

ersatzkasse magazin.

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

G20634

2. AUSGABE 2022



GKV-Finzen: Weichen stellen

Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro für 2023 in der gesetzlichen Krankenversicherung jetzt schließen

»Gute Pflege darf nicht arm machen«

Die neue Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Claudia Moll, spricht über die Erfordernisse für eine gute Pflege

110 Jahre vdek

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gestaltet die Gesundheitsversorgung mit. Eine Erfolgsgeschichte im Sinne der Versicherten

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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



BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk-Handelskrankenkasse

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



HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

@vdek_Presse Digitalisierung kommt mehr und mehr in der Versorgung an: Möglichkeit zur Behandlung per Video für viele Arten der #Physiotherapie und #Ernährungstherapie jetzt reguläre #GKV-Leistung. Das bringt große Vorteile für viele Versicherte: Anfahrtswege und Wartezeiten fallen weg!

@vdek_Presse #IGES-Gutachten zeigt immenses Ambulantisierungspotenzial: #AOP-Katalog, der definiert, welche Leistungen auch ambulant erbracht werden können, könnte um ca. 90% erweitert werden. Weniger Krankenhausaufenthalte entlasten Pflegepersonal + entsprechen dem Wunsch der Versicherten!



EDITORIAL

Seit 110 Jahren engagiert für eine starke Versorgung

110 Jahre vdek – dieses Jubiläum steht für eine bewegte Geschichte. Heute wie damals gibt es viel zu tun: Ein Dauerbrenner ist die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmeeinbußen durch Lockdowns und die Ausgabenpolitik der letzten Regierung haben Spuren hinterlassen. So droht im kommenden Jahr eine Finanzlücke von 17 Milliarden Euro. Ein Finanzierungsgesetz muss rasch kommen, das Krankenkassen und Beitragszahlern Klarheit über Haushaltsplanung und Beitrags-satzgestaltung bringt. Mit der neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Claudia Moll, haben wir über fehlende Pflegekräfte, Wertschätzung und über „gute Pflege“ gesprochen. Um die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen auch in Zukunft sicherzustellen, hat der vdek das Modell der Regionalen Gesundheitszentren entwickelt: medizinische Leistungen unter einem Dach bei mehr Delegation und stärkerer Ambulantisierung – ein starkes Konzept für eine gesicherte Versorgung!

Michaela Gottfried

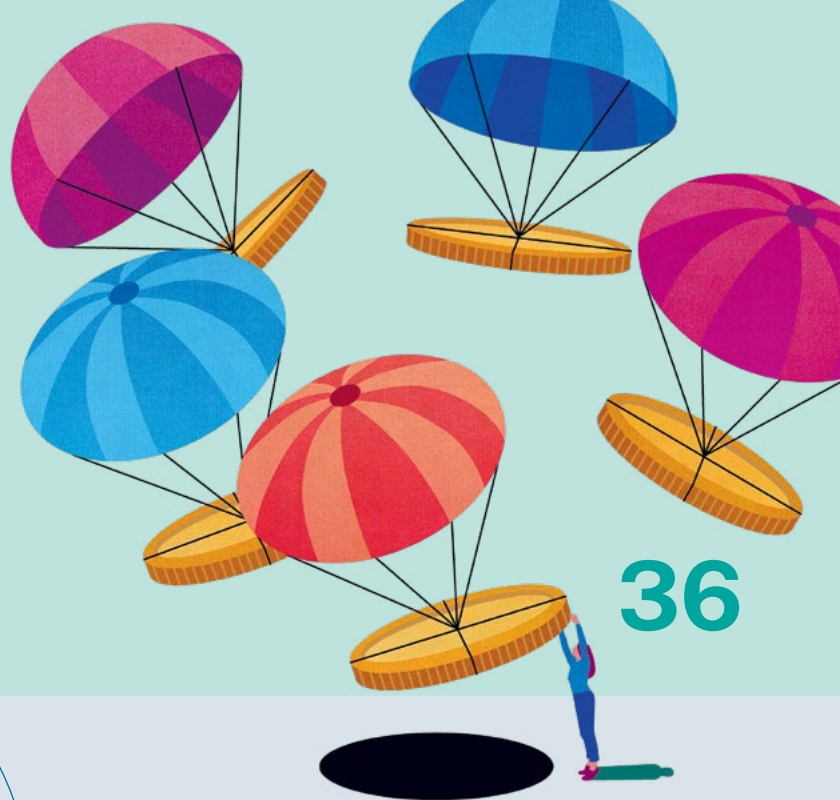
Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Das gesamte Behandlungsangebot an einem Ort: Mit seinem Konzept der Regionalen Gesundheitszentren antwortet der vdek auf Herausforderungen der demografischen Entwicklung sowie auf Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land.

→ Mehr auf Seite 16

Gesundheit hängt zu einem großen Teil von Lebensverhältnissen und Umwelteinflüssen ab. Deshalb engagieren sich die Ersatzkassen für die Gesundheitsförderung von Menschen in belasteten Lebenslagen – bundesweit und regional.

→ Mehr auf Seite 20



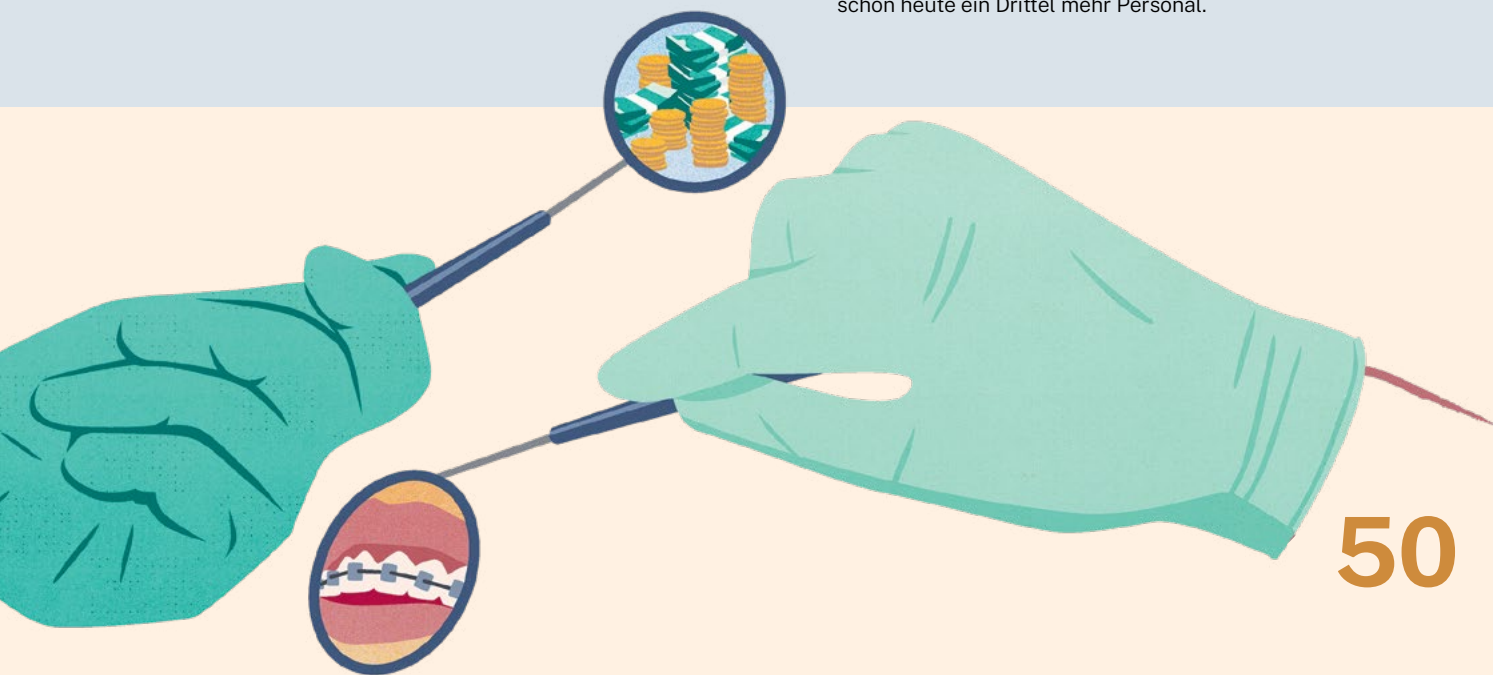
ersatzkasse magazin. online

www.vdek.com/magazin



»Gute Pflege darf nicht arm machen«

POLITIK & VERSORGUNG Die neue Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Claudia Moll, will alle Beteiligten in der Pflege stärken. Gute Pflege müsse gut sein für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Pflegebedürftige und Pflegenden, sagte sie im Gespräch mit *ersatzkasse magazin*. Neben der Bezahlung der Pflegekräfte und mehr Wertschätzung bräuhete gute Pflege schon heute ein Drittel mehr Personal.



GKV-Finanzen: Weichen stellen

SCHWERPUNKT In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klafft für 2023 eine Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro. Um diese zu schließen, schlägt der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) nachhaltige Maßnahmen vor wie zum Beispiel höhere GKV-Beiträge für ALG-II-Beziehende, eine generelle Absenkung der Mehrwertsteuer und die regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses.

25



Teure Privatleistungen ohne Zusatznutzen?

ERSATZKASSEN Die Krankenkasse hkk hat in einer Studie die Erfahrungen mit kieferorthopädischen Behandlungen unter die Lupe genommen. Auffällig ist, dass Eltern bei der Behandlung ihrer Kinder deutlich mehr Geld für Zusatzleistungen ausgeben als noch vor zehn Jahren. Kostenintensive Privatleistungen hätten aber häufig keinen nachgewiesenen Zusatznutzen.

AKTUELL

- 6 Interaktive Karten zu Mindestmengen
- 7 Gesundheitsversorgung langfristig sichern
- 9 Corona-Impfpflicht gescheitert

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 110 Jahre vdek
- 16 Versorgung aus einer Hand
- 20 Gesundheitsförderung – bundesweit regional
- 25 Im Interview: Pflegebevollmächtigte Claudia Moll
- 30 #regionalstark
- 35 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 38 Stabile GKV-Finanzen bleiben das Ziel
- 40 Weichen jetzt stellen
- 42 Strukturelles Defizit beseitigen
- 44 Neue Medikamente als Kostentreiber
- 46 Finanzsituation der Krankenhäuser

ERSATZKASSEN

- 48 Anträge auf Cannabis rückläufig
- 49 DiGA-Umfrage
- 50 Teure Privatleistungen ohne Zusatznutzen?

VERMISCHTES

- 52 Podcast des IGeL-Monitors
- 52 vdek-Verdienstmedaille verliehen
- 53 Bücher
- 54 PS: 13 Jahre länger leben
- 54 Impressum

Webanwendung zu Mindestmengen im Krankenhaus

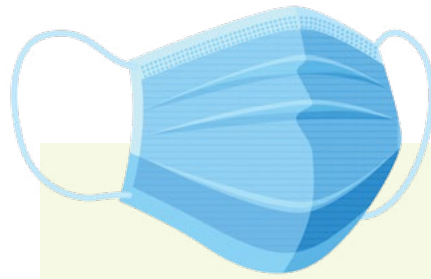
Knie-OP, Nierentransplantation und die Versorgung von Neugeborenen mit starkem Untergewicht – das sind drei von sieben komplexen Leistungen, für die es Mindestmengenregelungen gibt. Sie dürfen also nur in Kliniken angeboten werden, die jährlich eine bestimmte Mindestanzahl der jeweiligen Leistung durchführen. Um hier mehr Transparenz zu schaffen, hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf seiner Website interaktive Landkarten veröffentlicht, die bundesweit alle Krankenhäuser zeigen, die die Vorgaben erfüllen. „Mindestmengenregelungen senken die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und Sterblichkeit und erhöhen damit die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten“, sagt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Mit den Mindestmengenkarten möchten wir Ärzte und Versicherte unterstützen, bei einem anstehenden Eingriff

die passende Klinik zu finden.“ Neben der Standortanzeige aller Kliniken, die 2022 mindestmengenrelevante Leistungen durchführen dürfen, ermöglicht die Webanwendung auch einen Rückblick auf die vergangenen drei Jahre. pm



→ vdek.com/mindestmengenkarten

Die SPD hat mit deutlichem Vorsprung die Landtagswahl im Saarland am 27. März 2022 gewonnen. Mit 43,5 (2017: 29,6) Prozent der Stimmen konnte sie die absolute Mehrheit erreichen, während die bislang regierende CDU auf 28,5 (2017: 40,7) Prozent abfiel. Von den übrigen Parteien gelang einzig der AfD mit 5,7 Prozent der Einzug in den Landtag. **Neue Ministerpräsidentin wird die SPD-Politikerin Anke Rehlinger.** Handlungsleitend für die Arbeit der saarländischen SPD-Regierung werde das Wahlprogramm sein, kündigte der SPD-Fraktionsvorsitzende Ulrich Commerçon an. Im Programm nimmt das Thema Pflege eine größere Rolle ein, so soll der Pflegenotstand durch 4.000 zusätzliche Pflegekräfte bis 2030 behoben werden. Das Land brauche mehr Plätze in der Tagespflege und im Bereich der Alten- und Behindertenhilfe mehr Kurzzeitpflegeplätze, Beschäftigte unter anderem in der Altenhilfe sollen besser bezahlt werden. Die Partei will weiterhin die Entwicklung eines digitalen Gesundheitssystems vorantreiben, etwa durch den verstärkten Einsatz von Telemedizin. *mwa*



3,8 Mrd.

