende Mediziner:innen noch das Studium abschließen, eine Facharztausbildung absolvieren und schließlich in eine Praxis eintreten. In der Regel vergehen dafür rund 12 bis 15 Jahre – eine lange Zeit, die in der Diskussion oft unbeachtet bleibt.

Es ist korrekt, dass die Zahl der älteren Menschen in Deutschland zunimmt, was den Bedarf an medizinischer Versorgung verstärkt. Denn die Anzahl der jährlichen Arztbesuche ist bei der älteren Bevölkerung höher als im Durchschnitt. Doch laut Bevölkerungsprognosen wird das Wachstum der älteren

Bevölkerung ab 67 Jahren voraussichtlich noch bis Ende der 2030er-Jahre anhalten und danach stagnieren (während die Gesamtbevölkerungszahl konstant bleibt). Die prognostizierte Bevölkerungsveränderung führt also nicht zu einem Anstieg des Bedarfs an Hausärzt:innen nach dem Jahr 2040.

Zwischen 2022 und 2039 wird die Anzahl der Personen über 67 Jahre bei moderater Entwicklung um 26 Prozent steigen. Dies entspricht in etwa dem Zuwachs der Zulassungskapazitäten an staatlichen Hochschulen (+28 Prozent) zwischen 2009 und 2026. Privatstudierende sind hier noch nicht berücksichtigt – der tatsächliche Anstieg ist also deutlich höher. Bei einer durchschnittlichen Ausbildungszeit von 13 Jahren bis zum Eintritt in die hausärztliche Versorgung wird es, basierend auf staatlichen Studienplätzen, in den Jahren zwischen 2030 und 2040 zu Engpässen kommen (→ [Abb. 2](#)).

Entlastung statt Ausbau: Neue Lösungsansätze

Das Problem des Engpasses bei den Hausärzt:innen lässt sich nicht durch eine weitere Erhöhung der Medizinstudienplätze, sondern durch die Optimierung



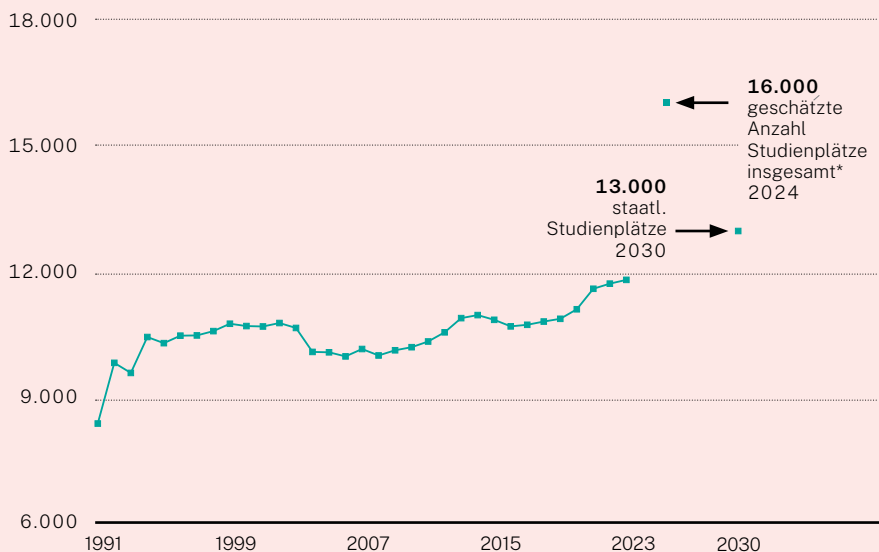
Judith Hild ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

der bestehenden Ressourcen lösen. Eine wichtige Rolle könnte dabei die Digitalisierung spielen. Durch digitale Patientenakten, Videokonsultationen und automatisierte Prozesse könnten Hausärzt:innen deutlich entlastet werden, was ihnen mehr Zeit für die Patientenbetreuung verschafft. Diese Technologien müssen allerdings nicht nur verfügbar sein, sondern aktiv weiterentwickelt und als Erleichterung wahrgenommen werden.

Zudem könnte eine stärkere Delegation einfacher ärztlicher Tätigkeiten, etwa an Physician Assistants (PAs), eine wertvolle Unterstützung darstellen. Diese hochschulisch qualifizierten Fachkräfte übernehmen Routineaufgaben und entlasten Ärzt:innen von verschiedenen Tätigkeiten. Ein entscheidender Vorteil von PAs ist ihre kürzere Ausbildungszeit im Vergleich zu Ärzt:innen. Dadurch können sie deutlich schneller in der hausärztlichen Versorgung tätig werden und tragen so zu einer schnelleren Entlastung der Hausärzt:innen bei – besonders in der kritischen Phase zwischen 2030 und 2040.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass der Versorgungsengpass im hausärztlichen Bereich sich nicht durch eine Erhöhung der Medizinstudienplätze lösen lässt, da die Mediziner:innen zu spät in der Versorgung ankommen. Der Schlüssel liegt vielmehr in der effizienten Nutzung bestehender Ressourcen und der Entlastung der Hausärzt:innen durch neue Technologien sowie die Unterstützung durch sehr gut ausgebildete assistierende Fachkräfte. Durch eine konsequente Umsetzung dieser Ansätze kann die hausärztliche Versorgung in den kommenden Jahren gesichert und optimiert werden. ■

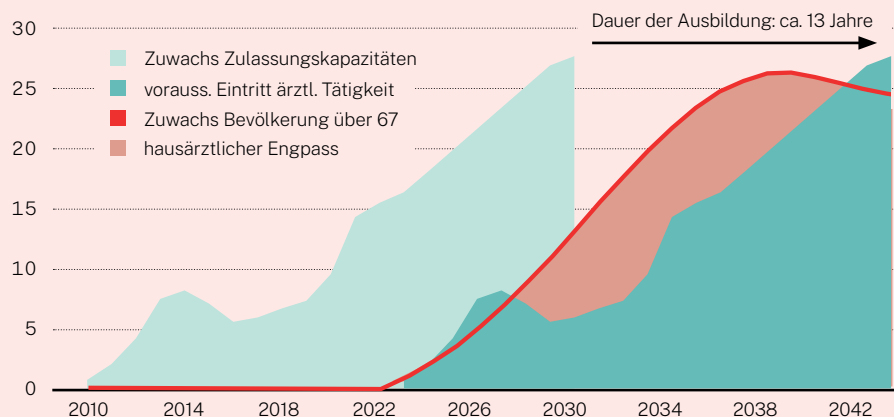
Anzahl Studienplätze pro Jahr (Abb. 1)



Quelle: eigene Darstellung, *insgesamt: Staatliche Hochschulen, private Hochschulen, Medical Schools (Kooperationen von Universitäten in der EU mit Niederlassungen in Deutschland) und Studierende im EU-Ausland
Daten: Stiftung für Hochschulzulassungen, Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Zuwachsraten Bevölkerung u. Zulassungskapazitäten (Abb. 2)

Angaben in Prozent



Quelle: eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt, Stiftung für Hochschulzulassungen, Deutsche Hochschulmedizin e.V.



HPV-Impfquote bei Kindern und Jugendlichen zu niedrig

HKK Insgesamt haben nur 48,1 Prozent der bei der hkk versicherten Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre mindestens eine Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) erhalten (Mädchen: 52,2 Prozent, Jungen: 44,0 Prozent, Stichtag: 30.06.2024).

Das ergab eine aktuelle Datenanalyse der hkk Krankenkasse auf Basis von rund 160.000 versicherten Kindern und Jugendlichen. Diese Zahlen stehen in starkem Kontrast zu den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU-Kommission: Bis 2030 soll eine Impfquote von mindestens 90 Prozent bei Mädchen erreicht und die Impfquote bei Jungen deutlich erhöht werden. Jährlich erkranken in Deutschland etwa 6.250 Frauen an HPV-bedingtem Krebs. Das Robert Koch-Institut (RKI) geht zudem von rund 2.900 betroffenen Männern pro Jahr aus. „Aufklärung und Impfung müssen intensiviert werden, um höhere Impfquoten und besseren Schutz zu erreichen“, betont Dr. Cornelius Erbe, Bereichsleiter des hkk-Versorgungsmanagements. Das Gespräch mit dem Kinderarzt spiele daher eine entscheidende Rolle, so Erbe. Eine individuelle und einfühlsame Beratung sei wichtig, um den Eltern eventuelle Ängste oder Unsicherheiten bezüglich der Impfung zu nehmen. *pm*