DIE ZAHL Im vergangenen Jahr wurden 3,8 Milliarden filtrierende Halbmasken (zum Beispiel FFP2-Masken) im Wert von 841,3 Millionen Euro nach Deutschland importiert. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, waren das 46 Masken pro Einwohner. Der Durchschnittswert einer Maske betrug beim Import 0,22 Euro pro Maske. Fast drei Viertel der Masken (72,3 Prozent) wurden in den ersten drei Monaten des Jahres 2021 importiert. Die meisten Masken kamen aus der Volksrepublik China, dem Vereinigten Königreich und der Türkei. → bit.ly/3x6UgvD

Gesundheitsversorgung langfristig sichern



Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Prof. Josef Hecken (im Foto rechts), hat am 6. April 2022 in der vdek-Zentrale in Berlin an der gemeinsamen Sitzung mit der vdek-Vorstandsvorsitzenden Ulrike Elsner (im Foto mittig) und führenden Vertretern der Ersatzkassen aus den Bundesländern teilgenommen. Dabei stellte er sein Papier „Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig sichern“ vor, in dem er gut operationalisierbare Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen darstellt. Dazu zählt auch ein Stufenmodell für die Krankenhausplanung, das er als zwingend notwendig erachtete. Es sieht drei Versorgungsstufen mit jeweils verbindlich zugeordneten Leistungskomplexen vor sowie eine Aufgabenteilung zwischen Bund (G-BA) und zukünftigen Landesplanungsinstitutionen. Die vorgestellten Pläne wären dabei gut kompatibel mit dem Ersatzkassenvorschlag zu Regionalen Versorgungszentren, die Boris von Maydell, Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek (im Foto links), in der Sitzung vorgestellt hat. *ake*

→ Mehr auf Seite 16

Neue Verwaltungsratsvorsitzende im GKV-Spitzenverband gewählt

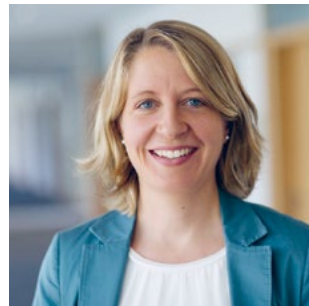


Dr. Susanne Wagenmann ist zur alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes gewählt worden. Sie ist damit Nachfolgerin von Dr. Volker Hansen, der bisher die Arbeitgebenden an der Spitze des Verwaltungsrates vertreten hatte und aus Altersgründen

ausgeschieden ist. Nach ihrer Wahl erklärte die promovierte Volkswirtin: „Der gesetzlichen Krankenversicherung droht ein gewaltiges Finanzierungsproblem. Wir brauchen deshalb dringend Strukturreformen, damit die Krankenversicherung auch in Zukunft leistungsfähig und finanzierbar bleibt.“ Wagenmann bildet nun aufseiten der Arbeitgebenden zusammen mit Uwe Klemens, dem Vertreter der Versicherten, die neue Doppelspitze im Verwaltungsrat. „Mit Frau Wagenmann haben wir wieder eine

Kennerin sowohl des Gesundheitswesens als auch der Pflegeversicherung für dieses wichtige Amt gewinnen können“, hob Klemens hervor. *pm*

Neue Digitalisierungsexpertin im Gesundheitsministerium



Die Abteilung „Digitalisierung und Innovation“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird seit 1. April 2022 von Dr. Susanne Ozegowski geleitet. Sie folgt damit auf den CDU-Politiker Gottfried Ludewig. Ozegowski war seit 2017 bei der Techniker Krankenkasse (TK) tätig, zuletzt als Geschäftsbe-

reichsleiterin Unternehmensentwicklung. Zuvor führte sie drei Jahre lang die Geschäfte des Bundesverbands Managed Care. *mwa*



16.05.2022 Zu einer wissenschaftlichen Tagung im Hybrid-Format (online sowie in der vdek-Zentrale in Berlin) zum Thema „Die Zukunft des Krankenhauses – Flächendeckende und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung“ lädt das Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (ineges) ein. → bit.ly/3uWfzxc



22.–24.06.2022 Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit bietet eine Plattform für Debatten, Statements, Diskurse und persönliche Begegnungen mit Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitswesen. Auch der vdek bringt sich in die Diskussionen ein. Derzeit ist der Kongress als Präsenzveranstaltung geplant. → bit.ly/37tRWnL



PRESSESCHAU

Niederlage

„Die Ampel lässt sich von Teilen der FDP am Nasenring durch die Manege ziehen. Das ist, nach vier Monaten, das erste Desaster für die Ampel. Sie kann bei der Impfpflicht nicht das tun, wofür sie da ist: regieren. Ohne den Krieg in der Ukraine, der alle Aufmerksamkeit beansprucht, wäre diese Niederlage für Scholz noch viel gravierender.“

TAZ, 7.4.2022

Trugschluss

„Die Verabschiedung einer Impfpflicht wäre, zumindest für ältere Mitbürgerinnen und Bürger, kluges und vorausschauendes politisches Handeln gewesen. Denn entgegen einem weit verbreiteten Trugschluss ist auch die Omikron-Variante gefährlich. Sonst hätte es nicht allein in den letzten 24 Stunden 328 Coronatote gegeben.“

DER SPIEGEL, 7.4.2022

Alternativen

„Spätestens jetzt muss es darum gehen, welche anderen, rechtlich zulässigen Druckmittel es für Impfunwillige gibt – etwa höhere Krankenkassenbeiträge oder eine Beteiligung an den Kosten für eine Corona-Behandlung auf einer Intensivstation. Das wäre nicht nur gerecht, sondern als tiefer Griff ins Portemonnaie auch effektiv.“

LEIPZIGER VOLKSZEITUNG, 8.4.2022



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Arbeitsprogramm 2022

Der G-BA steht 2022 vor vielfältigen Aufgaben: Zum einen muss er sich gänzlich neuen Themen widmen, zum anderen sollen begonnene Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen werden. Verbindendes Element der einzelnen Arbeitsaufträge ist es, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern. So wird es wieder eine hohe Anzahl an Bewertungen zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel geben, vermutlich rund 140 Beschlüsse. Auch die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung werden den G-BA in verschiedenen Versorgungsbereichen übergreifend beschäftigen. Wie in 2021 gilt

es für den G-BA, sich zeitnah auf das Pandemiegeschehen einzustellen und – wenn notwendig – Richtlinien situativ anzupassen.

Innovationsausschuss fördert 18 neue Projekte

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat erneut Förderentscheidungen im Bereich der Versorgungsforschung getroffen. Es werden 18 Projekte gefördert, die medizinische Leitlinien entwickeln oder weiterentwickeln wollen. Eine Liste der Projekte wird der Innovationsausschuss voraussichtlich im Mai 2022 auf seiner Website veröffentlichen. Die Themenfelder, in denen medizinische Leitlinienprojekte gefördert werden, gehen auf Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit zurück. Die ausgewählten Projekte verteilen sich unter anderem auf die Felder Versorgung bei seltenen Krankheiten, Versorgung bei

häufigeren Erkrankungen, Versorgung von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen und operative Eingriffe am Skelettsystem/ Bewegungsapparat.

Zweitmeinung bei Eingriffen am Herzen

Patentinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen, denen eine elektrophysiologische Herzkatheteruntersuchung oder eine Verödung von Herzgewebe (Ablation) empfohlen wird, haben künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung. Unabhängige Fachärztinnen und Fachärzte, die für die Eingriffe, die Einschätzung der medizinischen Behandlungsempfehlung sowie für alternative Vorgehensweisen besonders qualifiziert sind, prüfen, ob die geplante Untersuchung beziehungsweise Behandlung auch aus ihrer Sicht medizinisch notwendig ist. *pm*

Allgemeine Corona- Impfpflicht ist gescheitert

Der Deutsche Bundestag hat am 7. April 2022 eine allgemeine Impfpflicht ab 60 Jahren abgelehnt. Dabei handelte es sich um einen Kompromissvorschlag, der von Abgeordneten der Ampel-Fraktionen aus unterschiedlichen Modellen (Impfpflicht ab 18 und ab 50 Jahren) erarbeitet wurde. In einer weiteren namentlichen Abstimmung wurde ein von der Unionsfraktion vorgelegter Antrag für ein Impfvorsorgegesetz und einen gestuften Impfmechanismus abgelehnt. Darüber hinaus erhielten zwei Anträge gegen eine Impfpflicht keine Mehrheit, darunter der Antrag einer Gruppe um den FDP-Vizevorsitzenden Wolfgang Kubicki. Auch die AfD scheiterte mit ihrem Antrag gegen eine Corona-Impfpflicht und der zusätzlich von ihr geforderten Abschaffung der seit Mitte März 2022 geltenden Impfpflicht für das Gesundheits- und Pflegepersonal. *tag*

Ersatzkassen sichern ukrainischen Kriegsflüchtlingen Unterstützung zu

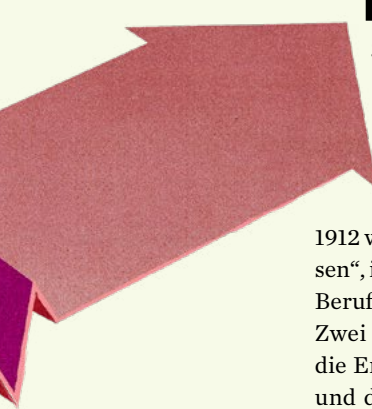
Die Ersatzkassen verurteilen den Krieg in der Ukraine auf das Schärfste und haben den bereits eingetroffenen und zu erwartenden Geflüchteten ihre volle Unterstützung zugesagt. Die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner, begrüßte, dass die EU mit Inkrafttreten der EU-Massenzustromrichtlinie einen Rahmen für eine EU-weite und koordinierte Aufnahme der Geflüchteten aus der Ukraine beschlossen habe. Über die allgemeine Existenzsicherung hinaus werde ein Zugang zu Leistungen der Gesundheit und Pflege geschaffen. Bei der medizinischen Versorgung kooperiert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit Kommunen und Ländern. Zuständige Leistungsträger sind zunächst die Kommunen beziehungsweise deren Sozialämter. Nach einer gesetzlich vorgegebenen Wartezeit von 18 Monaten werden die geflüchteten Menschen dann auftragsweise durch die gesetzlichen Krankenkassen betreut, die die Aufwände von den Kommunen zurückerstattet bekommen. Allerdings ist gesetzlich auch eine frühere auftragsweise Betreuung durch die Krankenkassen möglich. Dies ist dem vdek zufolge abhängig von entsprechenden Vereinbarungen in den Bundesländern. Die Ersatzkassen stünden hier aber für schnelle und unbürokratische Lösungen zur Verfügung. *pm*

110 JAHRE VDEK



Text von Michaela Gottfried und Dr. Tanja Gloom

Am 20. Mai 1912 hat sich der **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)** gegründet – somit gestaltet er seit 110 Jahren die medizinische und pflegerische Versorgung mit und vertritt die gesundheitspolitischen Interessen seiner Mitglieds-kassen. Im Laufe dieser letzten Jahrzehnte finden sich politische Leitthemen wie Selbstverwaltung, Finanzierung, Wettbewerb und Pflege bis heute wieder. Auch in Zukunft setzen sich der vdek und die Ersatzkassen für eine hochwertige moderne Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten ein.



Die Hilfskassen gründen sich bereits ab dem 18. Jahrhundert, um die arbeitende Bevölkerung im aufkommenden Zeitalter der Industrialisierung gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Gesellen und Gehilfen unterstützen sich gegenseitig in Notsituationen. Auch die Angestellten bilden ab 1883 freie Hilfskassen. In den Hilfskassen haben die Ersatzkassen ihre Wurzeln.

Nach der Gründung des Verbands im Jahr 1912 wird er in „Verband kaufmännischer Ersatzkassen“, im Jahr 1922 dann in „Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen (Ersatzkassen)“ umbenannt. Zwei wichtige Alleinstellungsmerkmale zeichnen die Ersatzkassen aus: die freiwillige Mitgliedschaft und die Selbstverwaltung durch die Versicherten. Auch dem Gedanken des Wettbewerbs stehen die Ersatzkassen von Beginn an nah, als Alternative zu den Zwangskassen oder Primärkassen. Neben der Interessenvertretung ist es die Aufgabe des Verbandes, die medizinische Versorgung über Verträge zu gestalten. Das gilt bis heute. Große Krisen müssen der Verband und seine Mitgliedschaften durch die beiden Weltkriege, Inflation und die düstere Zeit des Nationalsozialismus überwinden. Immer wieder geht es auch darum, die Finanzierung zu sichern und die Vereinheitlichung des Kassenwesens beziehungsweise die Abschaffung der Ersatzkassen politisch zu verhindern. Das gelingt zwar – jedoch wird zur Zeit des NS-Regimes das Selbstverwaltungsprinzip abgeschafft und ein Gauleiter übernimmt die Geschäfte. Nun muss der Verband sich der menschenverachtenden Staatsideologie unterordnen.