→ hkk.de → t1p.de/t4x4f



BARMER Immer mehr junge Menschen in Deutschland sind von **Cyber-Mobbing** betroffen. Das geht aus der repräsentativen Sinus-Jugendstudie 2024/2025 im Auftrag der BARMER hervor, für die im Herbst 2024 bundesweit rund 2.000 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren befragt wurden. 16 Prozent der Befragten gaben an, selbst Opfer von Cyber-Mobbing geworden zu sein. Das ist ein Anstieg um zwei Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2021. Mehr als jeder zweite Jugendliche (53 Prozent) berichtete davon, dass jemand aus seinem direkten Umfeld Ziel von Cyber-Mobbing wurde. Dieser Wert lag im Jahr 2021 noch bei 43 Prozent. „Cyber-Mobbing ist für Jugendliche eine erhebliche Gefahr, da es tiefgreifende psychische und soziale Auswirkungen haben kann. Betroffene leiden häufig unter Stress, Angst und vermindertem Selbstwertgefühl, was im schlimmsten Fall zu Depressionen oder gar Suizidgedanken führen kann“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. *pm*

→ barmer.de

→ t1p.de/4w2vn

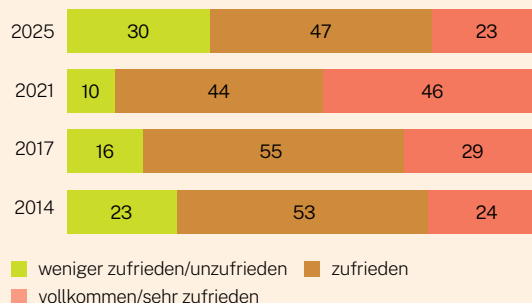


Gesundheitssystem: Unzufriedenheit nimmt zu

TK Fast jede beziehungsweise jeder Dritte ist aktuell mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht zufrieden (30 Prozent). Das ist ein Ergebnis des TK-Meinungspuls 2025. In der repräsentativen Befragung hat das Forschungsinstitut Forsa im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) erhoben, wie Menschen in Deutschland das Gesundheitssystem wahrnehmen. Die Unzufriedenheit hat sich seit 2021 verdreifacht: Damals gaben nur zehn Prozent der Befragten an, mit dem Gesundheitswesen nicht zufrieden zu sein. Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK: „Das ist eine Trendwende. In unseren Befragungen ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bis 2021 kontinuierlich gewachsen, jetzt kehrt sich der Trend um. Das ist leider keine Überraschung: Seit Jahren steigt die finanzielle Belastung der Versicherten, gleichzeitig klagen Menschen vermehrt über lange Wartezeiten für Arzttermine. Viele haben gerade das Gefühl, dass dieses System, für das sie immer mehr zahlen, immer schlechter funktioniert.“ Diese Warnsignale dürfe die Politik nicht ignorieren. *pm*

→ tk.de → t1p.de/n4t1u

30 Prozent sind nicht zufrieden



Quelle: TK-Meinungspuls 2025



KKH Ständige Überstunden? Zeitdruck? Zu hohe Ansprüche? Stress mit dem Chef? Mobbing? Existenzängste? Wenn **Berufstätige** ständig unter Strom stehen, wenn ihnen alles zu viel wird und sie einfach nicht mehr können, werden sie häufig wegen akuter Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen krankgeschrieben. Wie Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zeigen, kamen 2024 aufgrund dieser Diagnose 112 Fehltage auf 100 Arbeitnehmer:innen – so viele wie noch nie in der jüngeren Vergangenheit. Belastungsreaktionen können die Vorstufe einer Depression sein. 2024 waren sie die häufigste psychische Diagnose bei Berufstätigen und der dritthäufigste Krankschreibungsgrund überhaupt – hinter Infektionen der oberen Atemwege und Rückenschmerzen. Zum Vergleich: Im Vorjahr 2023 fehlten Arbeitnehmer:innen rund 105 Tage wegen stressbedingter Belastungen. Vor fünf Jahren im Vor-Corona-Jahr 2019 waren es noch rund 74 Tage. Mit Blick auf 2024 bedeutet das einen Anstieg um rund 51 Prozent. *pm*

→ kkh.de

→ t1p.de/b7p46

Große Sorge vor Kriegen, Populismus und Extremismus

Text von **Kai Fortelka**

Populismus und Extremismus bereiten fast jedem zweiten Jugendlichen in Deutschland mit Blick auf die Zukunft Sorgen. Das geht aus der **BARMER-Jugendstudie 2024** hervor. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die befragte Generation mit einer Vielzahl globaler Krisen konfrontiert ist, die tiefgreifende Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit haben.