Ebenfalls in dieser Zeit wird eine scharfe Trennlinie gezogen zwischen den Ersatzkassen für Arbeiter einerseits und den Ersatzkassen für Angestellte andererseits. Der „Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen (Ersatzkassen)“ wird in den „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK) umbenannt. Die Entsprechung für Arbeiterinnen und Arbeiter ist der „Verband freier Krankenkassen e. V.“, der später den Namen „Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.“ (AEV) erhält.

Selbstverwaltung und Solidarität

Nach dem Zweiten Weltkrieg werden das gegliederte Krankenkassensystem wieder eingeführt und die Ersatzkassen in den westlichen Besatzungszonen erneut zugelassen (in Berlin erst 1957). Mit der Gründung der Bundesrepublik sollen die Ersatzkassen auch ihr Recht auf Selbstverwaltung zurückerhalten. Die ersten Wahlen für die Selbstverwaltungsorgane finden 1953 statt, im kommenden Jahr finden sie zum 13. Mal statt. Dies ist ein urdemokratisches Prinzip, das bis heute für Mitbestimmung und Beteiligung der Versicherten und Arbeitgebenden in den Gremien der Ersatzkassen und ihres Verbandes sorgt. Es bleibt auch bei dem bewährten Solidarprinzip: Alle Versicherten erhalten die gleiche Versorgung, unabhängig von Geschlecht, Alter, Einkommen oder Krankheitsrisiko, und es gibt die beitragsfreie (Familien-)Mitversicherung. Wichtig ist auch die 1953 eingeführte unabhängige Sozialgerichtsbarkeit, die den Gedanken eines vom Staat unabhängigen Sozialversicherungswesens stärkt.



Der Verband der Ersatzkassen im Wandel

1912 Gründung des „Verbandes Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach

1913 Umbenennung in „Verband kaufmännischer Ersatzkassen“

1916 Erste Ausgabe der Verbandspublikation *Die Ersatzkasse*

1922 Umbenennung in „Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen (Ersatzkassen)“

1923 Zusammenlegung mit dem „Verband kaufmännischer Krankenkassen in Barmen“

1927 Umzug nach Hamburg

1932 Umzug nach Berlin



Anders sieht das in der damals neu gegründeten DDR aus, wo der Staat die Sozialversicherung gleichschaltet – 90 Prozent der DDR-Bevölkerung sind hier in einer Einheitsversicherung pflichtversichert.

Attraktiver Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene

Für die Ersatzkassen und den Verband beginnt in den 50ern und den darauffolgenden Jahren eine Zeit des Aufwinds. Der AEV lässt nun die Geschäfte vom VdAK führen, die Position der Ersatzkassen und der Verbände festigt sich. Der Leistungskatalog der GKV wird in den 70er Jahren ausgeweitet. Die Ersatzkassen sind mit dem seit 1929 bestehenden Arzt-/Ersatzkassenvertrag und dem Vertrag über die zahnärztliche Versorgung und ihrer besonderen Ersatzkassen-Gebührenordnung attraktive Vertragspartner und integrieren in den 70er Jahren erstmalig die Krebsvorsorge und Psychotherapie in ihr Leistungsspektrum. Trotz der staatlichen Vereinheitlichungstendenzen und mehr kollektivvertraglichen

Am 20. Mai 1987 feiert der Verband sein 75-jähriges Bestehen. Damals firmiert er unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen“ (VdAK) und hat seinen Sitz in Siegburg in der Frankfurter Straße 84.

Regelungen setzen die Ersatzkassen immer wieder besondere Akzente in der Versorgung. Dafür sorgen seit Beginn der 90er Jahre auch die damals neu gegründeten Landesvertretungen, deren Aufgabe es neben der Interessenvertretung auf Landesebene ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Verträgen mit den Leistungserbringenden in den Bundesländern auszugestalten.

Wettbewerbliche Orientierung

In den 70er Jahren explodieren die Kosten in allen Leistungsbereichen und damit auch die Beitragsätze. Kostendämpfungsgesetze folgen. Beklagt wird der mangelnde Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Die AOK sieht Wettbewerbsnachteile in den Organisationsstrukturen (AOK als Zuweisungskasse, Ersatzkassen als Wahlkassen für bestimmte Berufsgruppen). Zudem dürfen 25 Millionen Menschen ihre Kasse nicht frei wählen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wird schließlich die Wahlfreiheit für alle Versicherten eingeführt, verbunden mit einem Ausgleichsmechanismus – dem Risikostrukturausgleich (RSA) –, der verhindern soll, dass unterschiedliche Risikostrukturen bei den Krankenkassen zu Wettbewerbsnachteilen führen. Seit Inkrafttreten der Regelung zeigt sich jedoch, dass immer wieder Modifizierungen an dem Finanzausgleich der Kassen notwendig sind, um Fehlentwicklungen zu vermeiden und faire Wettbewerbsbedingungen zu erreichen.

Hinzu kommt 1993 die Regionalisierung des Vertragsgeschäfts. All diese Regelungen treffen die Ersatzkassen und ihren Verband hart, doch stellen sich diese den neuen Anforderungen an einen härteren Wettbewerb offensiv und schnell: mit einem personellem

1933 Machtergreifung der NSDAP. Der Verband stellt sich unter die Führung des Staatsrats und Gauleiters Albert Forster

1936 Umbenennung in „Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.“ (VdAK)

1938 Umbenennung des „Verbandes der freien Krankenkassen e.V.“ in „Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.“ (AEV)

1943 Einstellung der Verbandszeitschrift *Die Ersatzkasse*

1945 Kriegsende und erneuter Umzug des VdAK nach Hamburg

1947 Gründung eines gemeinsamen Hauptausschusses von AEV und VdAK

1948 Wiedererscheinen von *Die Ersatzkasse*

1949 Errichtung eines Bonner Büros

1951 Beitritt des VdAK in den internationalen Krankenkassenverband „Association Internationale de la Mutualité“ (AIM)

1957 VdAK übernimmt die Geschäftsführung des AEV

Aufbau in den Ländern (Gründung der VdAK-Landesvertretungen), mehr Service- und Dienstleistungsorientierung, einem attraktiven Versorgungsangebot.

Die Wiedervereinigung Deutschlands stellt die Ersatzkassen und den Verband wieder vor große Herausforderungen. Ab dem 1. Januar 1991 müssen in den fünf neuen Bundesländern neue Krankenkassenstrukturen nach westdeutschem Vorbild aufgebaut werden. Dies gelingt in nur wenigen Monaten. Die Ersatzkassen und ihr Verband sind nun auch in den neuen Bundesländern präsent. In den 90er Jahren kommt der Aufbau der sozialen Pflegeversicherung als neuer Zweig der Sozialversicherung für die Ersatzkassen und den Verband hinzu. Damit reagiert die Politik nach 20 Jahren intensiver Debatte endlich auf die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, die zunehmend auf Sozialhilfe angewiesen sind. 1995 wird sie als Pflichtversicherung mit einheitlichem Beitragssatz eingeführt, organisatorisch aber an die Krankenversicherung angebunden.

Neuorganisation der Verbandsstrukturen

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 verändert den Handlungsrahmen der Ersatzkassen und des Verbandes fundamental. 2009 wird der Gesundheitsfonds eingeführt, der Beiträge der Kassen einsammelt und nach Kriterien des RSA wieder ausschüttet. Neben dem allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatz wird nun ein pauschaler Zusatzbeitrag eingeführt, den die Versicherten allein zahlen müssen, wenn das Geld aus dem Fonds nicht reicht. Nicht zuletzt der unermüdlichen politischen

Intervention des Verbandes ist es zu verdanken, dass seit 2015 der Zusatzbeitragssatz wieder prozentual, seit 2019 sogar wieder paritätisch ausgestaltet ist. Der GKV-Spitzenverband wird gegründet, der nun einen Teil der gesetzlichen Aufgaben für alle Krankenkassen wahrnehmen soll. Eine Neuausrichtung des Verbandes wird notwendig. Im Mittelpunkt stehen weiterhin die Vertretung der gemeinsamen (vertrags-)politischen Interessen der Ersatzkassen auf Bundes- und Landesebene. Zudem wird die Funktion des Verbandes als Dienstleister gestärkt. Der AEV und der VdAK fusionieren zu dem Verband der Ersatzkassen e. V. – kurz vdek. Um die politische Präsenz zu erhöhen, verlegt der Verband seinen Sitz 2009 von Siegburg nach Berlin.

Finanzierung der GKV und SPV nachhaltig sichern

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der GKV sind zum Zeitpunkt des Umzugs schwierig. Die weltweite Bankenkrise löst eine weltweite Finanz- und Wirtschaftskrise aus. Dies belastet auch die Krankenkassen. Zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes steuert der Staat der GKV nun mehr Steuerzuschüsse bei. Damit beginnt ein ständiges Auf und Ab bei der Gewährung von Zuschüssen durch den Staat zur Kompensation versicherungsfremder Leistungen. Ein zentrales Thema des Verbandes bleibt die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs – nun Morbi-RSA –, der zu Wettbewerbsverzerrungen zulasten der Ersatzkassen führt. Stetige politische Überzeugungsarbeit zeigt 2020 endlich Wirkung. Es wird ein Gesetz für eine umfassende Reform des Finanzausgleichs im Parlament verabschiedet. ➔



Michaela Gottfried
ist Abteilungsleiterin
Kommunikation beim
vdek



Dr. Tanja Gloom
ist Referentin in der
Abteilung Kommunik-
ation beim vdek

1959 Erscheinen der ersten Pressemitteilung des VdAK, Start der Reihe *N + I – Nachrichten und Informationen der Ersatzkassenverbände*

1962 50-jähriges Jubiläum des VdAK

1975 Umzug nach Siegburg

1978 Erstmaliges Erscheinen der Verbandspublikation *Ersatzkassen Report* (später *ersatzkasse report*)

1990 Gründung der ersten VdAK-Landesvertretungen in Hamburg und Nordrhein-Westfalen

1992 Erstmaliges Erscheinen der Publikation *Basisdaten des Gesundheitswesens* → vdek.com/daten

1993 Gründung der „Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V.“ (DSVAE) unter Mitgliedschaft des vdek

1996 Erster Bericht an die Mitgliederversammlung, Gründung der „European Social Insurance Plattform“ (ESIP) unter Mitgliedschaft des vdek

1998 Start einer gemeinsamen Internetpräsenz von VdAK und AEV

2000 Einrichtung einer VdAK-Außenstelle in Berlin



Ab 2018 weitet die Politik die Leistungen im Rahmen von teuren Gesetzen aus. Dies belastet die Ausgaben der Krankenkassen in den Folgejahren stark und führt zu einer angespannten Finanzlage, die ab 2020 auch noch zusammenfällt mit der Corona-Pandemie. Die Krankenkassen übernehmen nun im Auftrag des Staates zahlreiche Aufgaben zur Aufrechterhaltung der Versorgung – von der Organisation der zahlreichen Rettungsschirme für Leistungserbringende bis hin zur Vereinbarung von Sonderregelungen für Versicherte, beispielsweise der Ausweitung von Videosprechstunden. Dafür erhält die GKV zwar eine Kompensation durch den Staat, die strukturelle Unterdeckung, vor allem verursacht durch eine expansive Ausgabenpolitik, hält aber unvermindert an und bleibt laufend Gegenstand politischer Auseinandersetzungen. Der vdek bringt sich auch aktuell mit Konzepten zur nachhaltigen Finanzierung in die aktuelle Debatte ein.

Das gilt auch für die Soziale Pflegeversicherung, die den demografischen Wandel stärker zu spüren bekommt als die GKV. Viele Reformen werden angestoßen, um die Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, das Kernproblem bleibt die Frage der Finanzierung. Der vdek setzt sich sehr

dafür ein, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen vor allem in der stationären Pflege begrenzt werden, und fordert ein stärkeres Engagement des Staates, der Länder und der privaten Pflegeversicherung.