Für die repräsentative BARMER-Jugendstudie 2024 hat das Sinus-Institut im vergangenen Herbst bundesweit 2.000 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren befragt. Die Erhebung zeichnet ein detailliertes Bild der aktuellen Lebensrealität der Jugend hierzulande. 42 Prozent der Befragten nannten Populismus und Extremismus als Grund großer persönlicher Befürchtungen. Lediglich Kriege erwähnten sie mit 59 Prozent noch häufiger. Im Vorjahr lag dieser Anteil bei 53 Prozent. Eine der zentralen Erkenntnisse der Studie ist also die tiefe Besorgnis der Jugendlichen hinsichtlich globaler Konflikte.

Nach Einschätzung der BARMER ist es ein Alarmsignal, dass so viele Teenager in diesen unruhigen Zeiten Zukunftsängste haben. Denn gerade die Lebensphase der Jugend sollte möglichst unbeschwert verlaufen und frei sein von existenziellen Sorgen. Diese können die Psyche massiv belasten und damit auch die Gesundheit beeinträchtigen. Insbesondere die Unsicherheit über die politische

Stabilität und die Zunahme extremistischer Tendenzen tragen maßgeblich zu einem Gefühl der Ohnmacht bei.

Die Belastung durch die genannten Sorgen kann auch Folgen für die psychische Gesundheit von Jugendlichen haben. Ein besonders besorgniserregender Befund der BARMER-Studie ist der negative Zusammenhang zwischen Zukunftsängsten und psychischer Gesundheit. Die Studienergebnisse belegen, dass besonders Sorgen um Ausbildung und Bildung sowie um die Arbeitsplatzsuche mit Unzufriedenheit und psychischer Belastungserfahrung korrelieren. Jugendliche, die persönliche Erfahrungen mit psychischer Belastung gemacht haben, zeigen zugleich eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit. Diese Faktoren wirken möglicherweise wie ein Teufelskreis: Je mehr persönliche Sorgen Jugendliche haben, desto unzufriedener sind sie und desto stärker ist die Anfälligkeit für psychische Belastungen.

Eigene Zukunft sieht die Mehrheit überraschend positiv

Wie aus der Jugendstudie weiter hervorgeht, schaut die Mehrheit der Jugendlichen in Deutschland trotz der beschriebenen Sorgen grundsätzlich positiv nach vorn und zeigt somit eine bemerkenswerte Resilienz. Demnach blicken 79 Prozent optimistisch in ihre persönliche Zukunft. Das ist derselbe Wert wie noch im Jahr 2023. Während der Zukunftsoptimismus bei Schülerinnen und Schülern mit niedrigerem Bildungsniveau von 70 auf 79 Prozent anstieg, ist er bei angehenden Abiturientinnen und Abiturienten von 82 auf 79 Prozent gesunken. Derzeit sind 79 Prozent der befragten Teenager mit ihrem Leben zufrieden und damit zwei Prozentpunkte weniger als im Jahr 2023. Eine optimistische Einschätzung der Zukunft Deutschlands haben 46 Prozent. Damit rangiert der aktuelle Wert um 16 Prozentpunkte unter dem des



Kai Fortelka ist Pressesprecher bei der BARMER

Jahres 2021. Die Zukunft der Welt schätzten zuletzt 38 Prozent positiv ein. Das sind sechs Prozentpunkte weniger als im Jahr 2021.

Maßnahmen der Bewältigung im Umgang mit negativen Einflüssen

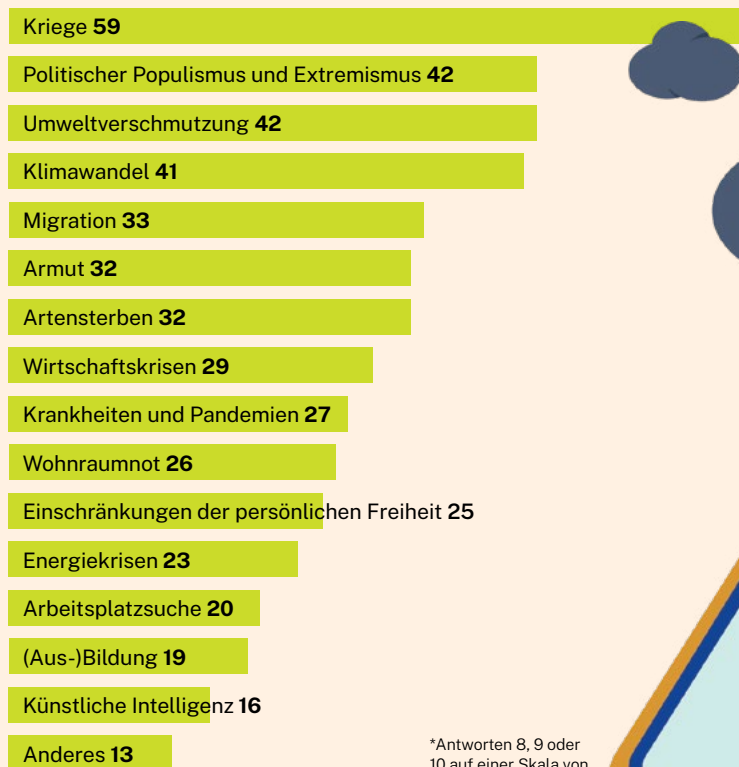
Eine insgesamt positive Grundhaltung der Jugend kann nach Einschätzung der BARMER durch verschiedene Coping-Strategien unterstützt werden, also durch Maßnahmen der Bewältigung im Umgang mit negativen Einflüssen. Sport und Bewegung spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie können helfen, Alltagsstress abzubauen und das psychische Wohlbefinden zu fördern. Allerdings beklagen viele Jugendliche einen Mangel an öffentlichen Räumen für körperliche Aktivitäten, was den Zugang zu positiven Bewältigungsmechanismen einschränkt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt kann die familiäre Unterstützung sein. Die Sehnsucht nach Zugehörigkeit und Geborgenheit kann dazu führen, dass viele Jugendliche eine enge Bindung zu ihrer Familie pflegen und traditionelle Lebensentwürfe wie eine feste Partnerschaft und eigene Kinder anstreben. Dieses Streben nach Stabilität kann als Gegenpol zu äußeren Unsicherheiten gesehen werden und emotionalen Halt bieten. Die BARMER-Jugendstudie zeigt eindrücklich, dass trotz zahlreicher globaler Krisen viele Jugendliche eine bemerkenswerte Fähigkeit zur Anpassung und positiven Lebensgestaltung aufweisen. Es liegt in der Verantwortung der gesamten Gesellschaft, diese Resilienz zu unterstützen und jungen Menschen Wege aufzuzeigen, um ihre Zukunft aktiv und hoffnungsvoll zu gestalten. ■

→ barmer.de/zuversicht-sinusstudie2024

Krieg, Populismus, Umwelt als Hauptsorgen

Ergebnisse repräsentativer Befragung von 14- bis 17-Jährigen in Deutschland im Oktober 2024, Angaben in Prozent



Quelle: BARMER, Sinus

*Antworten 8, 9 oder 10 auf einer Skala von 1 (keine Sorgen) bis 10 (große Sorgen)





Deutschland unterstützt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit weiteren 2 Millionen Euro. Das

gab Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach auf einer Veranstaltung des Bundesgesundheitsministeriums zu den Herausforderungen der internationalen Gesundheitspolitik am 2. April 2025 in Berlin bekannt. Damit reagiert Deutschland auf den Rückzug der USA aus der WHO und den Einsparungen bei der Entwicklungshilfe.

„Die Weltgesundheitsorganisation steht vor einer der größten Herausforderungen seit ihrer Gründung.