Mehr Qualität, Transparenz und Effizienz in der Versorgung

Schon seit den 80er Jahren versucht die Politik, nachhaltige Strukturreformen im Gesundheitswesen auf den Weg zu bringen. Themen wie Effektivität und Effizienz der Versorgung, das Problem von Unter-, Fehl- und Überversorgung, eine stärkere Qualitäts- und Patientenorientierung und die bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs stehen auf der politischen Agenda. Verschiedene Reformen sollen den Krankenkassen mehr Vertragsfreiheiten bringen und den Wettbewerb um eine gute Versorgung fördern. Die Ersatzkassen und der vdek nutzen die Möglichkeiten und konzipieren neue innovative Konzepte für die Versorgung der Versicherten. Die letzten zehn Jahre sind verstärkt geprägt von dem Ziel, die Versorgung in strukturschwachen Regionen sicherzustellen. Als bundesweite Kassen verknüpfen sie flächendeckende Angebote mit besonderen regionalen Angeboten, was sie mit der Kampagne #regionalstark zum Ausdruck bringen.

Links: Der vdek ist wie seine Mitgliedsklassen nach dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung organisiert. Wichtigstes Entscheidungsgremium ist die Mitgliederversammlung (hier abgebildet die hybride vdek-Mitgliederversammlung vom 8. Dezember 2021). Sie spielt eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung, indem sie die Interessen der Versicherten berücksichtigt.

Rechts: Modern, fortschrittlich und mittendrin: Seit dem 29. Juni 2009 befindet sich die Verbandszentrale des vdek in Berlin, am Askanischen Platz 1.

2008 Auflösung des AEV

2009 Umbenennung von VdAk/AEV in „Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)“ und Umzug des Hauptsitzes nach Berlin, Start des vdek-Pflegelotsen → pflegelotse.de

2010 Erstmals Vergabe des vdek-Zukunftspreises, erstes Frühlingsfest in der vdek-Zentrale, Relaunch der Verbandszeitschrift *Die Ersatzkasse* und Umbenennung in *ersatzkasse magazin*.

2011 Erstes vdek-Zukunftsforum, Start des vdek-Arztlotse → vdek-arztlotse.de

2013 Start des vdek-Kliniklotse → vdek-kliniklotse.de

2018 Start des vdek-Hospizlotse → hospizlotse.de

Ergänzt wird dies durch ihr Engagement im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, einem Feld, das seit

2015 per Gesetz einen größeren Stellenwert bekommen hat. Der vdek nimmt hier eine koordinierende Rolle ein und entwickelt auf die Lebenswelten zugeschnittene regionale und bundesweite Projekte, etwa für behinderte oder pflegebedürftige Menschen oder zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Auch im Krankenhausbereich, dem größten Ausgabenblock in der GKV, hält die Debatte um notwendige Strukturreformen unvermindert an. Mit der Einführung eines neuen leistungsbezogenen Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern (DRG-System) ab 2003 wird der Weg zu mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden beschritten. Es folgen zahlreiche gesetzliche Regelungen zur Verbesserung der Qualität und Transparenz in der Krankenhausversorgung. Doch das reicht nicht aus. Der vdek fordert angesichts des zunehmenden Fachkräftebedarfs und der Spezialisierung der Medizin einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft sowie eine stärkere Qualitätsorientierung und Ambulantisierung.

Digitale Gesundheit und Patientensicherheit

Seit 2015 hat die Politik zahlreiche Digitalgesetze auf den Weg gebracht, sei es die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), des elektronischen Rezepts (E-Rezept) oder der neuen digitalen Gesundheitsanwendungen wie die „Apps auf Rezept“ (DiGA). Die Ersatzkassen und der vdek haben die Digitalisierung des Gesundheitswesens sehr vorangetrieben, denn sie sehen darin große Potenziale, die

Gesundheitsversorgung sicherer, qualitativ hochwertiger und effizienter zu gestalten. Das hat die Corona-Pandemie noch einmal deutlich unterstrichen. Dieser Prozess muss konsequent weitergeführt werden zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Dabei geht es auch um die Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz und der Patientensicherheit. Mit dem vdek-Zukunftspreis fördert der Verband seit 2010 jährlich herausragende Projekte zur Verbesserung der Versorgung. Hinzu kommen Kampagnen und Bündnisse zum Thema Patientensicherheit, etwa mit dem „Weißbuch Patientensicherheit“ (2018), dem Innovationsfondsprojekt „RESIST“ zur Vermeidung unnötiger Antibiotika-Verordnungen (2016–2020) oder der Kampagne #Deutschland-ErkennstSepsis, die 2021 an den Start ging.

Für die Zukunft gerüstet

Die sechs Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse) und ihr Verband haben sich im Laufe der wechselhaften Geschichte immer wieder großen gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen gestellt und sind auch für die Zukunft gut gerüstet. Ihr gemeinsames Ziel ist es, den Versicherten eine hochwertige, innovative medizinische und pflegerische Versorgung zu fairen Preisen anzubieten. Als Vertreter der größten Kassenart mit einem Marktanteil von 38,3 Prozent ist der vdek ein einflussreicher Verhandlungs- und Vertragspartner. Auch in der laufenden Legislaturperiode wird sich der vdek weiterhin für dringend notwendige Reformen im Gesundheitssystem stark machen. ■

2019 Start der Twitter-Initiative #regionalstark, darin u.a. Eintritt für eine Regionalkomponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Januar 2020 Inkrafttreten der vom vdek und seinen Mitgliedskassen lange geforderten Reform des Morbi-RSA („Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“)

April 2020 Der vdek reagiert auf die Corona-Pandemie und richtet ein Sofortangebot zur Gesundheitsförderung für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ein
→ [mehrwert-pflege.com](https://www.mehrwert-pflege.com)

Mai 2020 Verabschiedung eines lange von den Ersatzkassen geforderten SGB-IV-Änderungsgesetzes, damit Ermöglichung der ersten Online-Sozialwahl (parallel zur Briefwahl) im Jahr 2023

Dezember 2020 Der länderspezifische *ersatzkasse report* wird eingestellt, dafür stärkere Präsenz in den Bereichen Online und Social Media

2021 Relaunch von *ersatzkasse magazin* in neuem Layout → [vdek.com/magazin](https://www.vdek.com/magazin)

2022 110-jähriges Jubiläum des vdek



Versorgung aus einer Hand

Text von Björn-Ingemar Janssen und Boris von Maydell

Die demografische Entwicklung in der Bevölkerung, der zunehmende Fachkräftemangel und Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land sind erhebliche Herausforderungen (nicht nur) für das deutsche Gesundheitssystem. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat daher das Modell der **Regionalen Gesundheitszentren (RGZ)** entwickelt.

Gerade für ländliche Regionen werden Lösungen gebraucht, um die Versorgung in Zukunft flächendeckend sicherzustellen. Auf der einen Seite klagen Versicherte noch immer über lange Wartezeiten auf einen Termin und lange Wege zwischen den einzelnen Praxen, auf der anderen Seite ist die Versorgungsstruktur für junge Ärzt:innen häufig nicht attraktiv. Zwar gibt es bereits seit langem das Konstrukt der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Als Grundlage für eine Bündelung unterschiedlicher medizinischer Angebote haben sich die MVZ jedoch in den meisten Fällen nicht etabliert.

Das gesamte Behandlungsangebot an einem Ort

Das vdek-Konzept der RGZ geht hier weiter: Für Besetzung und Leistungsangebot der RGZ sollen bundesweit einheitliche Standards durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert werden. Hierzu gehört eine Besetzung mit mindestens vier Sitzen von Hausärzt:innen sowie

bestimmte grundversorgende Fachärzt:innen wie Internist:innen, Orthopäd:innen und (konservativ tätige) Augenärzt:innen oder Psychotherapeut:innen. Auf diesem Wege kann bereits ein Großteil der Behandlungsanlässe im ambulanten Bereich abgedeckt werden. Durch eine Mindestgröße der RGZ können die Öffnungszeiten so erweitert werden, dass viele Notfälle ebenfalls dort versorgt werden können. Gleichzeitig bestehen die personellen Ressourcen, um Videosprechstunden und telemedizinische Angebote im RGZ zu etablieren und sie effizient und patient:innenorientiert mit persönlichen Kontakten zu verknüpfen.

Anders als heute sollen auch andere Gesundheitsfachberufe fest in den Gesundheitszentren verankert werden wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen und Hebammen. Denn gerade die leitliniengerechte Versorgung chronisch kranker Menschen geht über die reine ärztliche Behandlung hinaus. Die unterschiedlichen Angebote im RGZ werden dabei durch ein intelligentes Case Management der Krankenkassen verbunden, das vor Ort



Entstehung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ)



* bei bestehender oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich

Aufbau Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) „Versorgung unter einem Dach“



Finanzierung und Vergütung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ)



Quelle (alle Grafiken): vdek

durch nicht-ärztliche Praxisassistent:innen organisiert wird. Auch sonst spielt Delegation eine überaus wichtige Rolle: Überall dort, wo Aufgaben medizinisch vertretbar abgegeben werden können, soll dies auch geschehen, damit sich die Ärzt:innen auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Gleichzeitig wird auf diese Weise die Attraktivität der Arbeit in den RGZ für alle Beteiligten erhöht.

Verstärkte Ambulantisierung als Ziel

Die neuen Gesundheitszentren sind sektorenübergreifend gedacht. Nicht zwingend, aber in vielen Fällen sinnvoll ist die Anbindung eines ambulanten OP-Zentrums. Hier sollen dann auch Überwachungsbetten zur Verfügung stehen, damit kurze stationäre Aufenthalte überflüssig werden und das Ziel einer verstärkten Ambulantisierung erreicht werden kann. In diesen Einheiten, die kleinere, wirtschaftlich nicht tragfähige Krankenhäuser ersetzen

sollen, können optional auch weitere Angebote wie Kurzzeitpflegeplätze entstehen, um den konkreten Bedarfen vor Ort gerecht zu werden.

Denn während einige Standards bundesweit gesetzt werden, sind die neuen Zentren durchaus stark regional geprägt. Die Ausschreibung der Standorte und Vergabe an die jeweiligen Betreibenden erfolgen durch den von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen getragenen Landesausschuss nach § 90 SGB V. Ziel ist es dabei, zunächst 50 bis 100 RGZ in Regionen auszubauen, die im hausärztlichen Bereich aktuell oder in Zukunft unterversorgt sind.

Gleichzeitig werden bestehende – und funktionierende – Strukturen beispielsweise im Bereich der Vergütung weiterentwickelt: Die Finanzierung der Behandlung und neu hinzukommende Leistungen im Case Management werden durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) getragen, spezifische Angebote wie Gemeindeschwestern durch die Kommunen und der einmalige Aufbau der RGZ durch die öffentlichen Haushalte. Denn die Bereitstellung der Strukturen für eine funktionierende Versorgung ist klar ein Teil der staatlichen Daseinsfürsorge. Bei allem geht es um eine intelligente Fortschreibung bestehender Strukturen, dort wo dies richtig und sinnvoll ist. Im Fokus steht dabei eine zügige Umsetzung, ohne alle Abläufe und Rahmenbedingungen neu durchplanen zu müssen. Deshalb ist es auch wichtig, dass die Gesundheitszentren ein kollektivvertragliches Angebot sind, das allen GKV-Versicherten ohne bürokratische Einschreibung offensteht. Auf diese Weise bietet das Modell der RGZ an einem Ort gebündelte und verlässliche Versorgungsangebote für ländlich geprägte Regionen mit Arbeitsbedingungen, die für junge Menschen in Gesundheitsberufen attraktiv sind. ■

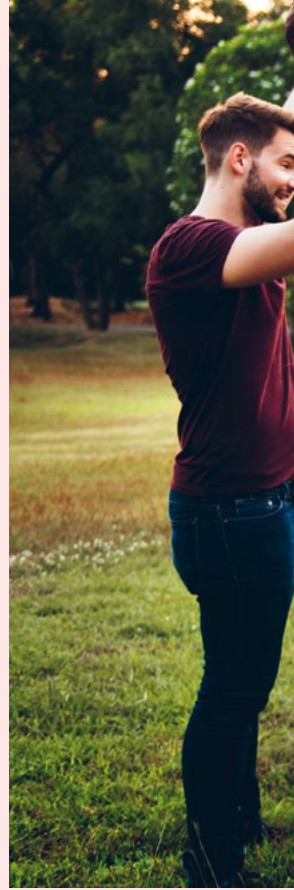


Björn-Ingemar Janssen
ist Beauftragter für
Digitale Versorgung
und Referatsleiter in der
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



Boris von Maydell
ist Abteilungsleiter
Ambulante Versorgung
beim vdek

Wir gestalten Gesundheit – bundesweit regional



Text von **Ulrike Pernack, Annelie Wießner und Stefanie Thees**

Gesundheit ist erheblich von individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen abhängig. Der soziale Status hat dabei großen Einfluss auf die Gesundheit und zeigt sich in ungleich verteilten Gesundheitschancen. Das Ziel von **Gesundheitsförderung** ist es, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen und Menschen zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren. Die Ersatzkassen engagieren sich zusammen in Initiativen und Projekten, die dabei helfen, gesund zu bleiben und die gesundheitlichen Chancen bundesweit und regional zu verbessern.