Der Rückzug der Vereinigten Staaten aus der WHO gefährdet nicht nur die finanzielle Stabilität, sondern auch die multilaterale Zusammenarbeit in der globalen Gesundheitsarchitektur“, so Lauterbach.

Die WHO reagiere klug und wolle sich in Zukunft stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Trotzdem fehlten auch dafür in Zukunft Geld und Expertise. Deshalb stocke Deutschland seinen Beitrag zur WHO auf und unterstütze die Organisation in dieser schwierigen Zeit. „Die Weltgesundheitsorganisation ist unverzichtbar – für weltweite Gesundheitsüberwachung, Pandemieprävention, Krankheitsbekämpfung und den gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung, sagte Lauterbach. *pm*



Defizite bei Gesundheitsinformationen – vor allem bei Jüngeren

Eine Mehrheit der Menschen in Deutschland hat Probleme im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Das zeigt eine repräsentative Studie der Technischen Universität München (TUM) und des WHO Collaborating Centre for Health Literacy. Die Daten zeigen eine Verschlechterung um mehr als 20 Prozent im Vergleich zu 2014. Die Defizite zeigen sich der Studie zufolge besonders bei Jüngeren. Bildung, Einkommen und Migrationsgeschichte hätten dagegen keinen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Rund 75 Prozent der Erwachsenen zeigten erhebliche Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen. Die Befragten hatten laut der Umfrageergebnisse Probleme dabei, Informationen zu Behandlungen von Krankheiten oder Prävention gezielt zu finden, richtig zu verstehen, kritisch zu bewerten und korrekt anzuwenden. Lag der Anteil der Menschen mit unzureichender Gesundheitskompetenz 2014 noch bei 54,3 Prozent, stieg er bis 2020 auf 64,2 Prozent. In den letzten vier Jahren verschlechterte sich die Situation laut der Umfrage nochmals deutlich um weitere knapp 12 Prozentpunkte auf nunmehr 75,8 Prozent im Jahr 2024.

Die bundesweit repräsentative Befragung von 2.000 Personen ab 18 Jahren erfolgte in Zusammenarbeit mit der Zeitschrift

Apotheken Umschau. *pm*

✕ @vdek_Presse Lange Wartezeiten auf Facharzttermine und fehlende Orientierungsangebote für Patient:innen: **#Ersatzkassen** schlagen Modell **#PersönlichesÄrzteteam** vor, damit Versicherte schnell passende Behandlung erhalten und Ärzte entlastet werden.

✕ @vdek_Presse Fokus stationäre Pflege: >70 Teilnehmende auf jährlichem Treffen der Pflegesatzverhandler:innen. Diskussionen zur Zukunft der Pflege mit Ralf Döbler, @BMG_Bund und Susanne Klein, LVR. **#Ersatzkassen** stehen für stabil finanzierte und solidarische SPV.

Orthosomnie – auf der Jagd nach dem perfekten Schlaf

PODCAST Wenn sich Menschen ständig damit beschäftigen, das eigene Schlafverhalten zu perfektionieren, kann ihnen das buchstäblich den Schlaf rauben. Über dieses relativ neue Phänomen der „Orthosomnie“ sprechen Schlafforscherin Dr. Christine Blume und Moderatorin Ilka Knigge in der Folge „Was hilft gegen die Besessenheit vom perfekten Schlaf?“ des Podcasts „Über Schlafen“ von Deutschlandfunk Nova. Die Hörerinnen und Hörer erfahren, welche Formen die zwanghafte Beschäftigung mit dem vermeintlich perfekten Schlaf annehmen kann und wie die Betroffenen zu einem guten Schlaf finden können. „Über Schlafen“ bietet darüber hinaus viele weitere Folgen rund um das Thema Schlaf. tag → t1p.de/145wm



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Der Mensch im Fokus

Das Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen: steigenden Patientenzahlen, Fachkräftemangel, wachsenden Kosten und begrenzten Finanzmitteln. Die Attraktivität für Beschäftigte sinkt, während die Abwanderung qualifizierten Personals die Lage verschärft. Das Buch plädiert für ein Gesundheitssystem, das Patienten und Mitarbeitende in den Mittelpunkt stellt.

Jochen A. Werner, Andrea Schmidt-Rumposch (Hg.) | **Human Hospital. Wertschätzend, sinnstiftend, menschlich** | 2024, XII, 270 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Patientenportale als digitale Türöffner

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet voran. Eine zentrale Rolle spielen dabei Patientenportale, die hierzulande durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in den Fokus rückten. Der Sammelband zeigt, dass Patientenportale Dreh- und Angelpunkte einer wertorientierten Medizin und zentrale Schnittstellen für zukünftige Digitalisierungsprojekte sind.

Dr. Anke Diehl, Admir Kulin (Hg.) | **Patientenportale – Türöffner für „Digital First“. Potenziale erkennen, Chancen nutzen, Mehrwert bieten** | 2024, VIII, 262 S., € 65 | medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

PS: Schmerz lässt nach

Naturerfahrungen können akute körperliche Schmerzen lindern – und das nicht nur durch tatsächliche Aufenthalte in der Natur, sondern bereits durch das Anschauen von Natur-Videos. Schmerzgeplagte Probandinnen und Probanden, die an einer Studie internationaler Neurowissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter Leitung der Universität Wien teilnahmen, bekamen drei unterschiedliche Videos zu sehen: eine Szene in der freien Natur, einen Innenraum und eine städtische Szene. Beim Betrachten der Naturszene berichteten die Teilnehmenden nicht nur von weniger Schmerzen, sondern zeigten bei Messungen der Gehirnaktivität mittels Magnetresonanztomografie auch eine geringere Aktivität in Gehirnregionen, die mit der Schmerzverarbeitung verbunden waren. Möglicherweise lässt sich Schmerzreduktion durch „Telearznei“ auch gut im Eigenversuch ausprobieren. Magisches Mittelmeer, bayerische Toskana und vieles mehr lässt sich zum Beispiel über die Mediathek aufrufen oder auch über Streamingdienste. Und wer weiß, vielleicht findet sich dabei auch eine gute Anregung für den nächsten Urlaub.

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 (Abteilungs-
leiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Grootz, 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

Anne-Marie Pappas
(Titelseite, S. 4, 31, 47)
annemariappas.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

April 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. 5: Yutthana Gaetgeaw/iStock/Getty Images Plus | S. 5: Medizinischer Dienst Bund/Schwickerath | S. 6: Phynart Studio/iStock/Getty Images/E+ | S. 7: imaginima/iStock/Getty Images/E+ | S. 9: Andreas Selter/ iStock/Getty Images; demaerre/iStock/Getty Images Plus | S. 13: vdek/Georg J. Lopata; vdek/Georg J. Lopata; Yutthana Gaetgeaw/iStock/Getty Images Plus | S. 15: privat; Fotostudio Friedrich | S. 16: Sara Blake Fotostudio Licht; privat; BGF-Koordinierungsstelle | S. 17: vdek/Georg J. Lopata | S. 18: Medizinischer Dienst Bund/Schwickerath | S. 19: Medizinischer Dienst Bund/Schwickerath | S. 21: Medizinischer Dienst Bund/Schwickerath | S. 22: Medizinischer Dienst Bund/Schwickerath | S. 23: vdek | S. 24: momcilog/iStock/Getty Images | S. 25: SrdjanPav/iStock/Getty Images; vdek-Landesvertretung Bayern | S. 26: bestechend.de; nensuria/iStock/Getty Images Plus | S. 27: vdek-Landesvertretung Hamburg | S. 28: vdek/Stefan F. Sämmer; Wiling-Holtz/DRK | S. 29: Schleswiger Werkstätten | S. 33: vdek/Georg J. Lopata; privat | S. 35: privat; Manfred Schild | S. 36: privat | S. 38: privat; Nicole Janke; Manfred Schild | S. 40: vdek/Georg J. Lopata | S. 42: Teresa Furth | S. 44: Luis Alvarez/iStock/Getty Images Plus | S. 45: Thomas Barwick/iStock/Getty Images Plus | S. 47: Frank Nuernberger | S. 48: miotrag ignjatovic/ iStock/Getty Images/E+ | S. 49: Deutschlandradio | S. 50: winyuu/iStock/Getty Images Plus; Mariia Siurtukova/iStock/Getty Images; winyuu/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
✉ @vdek_Presse

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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

vdek online

vdek.com

✉@vdek_Presse



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