Die Ersatzkassen und der vdek haben ein gemeinsames Ziel vor Augen: Sie setzen sich unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten. Ein Angebot der Ersatzkassen“ für Gesundheitsförderung für und mit Menschen in belasteten Lebenslagen ein. Dabei hängen Gesundheit und Krankheit zu einem großen Teil von den Lebensverhältnissen und Umwelteinflüssen ab. Darüber hinaus spielen aber auch das individuelle Gesundheitsverhalten, der Umgang mit Gesundheitsinformationen, die Lebensgewohnheiten und Arbeitsbedingungen eine wesentliche Rolle. Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen sind deshalb wichtige Voraussetzungen für ein gesundes Leben. Bekannt ist auch, dass gesundheitliche Chancen ungleich verteilt sind. Insbesondere Menschen mit geringem Einkommen, Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, Menschen in Arbeitslosigkeit, mit Migrationserfahrungen, ältere (sozial isoliert lebende), pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit Behinderungen verfügen dabei oftmals nicht über ausreichend Möglichkeiten oder geeignete Zugänge, um sich gesundheitsförderlich und -gerecht zu verhalten. Ein Ansatz, um insbesondere sozial benachteiligte Menschen zu erreichen, sind Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung in den sogenannten Lebenswelten (Settingansatz). Die Lebenswelten, in denen Menschen



aufwachsen, leben, arbeiten, altern und ihre Freizeit verbringen, sind der beste Ort, um gesundheitsförderliche Verhaltensanreize und Verhältnisse anzustreben, Gesundheitsbelastungen zu minimieren sowie bestehende Ressourcen zu fördern. Die Ersatzkassen sind seit knapp vier Jahrzehnten ein wesentlicher und erfahrener Akteur in der Präventionslandschaft: Bundesweit aufgestellt investieren sie seit 1989 in bundesweite Strategien mit regionaler Schwerpunktsetzung zur Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten. Dadurch sollen Krankheiten vermieden oder deren Eintritt zeitlich in der Lebensphase verschoben werden. Weiterhin steht der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen im Fokus.



Mit dem Präventionsgesetz in 2015 haben sich die Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse) dazu entschieden, das Bemühen um die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit und der Verbreitung

von Gesundheitsförderung in dem Setting „Pflege“ gemeinsam und mit gebündelten Kräften auf Ebene des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) voranzubringen. Unter der Dachmarke „**Gesunde Lebenswelten**“ → bit.ly/3DPI2tP vereinen die Ersatzkassen verschiedene Aktivitäten mit dem Fokus auf Zielgruppen mit besonderem Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf.

Partizipation und Kooperation als entscheidende Erfolgsfaktoren

Im Mittelpunkt steht dabei die Unterstützung der Menschen durch eine gesundheitsfördernde Gestaltung ihrer Lebenswelten, ob in der Kommune, dem Quartier, der Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Einrichtungen der Jugendhilfe, der stationären Pflegeeinrichtung oder im Krankenhaus. Die Bemühungen um gesundheitliche Chancengleichheit und der Verbreitung von Gesundheitsförderung basieren auf Partizipation. Das bedeutet: Angebote werden für und mit den jeweiligen Zielgruppen entwickelt und umgesetzt, denn diese wissen selbst am besten, was sie konkret brauchen und kennen die Rahmenbedingungen vor Ort. Die Vernetzung von Akteuren und Angeboten bilden einen weiteren wesentlichen Meilenstein, damit überall dort, wo Menschen aufwachsen, leben und lernen, arbeiten und älter werden, ihre Lebenswelten so ausgestaltet



Die Gesundheit von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen stärken

Unter der Dachmarke „**Gesunde Lebenswelten**“ sind auch Aktivitäten angesiedelt, die die Gesundheit von Beschäftigten in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in den Blick nehmen. Aufgrund der herausfordernden Arbeitssituation in diesen Settings kommt der Gesundheitsförderung von Pflegekräften, Ärzt:innen, therapeutischem oder hauswirtschaftlichem Personal eine besondere Rolle zu. So gilt es, einerseits die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen zu stärken. Andererseits ist es von zentraler Bedeutung, die Arbeitsbedingungen in den Organisationen zu beleuchten und Ansatzpunkte für Verbesserungen zu identifizieren. So stehen die Dienstplangestaltung in den Einrichtungen, die Interaktionsarbeit in den Wohnbereichen und Stationen oder die professionelle Kommunikation im Berufsalltag auf der Agenda, die allesamt Parameter einer guten Organisationsgestaltung sind.



Im Rahmen des ersatzkassengemeinsamen Angebots **MEHRWERT:PFLEGE** → bit.ly/307lasi wurde daher ein Ansatz zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung für genau diese Lebenswelten entwickelt. Zielsetzung ist es, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste beim Auf- und Ausbau eines strukturierten und auf Nachhaltigkeit ausgerichteten betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zu unterstützen.

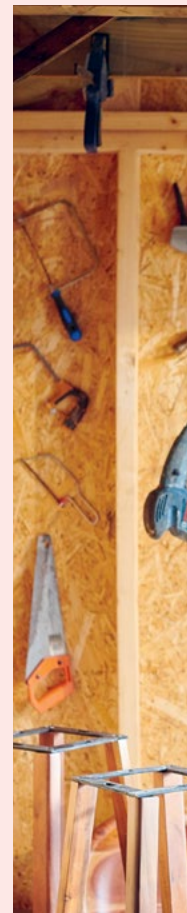
Seit Beginn von **MEHRWERT:PFLEGE** im Jahr 2019 konnten in allen Bundesländern BGM-Projekte initiiert werden. Dazu wurde ein bundesweites Netzwerk an Beratungspersonen etabliert, das die Einrichtungen im gesamten betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess begleitet.

Dieser Prozess untergliedert sich in vier Phasen: Nach einer intensiven Vorbereitungsphase erfolgt die Bestandsaufnahme bezüglich der aktuellen Ist-Situation zur Gesundheit und zu den Arbeitsbedingungen. Anschließend werden auf Basis der dort gewonnenen Erkenntnisse notwendige Maßnahmen geplant und umgesetzt. Für diese Phase hält **MEHRWERT:PFLEGE** den sogenannten Gesundheitsbaukasten vor, der in zehn Themenfeldern überwiegend pflegespezifische Maßnahmen beinhaltet. Zudem wird im Weiteren der Erfolg des Projektes in Form einer Prozess- und Ergebnisevaluation bewertet. Dieser Projektzyklus dauert in der Regel 18 bis 24 Monate.

Die Arbeit der BGM-Berater:innen vor Ort zielt einerseits darauf ab, die Organisationen mit Fachexpertise über den gesamten Projektzeitraum zu unterstützen. Zudem sollen die Organisationen dazu befähigt werden, den BGM-Prozess weitestgehend eigenständig nach Projektende fortsetzen zu können und damit auch das Thema der Beschäftigtengesundheit in den betrieblichen Strukturen zu verankern.

Die bisherigen Projekterfahrungen sind sehr positiv, wenngleich einige Projekte durch die Corona-Pandemie in ihrer Umsetzung verzögert sind. Aber nicht nur das pandemische Geschehen nimmt Einfluss auf die Projektarbeit. Die zeitlichen und personellen Ressourcen auf Einrichtungsseite, Personalwechsel oder Umstrukturierungen führen häufig zu weiteren Herausforderungen. Dennoch ist der BGM-Weg vor allem eins: lohnenswert. Ein gut aufgesetztes betriebliches Gesundheitsmanagement kann auf vielen Ebenen einen Mehrwert erzeugen. Neben dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit vom Beschäftigten sind auch aus Arbeitgeber:innensicht einige positive Effekte bekannt: Die Mitarbeiter:innenzufriedenheit und auch Mitarbeiter:innenbindung können genauso erhöht werden wie die Arbeitgeber:innenattraktivität.

→ mehrwert-pflege.com



sind, dass sie lange (und) gesund leben können. Der Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen kann allerdings nur im breiten Schulterschluss vieler Akteure passieren. Denn eines ist auch klar: Viele Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, liegen nicht im, sondern vielmehr außerhalb des Gesundheitswesens. Aus diesem Grund sind Kooperationen mit Partnern wie Kommunen, Sozialversicherungsträgern, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst ein Qualitätsansatz der Ersatzkassen, um gesundheitliche Gleichheit gemeinsam zu gestalten und voranzubringen.

Verzahnung von Wissenschaft und Praxis

Ziel des gemeinsamen Wirkens ist es auch, für bestehende Gesundheitsförderungsbedarfe zu sensibilisieren und aktuelle Forschungserkenntnisse mit den Bedarfen der Praxis zu verzahnen, von der Wissenschaft in die Praxis und aus der Praxis für die Wissenschaft. Das Angebot „Gesunde Lebenswelten“ vereint aus diesem Grund zwei wesentliche Handlungsstränge. Zum einen werden Praxisprojekte umgesetzt und zum anderen anwendungsorientierte Forschungs- und Entwicklungsprojekte initiiert.

Damit kann beispielsweise der geringen Evidenzlage im Bereich der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI begegnet werden. 2015 erhielten die Pflegekassen im Rahmen des Präventionsgesetzes auch den Auftrag, Angebote zur Gesundheitsförderung für Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Um der noch immer moderaten Evidenzlage in diesem Bereich zu begegnen, wurden in verschiedenen Forschungsprojekten evidenzbasierte Maßnahmen gemeinsam mit Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis entwickelt. So konnte sichergestellt werden, dass alle Perspektiven berücksichtigt sind und sich an den Bedarfen der Lebenswelt orientieren. Im Rahmen des Projektes „aktiviert.GESTÄRKT.zufrieden“ [→ bit.ly/37syzeC](https://bit.ly/37syzeC) werden die entwickelten Maßnahmen aktuell

»Der Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen kann nur im breiten Schulterschluss vieler Akteure passieren.«

bundesweit in über 30 Pflegeeinrichtungen pilotiert. Im Zuge der Pandemie und veränderten Rahmenbedingungen war ein flexibles Agieren gefordert. Entsprechend wurden drei der fünf Interventionen kurzfristig als digitales Angebot konzipiert. Die Pflegeeinrichtungen haben somit die Möglichkeit, zwischen zwei Formaten („vor Ort“ und digital) zu wählen und können das Projekt auf die gegebenen Bedingungen optimal adaptieren. Für die digitale Umsetzung der Projekte wurde eine Plattform entwickelt. Konkret heißt das, dass die Einrichtungen auf der Plattform unter anderem an Schulungen und Workshops teilnehmen können und einrichtungsindividuell alle für das Projekt relevanten Inhalte,



wie zum Beispiel Arbeitsblätter oder Präsentationen, eingestellt sind. Mithilfe von interaktiv gestalteten Inhalten durchlaufen die Teilnehmer:innen verschiedene Selbstlerneinheiten. Weiterhin sind Netzwerktreffen mit den Einrichtungen geplant, damit diese voneinander lernen können.

Gesund altern und pflegen

Langfristige und nachhaltige Konzepte leben von dem Stichwort „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ oder auch „health in all policies“. Das bedeutet, sie benötigen übergreifende stabile Strukturen und inkludieren die Vernetzung von vielen Akteuren mit deren Angeboten der sozialen Daseinsvorsorge. Deshalb ist es gleichermaßen notwendig und wirksam, die kommunale Verankerung und den Ansatz der Quartiersentwicklung mit Gesundheitsförderung und Prävention zu verknüpfen.

Im Rahmen des gemeinsamen Projektes der Ersatzkassen „**Gesund Altern und Pflegen im Quartier**“ → bit.ly/3jfR48T stehen die Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl älterer Menschen nach dem Erwerbsleben als auch pflegender Angehöriger im Mittelpunkt. Ziel des Projektvorhabens ist es, in acht ländlichen Quartieren Rahmenbedingungen vor Ort so zu verändern, dass es älteren, allein lebenden Personen sowie pflegenden Angehörigen ermöglicht wird, mehr für ihre Gesunderhaltung zu tun. Im Rahmen des Projektes werden relevante (kommunale) Akteure vor Ort in den Austausch gebracht. Über die entstehende Vernetzung sowie die Sensibilisierung für die Gesundheit der Älteren und pflegenden Angehörigen soll die Grundlage dafür geschaffen werden, auch nach Projektende im Gespräch zu bleiben. Die entstehenden Maßnahmen werden mit den Zielgruppen vor Ort konzipiert. Zudem sind am Projektende Nachhaltigkeitswerkstätten geplant, die explizit resümieren, wie Entstandenes fortbestehen kann.

Digitale Prävention

Die Digitalisierung bietet unbenommen viele Vorteile. Von digitalen Ansätzen können allerdings nicht alle Menschen gleichermaßen profitieren. Die Ersatzkassen nehmen dies zum Anlass, sich gemeinsam dafür einzusetzen, die digitale Gesundheitskompetenz bei Versicherten mit wenig Erfahrung im Umgang mit digitalen Lösungen gezielt zu fördern. Insbesondere bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen ist es von Bedeutung, den Zugang zu digitalen Versorgungsangeboten

und den damit verbundenen Möglichkeiten zu unterstützen und der Entstehung einer „digitalen Kluft“ sowie der Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten entgegenzuwirken. Hierzu wurde ein Pilotprojekt mit dem Leibniz-Institut für Medienforschung, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Share to Care und Take Part initiiert, in dem explizit die digitale Gesundheitskompetenz bei vulnerablen Zielgruppen wie älteren Menschen oder Personen mit chronischen Erkrankungen gefördert wird. So sollen niedrigschwellig Angebote entwickelt werden, die beispielsweise im Umgang mit der elektronischen Patientenakte oder bei der Suche nach guten Gesundheitsinformationen im Internet helfen sollen.

Weiterhin wird in dem praxisorientierten Forschungsprojekt „**memorePlus: spielerisch.systemisch.effektiv**“ → bit.ly/3r7YtN untersucht, inwieweit digitale Interventionen gesundheitsförderliche Strukturprozesse unterstützen können und wie wirksam diese sind. Mittels der memoreBox, einer videospielbasierten Trainingsplattform, werden Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen körperlich und geistig aktiviert. Darüber hinaus unterstützt eine erfahrene Beratungsperson über insgesamt zwei Jahre bei einem nachhaltigen Auf- und Ausbau von gesundheitsfördernden Strukturen, sodass letztlich die gesamte Einrichtung – Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen – profitieren kann.

Nicht nur im Bereich der Pflege werden zunehmend digitale Projekte initiiert. Auch in anderen Lebenswelten werden Angebote digital(er). So wird aktuell zum Beispiel eine Schulungsreihe für Menschen mit Lernschwierigkeiten digital angeboten. In dem Projekt „**GESUND!**“ → bit.ly/3Kn2Nyp sollen Videos unter anderem dazu beitragen, dass sich möglichst viele Menschen mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. Hierzu wurden unter anderem acht verschiedene Übungsvideos zum Thema „Entspannung und Achtsamkeit“ produziert.

Gesundheit braucht Chancengleichheit

Die Ersatzkassen setzen sich mit verschiedenen Projekten für mehr gesundheitliche Chancengleichheit ein. Egal ob in der Kommune, in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern: Es gilt, gemeinsam gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen und das Thema Gesundheitsförderung breit zu denken und langfristig zu gestalten. ■■

→ gesunde-lebenswelten.com



Ulrike Pernack ist Leiterin des Referats Prävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung beim vdek



Annelie Wießner ist Projektleiterin vdek-Präventionskonzept beim vdek



Stefanie Thees ist Projektleiterin MEHRWERT:PFLEGE beim vdek

»Gute Pflege darf nicht arm machen«

Interview von **Michaela Gottfried und Annette Kessen**

Seit Mitte Januar 2022 ist **Claudia Moll** Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. Als examinierte Altenpflegerin macht sie sich schon seit vielen Jahren für die Pflege stark. Im Interview spricht sie über die Herausforderung, mehr Pflegepersonal zu gewinnen, über Wertschätzung und Entlastung und darüber, was gute Pflege ausmacht.

Sie haben viele Jahre als Altenpflegerin gearbeitet, bevor Sie 2017 in die Politik gegangen sind. Was hat Sie bewogen, sich auch politisch für die Pflege zu engagieren?

CLAUDIA MOLL: Ich bin nicht morgens aufgewacht und habe gedacht, jetzt kandidiere ich für den Bundestag. Das hat sich langsam entwickelt. Politisch engagiert bin ich von Kind auf, wurde mit Gewerkschaften sozialisiert, war schon immer auf kommunaler Ebene politisch aktiv und so kam eins zum anderen. Ich weiß noch, dass ich mal einen furchtbaren Spätdienst hatte und mir danach gesagt habe, so geht es nicht weiter. Allerdings war Pflege zur der Zeit kein großes Thema in der Politik, also habe ich mir gesagt, das musst du jetzt selbst machen.

Wie erklären Sie sich, dass Pflege wenig relevant war?

Die Menschen in der Pflege haben sich nicht so stark geäußert, wie es erforderlich gewesen wäre. Von außen betrachtet hat das System ja auch immer wunderbar funktioniert. Als Pflegekraft ist man außerplanmäßig eingesprungen, länger geblieben, früher gekommen, klappt ja. Probleme wurden nicht thematisiert und wenn doch, dann wurden die Pflegekräfte nicht gehört.

Ist das heute anders?

Die Pflegekräfte sind lauter geworden und kommen häufiger zu Wort. Das ist gut. Was mich aber immer wieder stört, ist, dass viele den Beruf so schlecht reden, auch Pflegekräfte selbst. Mit Sicherheit müssen wir da viel machen, aber vieles ist auch gut. Wenn man in den Medien immer nur Negativschlagzeilen hört, ist das ein Schlag ins Gesicht derer, die morgens hochmotiviert zur Arbeit gehen. Haben Sie schon mal eine Talkshow gesehen, in der drei Pflegekräfte sitzen und berichten, wie toll es doch ist, in dem Beruf zu arbeiten? Es geht auch kein Pflegebedürftiger zu „Hart aber fair“ und erzählt, wie gut er im Pflegeheim versorgt wird und wie schön es ist, nicht mehr allein in der Wohnung zu sitzen. Bei all der negativen Berichterstattung hätte ich auch Angst, pflegebedürftig zu werden.

Im Herbst 2020 haben Sie das Papier „Gute Pflege – Machen“ vorgelegt. Was macht gute Pflege aus?

Gute Pflege muss heißen: gut für die Angehörigen, gut für Pflegebedürftige und Patienten und gut für die Pflegenden. Wichtig ist, dass gute Pflege nicht arm machen darf, auch die Pflegenden nicht. Abgesehen von der Bezahlung der Pflegekräfte kommt



»Wer einen Bachelor macht, ist nicht zwangsläufig besser als eine Pflegekraft ohne akademische Ausbildung.«

es mir auf Wertschätzung an. Natürlich gibt es viele Einrichtungen, in denen gute Pflege funktioniert, in denen es beispielsweise eine funktionierende Dienstplangestaltung gibt, eine alleinerziehende Mutter nicht den Spätdienst übernehmen muss, Wochenenddienste gerecht verteilt sind und ‚frei haben‘ auch frei haben bedeutet. Aber unbestritten ist ja auch, dass es an Personal in der Pflege fehlt. In der Studie zur Personalbedarfsbemessung wurde ein Mehrbedarf von 36 Prozent allein in der vollstationären Pflege nachgewiesen. Gute Pflege bräuchte also schon heute ein Drittel mehr Personal – darum gibt es ja vielerorts die kaum mehr zu stemmende Arbeitsverdichtung. Das muss sich und werden wir rasch ändern.

Trägt die 2018 ins Leben gerufene Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) dazu bei, die Zahl der Beschäftigten in der Pflege zu erhöhen?

Bei der KAP muss man das Gesamtkonstrukt sehen, da geht es um die Verbesserung der Rahmenbedingungen insgesamt für in der Pflege tätige Menschen. Die gute Nachricht ist, dass die Ausbildungszahlen hoch gehen. Waren es 2015 noch etwa 49.000, haben in 2020 knapp 57.300 Azubis ihre Pflegeausbildung begonnen. Damit dieser positive Trend auch nachhaltige Verbesserungen in der Pflege entfalten kann, brauchen wir bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Meine Mutter hat immer gesagt: Lehrjahre sind keine Herrenjahre. Aber Ausbildung muss immer Ausbildung sein. Es braucht eine qualifizierte Praxisanleitung und das Selbstverständnis, dass Auszubildende keine billigen Hilfskräfte sind. Sonst werden diese Menschen nicht in der Pflege bleiben.

Welche Rolle spielt das Pflegeberufegesetz mit Blick auf den Anstieg der Ausbildungszahlen?

Die Ausbildung in der Pflege erfolgt seit 2020 auf der Grundlage des Pflegeberufegesetzes. Dieses sieht unter anderem eine generalistische Ausbildung und Akademisierung vor. Ich finde es positiv, dass die jungen Menschen sich damit ausprobieren können. In der Pflege muss man nicht bei Ausbildungsbeginn genau wissen, wohin der Weg führen soll. Auch was die Akademisierung betrifft, das kann ja jeder selbst

entscheiden, ein Studium ist nicht verpflichtend und sollte es auch nicht werden. Wer einen Bachelor macht, ist nicht zwangsläufig besser als eine Pflegekraft ohne akademische Ausbildung. Ich kenne Pflegeassistenten, die sind aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung besser als examinierte Pflegekräfte und zum Teil auch praxisorientierter. Es wird deshalb in Zukunft noch mehr auf eine sinnvolle Aufgabenverteilung ankommen. Und klar ist auch: Wir brauchen nicht nur akademisierte Kräfte, gerade in der Langzeitpflege ist der Bedarf an Pflegeassistenten hoch.

Im Zuge des 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes wurde ein Sofortprogramm Pflege mit 13.000 neuen Stellen für Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen aufgelegt. Hat das Programm gewirkt?

Im zweiten Monitoring-Bericht zur KAP werden hierzu ausführliche Zahlen angeführt. Per 31. März 2021 konnten von den 13.000 Stellen etwa 4.300 Pflegefachkräfte eingestellt werden. Das verdeutlicht mir, dass es trotz des oft zitierten leergefegten Arbeitsmarktes möglich ist, Stellen zu besetzen. Klar ist aber auch, dass es momentan einfach nicht genug Pflegekräfte gibt, um kurzfristig alle Stellen zu besetzen. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen das Angebot nicht oder zögerlich wahrnehmen, weil das Antragsverfahren so kompliziert ist. Weniger Bürokratie wäre hier schön.

Ein weiteres Instrument zur Verbesserung der Personallage ist das Pflegepersonalbemessungssystem. Was halten Sie davon?

Davon halte ich sehr viel. Was Prof. Dr. Heinz Rothgang, der das System entwickelt hat, hier wissenschaftlich erarbeitet hat, davon rede ich schon seit Jahren. Es geht im Grunde darum, dass man schaut, was das Personal in den einzelnen Pflegebereichen zu tun hat und entsprechend die Tätigkeiten besser aufteilt, sprich dass auch mehr Assistenzkräfte eingesetzt werden. Ich hätte mich damals gefreut, wenn ich eine halbe Assistenzkraftstelle mehr gehabt hätte. Oft scheitert es aber an der landesweiten Fachkraftquote, die pauschal mit 50:50 festgelegt ist. Heißt: Wenn eine Hilfskraft mehr gebraucht wird, muss gleichzeitig auch eine Fachkraft eingestellt werden. Da Fachkräfte jedoch schwerer zu finden sind, wird dann lieber gar nichts unternommen, um die Fachkraftquote für die Behörden einzuhalten.





Claudia Moll, geboren am 15. Dezember 1968 in Eschweiler, ist staatlich examinierte Altenpflegerin mit einer Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie. 1998 trat sie in die SPD ein. Seit 2009 sitzt sie im Rat der Stadt Eschweiler, seit 2017 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages mit einem Direktmandat im Wahlkreis Aachen II sowie Mitglied im Gesundheitsausschuss. Seit Januar 2022 ist sie Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.

In dem Gutachten von Prof. Rothgang wurde eine sinnvollere Fachkraftquote wissenschaftlich hergeleitet, die eben nicht mehr pauschal 50:50 ist, sondern von der jeweiligen Bewohnerstruktur abhängt. Das System wurde bereits in der letzten Legislaturperiode mit einer sogenannten Roadmap auf den Weg gebracht. Im Koalitionsvertrag ist von einer schnelleren Umsetzung die Rede und das Bundesgesundheitsministerium arbeitet mit Hochdruck daran. Das finde ich richtig.

»Freiwilligendienste sollten mehr gefördert und ausgebaut werden, vor allem mit Blick auf Pflege.«

Dieses System ist für die stationäre Altenpflege gedacht. Ist Ähnliches für die ambulante Altenpflege vorgesehen?

Meines Wissens nach versuchen derzeit Wissenschaftler, zusammen mit der ambulanten Altenpflege, Kriterien für ein entsprechendes System für den ambulanten Bereich herauszuarbeiten, was aber relativ schwierig ist. Denn im ambulanten Bereich bucht jeder Leistungen für sich individuell. Der eine will einmal pro Woche duschen, der andere legt Wert auf etwas Anderes. Die eine erhält viel Unterstützung durch Angehörige, die andere weniger oder gar keine. Deshalb ist der Bedarf an professioneller Pflege bei gleichen Pflegegraden sehr unterschiedlich. Das macht es schwierig, zu einer Vergleichbarkeit zu kommen.

Trägt die Anwerbung ausländischer Fachkräfte zur Lösung des Personalproblems bei?

Wir dürfen natürlich keinem Land Pflegekräfte wegnehmen. Es gibt den WHO-Kodex für ein ethisch korrektes Anwerben von Fachkräften außerhalb Europas, an den sich auch Deutschland hält. Zahlen der Bundesagentur für Arbeit besagen, dass sich der Anteil der Ausländer an den beschäftigten Altenpflegern von acht Prozent in 2015 auf knapp 15 Prozent (91.000 Beschäftigte) in 2020 erhöht hat. Fakt ist, wenn man Fachkräfte anwirbt, muss man auch gute Konzepte auflegen und diese vernünftig integrieren, sonst sind sie morgen wieder weg. Allerdings ist das

Verfahren auch nicht einfach. Oft scheitert es an Terminschwierigkeiten seitens der Botschaften, der Anerkennung ausländischer Abschlüsse oder auch an mangelnden Sprachkenntnissen. Hier sehe ich schon noch Verbesserungspotenzial, aber das geht nicht per Knopfdruck.

Sie fordern den Ausbau des Bundesfreiwilligendienstes. Was versprechen Sie sich davon für die Pflege?

Ich bin der Meinung, dass es den Menschen formt, wenn er freiwillig ein Jahr im sozialen Bereich arbeitet. Daher sollten die Freiwilligendienste mehr gefördert und ausgebaut werden, vor allem mit Blick auf Pflege. Das Interesse der jungen Menschen scheint groß zu sein an sozialen Bereichen, aber es gibt offenbar nicht genügend freie Stellen. Die sogenannten Bufdis sind ja keine Pflegekräfte, sie übernehmen keine medizinischen oder pflegerischen Tätigkeiten, sondern sie übernehmen beispielsweise die Begleitung zu Arztbesuchen oder Spaziergängen mit den Bewohnern. Sie können und dürfen Pflegekräfte also nicht ersetzen, aber entlasten sie sehr.

Für Beschäftigte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gilt seit dem 16. März 2022 eine gesetzliche Impfpflicht gegen Covid-19. Verschärft das nochmal das Problem des Pflegepersonalmangels?

Zunächst: Was mich immer ärgert, ist, dass bei der Impfpflicht oft nur von Pflegekräften die Rede ist. Es sind aber genauso Ärzte mit eingeschlossen, Menschen in der Verwaltung, der IT, im Service- und im hauswirtschaftlichen Bereich sowie Reinigungskräfte. Was Pflege betrifft, soweit ich das anhand von Gesprächen beurteilen kann, sind die Pflegekräfte bis zu 96 bis 98 Prozent geimpft, weil diese auch genau gesehen und erlebt haben, was in den Krankenhäusern passiert, wenn jemand nicht geimpft ist. Ich glaube, es wurde insgesamt zu groß aufgehängt. Es gibt bestimmt die eine oder andere Pflegekraft, die gegangen ist, aber das wäre sie vermutlich so oder so.

Wundern Sie sich, dass es überhaupt eine Impfpflicht für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen geben muss?

Ich hätte nicht diesen Weg gewählt, sondern direkt für eine allgemeine Impfpflicht plädiert. Das schlägt mir auch wirklich auf den Magen, weil so die



Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten und Tag für Tag Enormes leisten, stigmatisiert wurden. Dabei sind nicht sie die Pandemietreiber.

Was steht neben der Gewinnung von Pflegepersonal auf Ihrer Agenda als Pflegebevollmächtigte?

Es gibt viel zu tun! Der Koalitionsvertrag ist ein toller Fahrplan mit ehrgeizigen Zielen. Das müssen wir jetzt angehen. Denn der Druck im Kessel ist hoch. Bessere Arbeitsbedingungen, Personalbemessung, Beteiligung der Pflege in den Gremien, faireren Zugang der Menschen mit Behinderung zu den Leistungen der Pflegeversicherung und bessere Selbstbestimmung durch eine gute, flächendeckende Beratung sind nur einige der Stichworte. Bis hin zur Erfüllung meines Traums einer Pflegeversicherung, deren Leistungen ganz individuell zusammengestellt werden können, ist es ein weiter Weg. Daher werde ich mich zum Beispiel beim Entlastungsbudget dafür einsetzen, dass es mit ausreichend Leistungsmöglichkeiten hinterlegt wird, damit es seinen Namen auch verdient. Wir müssen individuellere Leistungen ermöglichen, um hunderttausende pflegende

»Wir müssen individuellere Leistungen ermöglichen, um hunderttausende pflegende An- und Zugehörige massiv zu unterstützen.«

An- und Zugehörige massiv zu unterstützen. Deshalb sollten wir loslegen, starre Strukturen aufbrechen und neu denken.

Insgesamt zielt der Koalitionsvertrag auf eine Verbesserung der Pflegesituation, etwa durch Steuerzuschüsse und Entlastungen bei den Eigenanteilen. Die richtige Richtung?

Das sind meiner Ansicht nach richtige und wegweisende Maßnahmen, um die Pflegebedürftigen finanziell nicht zu überfordern. Für mich ist wichtig, dass wir in vier Jahren sehen, es hat sich was getan, und zwar in allen Bereichen, in der stationären, ambulanten oder auch familiären Pflege und im Behindertenbereich. Aber dafür muss eben auch Geld in die Hand genommen werden – ohne wird es nicht gehen. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG RHEINLAND-PFALZ

Rheinland-Pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen geht an fünf Preisträger

Er hat mittlerweile schon Tradition, der Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK, der alle zwei Jahre unter Koordination der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz (RLP) in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP) vergeben wird. Mit der Verleihung im Januar 2022 würdigten die Ersatzkassen im Land bereits zum neunten Mal das herausragende Engagement meist selbst leidender Menschen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Die mit 5.000 Euro dotierte Auszeichnung ging in diesem Jahr an insgesamt fünf Selbsthilfegruppen aus Rheinland-Pfalz. Mit dem ersten Preis wurde Julia Monro aus Weißenthurm für

ihr Projekt „Transkids“ ausgezeichnet. Sie unterstützt transgeschlechtliche Kinder und Jugendliche bei allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit ihrer Transidentität, unter anderem durch das Filmprojekt „Transkids – anders aber normal“. Der zweite Preis ging an Katrin Lepke, Gründerin der Selbsthilfegruppe FASD Pfalz – Fetales Alkoholsyndrom aus Neustadt, für ihre Aufklärungsarbeit zu FASD. Den dritten Platz teilten sich in diesem Jahr gleich drei Selbsthilfegruppen: der Hospizverein Altenkirchen, der das Thema Tod kindgerecht aufarbeitet, der Landesverband Frauenselbsthilfe nach Krebs aus Neuwied mit einem von Betroffenen gestalteten Buchprojekt und die Selbsthilfegruppe Aphasie Mainz II für Kunst- und Filmprojekte mit Aphasikern. *si*

 **@vdek_SH** Der #vdek in @Land_SH begrüßt das Votum des Hauptausschusses des Kreises Pinneberg zugunsten eines neuen Zentralkrankenhauses. Das ist eine gute Entscheidung der Lokalpolitik – jetzt ist das Land in der Pflicht. @sozmiSH

 **@vdek_HE** #UlrikeElsner, Vorstandsvorsitzende @vdek_Presse, beim heutigen #PharmaForum2022 in Wiesbaden: "Die klaren Ersatzkassenforderungen sind die Verlängerung des Preismoratoriums, die Reduzierung der MwSt. auf 7% und Ausweitung der Lagerbestände für versorgungsrelevante Arzneimittel."

VDEK-LANDESVERTRETUNG BREMEN

Resilienz in jedem Lebensalter

Wer im sozial benachteiligten Bremer Stadtteil Vahr aufwächst, ist oft früh mit Arbeitslosigkeit, Alkoholproblemen, einem hohen Migrationsanteil und anderen Herausforderungen konfrontiert. **Damit die Kinder und Jugendlichen dem etwas entgegensetzen können, hat der vdek in Bremen die „VAHRschule des Lebens“ gestartet.** Zwei sechste Klassen der Oberschule Kurt-Schumacher-Allee in der Vahr werden drei Jahre lang in ihrem schulischen Umfeld begleitet, um sie in ihrer Persönlichkeits- und Ich-Bildung zu stärken und ihre Resilienz gegenüber gesundheitsschädlichen Stoffen zu fördern. Hier setzt auch ein Projekt an, das sich an Menschen in einer anderen Lebenssituation wendet: „**Innere Stärke – Resilienz-Training in der Tagespflege**“ wird ebenfalls vom vdek sowie dem Pflegedienst vacances umgesetzt. Dabei



wird hinterfragt, warum manche Menschen besser mit Einschränkungen, chronischen Schmerzen und Pflegebedürftigkeit umgehen können, und darauf basierend neue Trainingsangebote für die Gäste entwickelt und erprobt. In einer ebenfalls besonders belastenden Situation sind Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und ihre Familien. **Um herauszufinden,**

was diese Familien brauchen, entwickeln die Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen (BKJE) und der vdek in Bremen Kursangebote zur Vorsorge. In dem Projekt mit dem Namen „pFau – primärpräventive Familiengesundheit unterstützen“ sollen die Familienmitglieder erfahren, wie sie Stabilität gewinnen, Stress bewältigen, Orientierung finden und nachhaltig psychisch gesund bleiben können. *cr*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Gesundheitsförderung arbeitsloser Menschen

Wie lassen sich Gesundheit und Wiedereingliederung in Arbeit gemeinsam fördern? Unter diesem Titel berichtet der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Landesvertretung Baden-Württemberg – gemeinsam mit dem Statistischen Amt der Stadt Stuttgart über die Ergebnisse der Bedarfserhebung im Rahmen des Modellprojektes zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt am Standort Stuttgart. **In zwei umfassenden Onlinebefragungen wurden die Leistungsbeziehenden sowie die Beratungsfachkräfte des Jobcenters Stuttgart durch das Statistische Amt zu ihren gesundheitlichen Bedarfen und Wünschen befragt.** Die hohen Teilnahmequoten von 29,5 Prozent unter den Leistungsbeziehenden und 58,1 Prozent unter den Beratungsfachkräften zeigen die Offenheit und wahrgenommene Relevanz von Gesundheitsthemen in beiden



Gruppen. Auf Basis der Befragungsdaten konnten im Jahr 2021 sowie für das laufende Jahr 2022 bedarfsorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auf den Weg gebracht werden. **Zudem konnten Anhaltspunkte für die weitere Projektumsetzung auf Verhältnisebene, etwa Informationsveranstaltungen für Beratungsfachkräfte, gewonnen werden.**

Seit März 2020 setzt die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg gemeinsam mit dem Jobcenter Stuttgart das Modellprojekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ um. Der vollständige Artikel zu den Ergebnissen der Befragungen kann im Magazin des Statistischen Amtes der Stadt Stuttgart „Statistik und Informationsmanagement“ eingesehen werden. *cc*

→ bit.ly/3ws0Mww

VDEK-LANDESVERTRETUNG SAARLAND

Gemeinsam dem Krebs den Kampf ansagen

2008 fiel der Startschuss, um in jedem Bundesland ein Krebsregister aufzubauen. Die Ziele: mehr Transparenz in die komplexe Krebsversorgung bringen und die Behandlungsqualität in den einzelnen Bundesländern besser darstellen. Seither ist viel passiert. Das Saarländische Krebsregister hatte damals als eines der ersten Krebsregister bundesweit alle gesetzlichen Kriterien erfüllt. Längst sind zu den Aufgaben weitere, etwa das Monitoring der Mortalität sowie die Erforschung von Krebserkrankungen, hinzugekommen. Zusätzlich hat auch bei den Krebsregistern die Digitalisierung Einzug gehalten, was neue Chancen – auch in der Krebsprävention – bietet. Denn zukünftig wird es möglich sein, die Daten aller 16 Krebsregister gemeinsam auszuwerten. So erhält man ein klareres Bild, wo



man ansetzen kann, um die unkontrollierte Vermehrung und das wuchernde Wachstum von Zellen – also Krebs – zu verhindern. Ziel wird es sein, mit einer abgestimmten Vorsorge und bedarfsgerechten Präventionsangeboten im Schlüsselschluss dem Krebs den Kampf anzusagen. Alle relevanten Akteure wie zum Beispiel Politik, Patienten, Ärzte und Krankenkassen können

gemeinsam darauf hinwirken, dass Krebs erst gar nicht entsteht. Der vdek im Saarland arbeitet seit vielen Jahren konstruktiv zusammen mit dem Saarländischen Krebsregister daran, dieses Ziel voran zu bringen. Mehr zur Arbeit des Saarländischen Krebsregisters auch in der Rubrik „Fokus“ auf der Internetseite der vdek-Landesvertretung Saarland. [aml](mailto:aml@vdek-saarland.de)
→ bit.ly/3CA0gvZ

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

Schulgesundheitsfachkräfte an Grundschulen

Das Modellvorhaben „Gesund aufwachsen in Hamburg – Schulgesundheitsfachkräfte an Hamburger Grundschulen“ ist das größte Präventionsprojekt der Ersatzkassen unter der gemeinsamen Dachmarke „Gesunde Lebenswelten“. An Grundschulen in sozial benachteiligten Quartieren vermitteln die Schulgesundheitsfachkräfte den Schülerinnen und Schülern über den Unterricht hinausgehend, wie sie ihre Ressourcen für seelisches Wohlbefinden stärken können und wie wichtig gesunde Ernährung und Bewegung sind. Außerdem helfen sie den Schulen dabei, mit Eltern in einen Austausch zu gesundheitsrelevanten Themen zu kommen. Das Projekt wird je zur Hälfte finanziert vom vdek und der Freien und Hansestadt Hamburg. Bei einer gemeinsamen



Pressekonferenz an der Grundschule Mümmelmannsberg im Stadtteil Billstedt haben die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, Kathrin Herbst, Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard sowie Schulsenator Ties Rabe das Vorhaben der Öffentlichkeit vorgestellt. „Kinder aus Elternhäusern in schwieriger sozialer Lage sollen die gleichen Startchancen für ein gesundes Leben haben

wie andere Gleichaltrige“, sagte Herbst. „Aus der guten Zusammenarbeit aller Akteure erwächst die Chance, Grundschulen in sozial schwachen Quartieren zu Kompetenzzentren für gesundes Aufwachsen zu machen.“ Derzeit sind 13 Fachkräfte an 18 Schulen im Einsatz. Das Projekt, das von einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung evaluiert wird, läuft bis 2025. [sk](#)



VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Modellprojekt für sektorenübergreifende Notfallversorgung

In Hessen wird seit März 2022 mit dem Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ eine bessere Verzahnung der Versorgungssektoren erprobt. Ziel ist die passgenaue Versorgung von Patienten, die derzeit durch den Rettungsdienst in Notaufnahmen behandelt werden, obwohl sie durch die niedergelassenen Ärzte versorgt werden könnten. Nach Hochrechnungen auf Basis der landesweit eingeführten IVENA-Datenbank betrifft dies bis zu 75.000 Fälle jährlich. **Die logistische Vernetzung erfolgt dabei über Partnerpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, die sich bereit erklärt haben, solche eigentlich ambulanten Fälle direkt vom Rettungsdienst zu übernehmen.** Die Projektpartner KV Hessen, Rettungsdienstträger, Krankenhäuser und Krankenkassen haben – unterstützt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration – diverse Umsetzungshürden überwunden. Dazu gehörten sowohl die Erstattungsfähigkeit der Transporte in

die Partnerpraxen als auch die Erstattung der Projektkosten der KV Hessen durch die Krankenkassen. Technisch mussten die Schnittstellen zwischen den IT-Systemen etabliert werden, sodass die Rettungsdienste mittels des IVENA-Systems jeweils die nächst gelegene Partnerpraxen per Tablet identifizieren und vorab informieren können. **Das Projekt wird zunächst in drei Rettungsdienstbereichen umgesetzt und vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) evaluiert.** Es wurde am 23. März 2022 im Rahmen einer Pressekonferenz mit dem hessischen Staatsminister für Soziales und Integration, Kai Klose, in Frankfurt vorgestellt. Claudia Ackermann (Foto), Leiterin der vdek-Landesvertretung, betonte dabei stellvertretend für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Hessen, wie wichtig es sei, dass kein Patient an den Sektorengrenzen verloren geht und alle Fälle einer medizinischen und ökonomischen Evaluation zugeführt werden. *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Fortsetzung der regionalen Psychiatrie-Budgets

Schleswig-Holstein ist Vorreiter in Sachen Regionalbudget nach § 64b SGBV: Schon 2003 vereinbarten das Klinikum Itzehoe und alle Krankenkassen das bundesweit erste Modellprojekt – damals noch nach der Bundespflegesatzverordnung. Das Behandlungsprinzip lautet „ambulant vor teilstationär vor stationär“. Wichtige Elemente sind die Kontinuität in der Behandlung, die Förderung der Selbsthilfe und eine flächendeckende hohe

Behandlungsqualität. Die Qualitätsverbesserung wird durch eine sektorenübergreifende und patientenzentrierte Versorgung angestrebt. Außerdem wird durch die Bildung eines Gesamtbudgets für voll- und teilstationäre Leistungen und Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen ein effizienter Einsatz der Ressourcen erreicht. Das



Finanzierungsmodell eines regionalen Budgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung wird in den fünf Kreisen Steinburg, Rendsburg-Eckernförde, Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg und Nordfriesland mit gut 900.000 Einwohnern erprobt und durchgeführt. Nun wurde eine Verlängerung bis Ende 2025 vereinbart. Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, steht voll hinter

dem Modell: „Die Versorgung orientiert sich hier stärker am individuellen Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten. Das führt dazu, dass sie länger in ihrem sozialen Umfeld verbleiben können und seltener stationär aufgenommen werden müssen. Ein weiterer positiver Effekt ist, dass die bessere Versorgung dennoch nicht teurer ist.“ fu

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Zielbild für medizinische Versorgung 2030

In der „Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz“ wurden 2021 die Herausforderungen und Chancen diskutiert, um den Menschen in Sachsen weiterhin eine gute medizinische Versorgung bieten zu können. Dazu, wie diese im Jahr 2030 aussehen soll, entwickelten anschließend die verantwortlichen Akteure der Gesundheitslandschaft im Freistaat ein Zielbild. An dessen Erarbeitung beteiligt waren die Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung sowie der Landkreis-, Städte- und Gemeindetag. „Im Blickpunkt steht eine qualitativ hochwertige und am Patienten orientierte Krankenhausversorgung“, unterstreicht Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen, stellvertretend für die Ersatzkassen in Sachsen. „Der Freistaat Sachsen muss für eine nachhaltige

und auskömmliche Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser Sorge tragen. Ebenso stehen die Punkte Digitalisierung, Qualität und Spezialisierung der Krankenhausversorgung im Fokus. Wir sind zuversichtlich, dass diese essenziellen Impulse im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden und die Maßnahmen zum Erreichen des Zielbildes im neuen Krankenhausgesetz einen rechtlichen Rahmen finden.“ Nachdem das „Zielbild 2030 – Sächsische Krankenhausversorgungslandschaft im Wandel“ an Sozialministerin Petra Köpping übergeben wurde, läuft derzeit das Anhörungsverfahren. Voraussichtlich im Sommer/Herbst befasst sich der Sächsische Landtag mit dem Krankenhausgesetz in den entsprechenden Ausschüssen und wird dann den Entwurf zur Abstimmung auf die Tagesordnung des Plenums setzen. cb





EINWURF

Steigende Beiträge können nur das letzte Mittel sein

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

Die Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lässt keinen Aufschub zu. Im kommenden Jahr fehlen laut Schätzungen aller Experten rund 17 Milliarden Euro. Hier braucht es Lösungen, die idealerweise auch langfristig beziehungsweise nachhaltig wirken.

Mitte März 2022 wurde ein Entwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes bekannt, den der Gesundheitsminister jedoch wenige Tage später wegen mangelnder Ressortabstimmung wieder zurückzog. Dabei hat der Arbeitsentwurf die richtigen Stellschrauben in den Fokus genommen und zeigt Maßnahmen auf, die wir als Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unterstützen.

Dazu gehört die dauerhafte Dynamisierung des Steuerzuschusses für die GKV zur Kompensation versichertenfremder Leistungen, also eine jährliche Anpassung der aktuell vorgesehenen 14,5 Milliarden Euro. Dazu gehört auch die im Gesetzentwurf angedachte Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln auf sieben Prozent. Andere europäische

Länder, etwa Frankreich oder Spanien, machen es vor. Auch in Deutschland ist dieser Schritt notwendig, da die Kosten im Arzneimittelbereich in den letzten Jahren exorbitant gestiegen sind.

Keine Aussagen enthält der Gesetzentwurf zu der im Koalitionsvertrag angekündigten Erhöhung der Beitragserstattungen für die Versorgung von ALG-II-Empfängern. Dabei handelt es sich immerhin um eine Deckungslücke von zehn Milliarden Euro.

Keine Lösung ist, dass die Politik erneut Kassenreserven nutzen will. Diese sind auch nach dem Vermögensabbau kaum noch vorhanden, weil die Krankenkassen bereits in den letzten zwei Jahren Rücklagen in Milliardenhöhe in den Gesundheitsfonds abgeführt haben.

Sollte nach Ausschöpfung dieser Maßnahmen ein über Beitragssatzerhöhungen zu finanzierendes Finanzdelta bleiben, so sollte dies nicht über die Anhebung der individuellen Zusatzbeitragssätze erfolgen, sondern über die Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes. Dieser liegt seit dem 1. Januar 2015 bei 14,6 Prozent. ■

Die Herausforderungen mit Blick auf die Finanzsituation in der GKV betreffen verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens. → **Mehr auf den Seiten 36 bis 47**





GKV-Finanzen: Weichen stellen

Einen gründlichen Blick wirft *ersatzkasse magazin.* auf die Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen analysiert die zunehmende Schere zwischen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den GKV-Ausgaben. Weitere Beiträge befassen sich mit der Ausgaben- und Finanzsituation im ambulanten und stationären Bereich der GKV. An vielen Kostenschrauben kann und muss gedreht werden. So sind bei den Arzneiausgaben die neuen Medikamente stärkster Kostentreiber. Die Krankenkassen kritisieren seit Jahren, dass deren Preise im Jahr des Markteintritts nicht gedeckelt sind. Drängendstes Problem ist und bleibt das über der GKV schwebende Damoklesschwert in Form eines Defizits von 17 Milliarden Euro für 2023. Hier muss die Ampel-Regierung schnellstens gesetzlich gegensteuern.

Stabile GKV-Finanzen müssen das Ziel bleiben

Text von **Thorsten Nahrgang**

Mitte März 2022 wurde ein **Entwurf für ein sogenanntes GKV-Finanzstabilisierungsgesetz** – kurz: GKV-FinStG – bekannt. Das Gesetz löste einige Verwirrung aus, wurde es doch bereits wenige Tage später offiziell zurückgezogen, dementiert und eine fehlende Ressortabstimmung innerhalb der Regierung verlautbart.

Trotz dieses wohl übereilten Vorstoßes griff der Entwurf viele wichtige Punkte auf, um die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mittelfristig zu stabilisieren. Arzneimittel und deren Kostenentwicklung spielen dabei eine besondere Rolle. Dort schlummern enorme Einsparpotenziale in Milliardenhöhe. Das Arzneimittelpreismoratorium, das die Preise für patentgeschützte Medikamente auf dem Stand von August 2009 weitgehend deckelt, sollte über Ende 2022 hinaus bis 2026 verlängert werden. Das erste Jahr der freien Preisbildung für neue Arzneimittel sollte auf sechs Monate verkürzt werden und der Erstattungsbetrag, der während des AMNOG-Verfahrens (Zusatznutzenbewertung) ermittelt wird, hätte bereits früher gegolten.

Absenkung der Mehrwertsteuer angedacht

Daneben wäre die Umsatzschwelle für Orphan Drugs, ab der sich solche Präparate einer normalen Nutzenbewertung im AMNOG-Verfahren

unterziehen müssen, von 50 auf 20 Millionen Euro gesenkt worden. Zudem hätte es einen zeitlich befristeten Abschlag auf den Erstattungsbetrag von 15 Prozent und einen gestaffelten Herstellerabschlag gegeben. Parallel wurde angekündigt, dass man prüfen wolle, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf sieben Prozent zu senken.

Zusätzlich war eine dauerhafte Erhöhung des Steuerzuschusses zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen um fünf Milliarden Euro geplant. Der Apothekenabschlag, der den Kassen als Rabatt zulasten des Apothekenhonorars für die Abgabe eines rezeptpflichtigen Arzneimittels zusteht, wäre befristet auf zwei Jahre von 1,77 Euro auf zwei Euro erhöht worden. Kritisch ist zu bewerten, dass erneut in die Krankenkassenrücklagen gegriffen worden wäre. Zum einen sollte die Obergrenze für das kassenindividuelle Finanzvermögen von 0,8 auf 0,6 Monatsausgaben gesenkt und alles darüber vorhandene Vermögen an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Zusätzlich,



»Reformbedarf
und Finanzloch
in Höhe von
17 Milliarden
Euro für
2023 bleiben
bestehen.«



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

so der Plan, wäre die Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 0,5 auf 0,25 Monatsausgaben halbiert worden. Es fehlte zudem die Umsetzung eines kostendeckenden Beitragsatzes für die Versorgung von ALG-II-Empfängenden, wie es im Koalitionsvertrag bereits verabredet worden war.

Gesetzliche Regelung weiterhin nötig

Nichtsdestotrotz bleiben der Reformbedarf und das Finanzloch in Höhe von 17 Milliarden Euro für 2023 bestehen. Eine stabile und verlässliche GKV-Finanzierung muss weiterhin das Ziel bleiben. Eine gesetzliche Regelung ist nach wie vor nötig. ■

Weichen müssen jetzt gestellt werden

Text von **Christian Breidenbach** und **Thorsten Nahrgang**

Für das kommende Jahr zeichnen sich finanzielle Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ab. Prognosen gehen von einer Finanzierungslücke in Höhe von 17 Milliarden Euro aus. Um die Finanzlage zu stabilisieren, müssen jetzt die Weichen gestellt werden. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat entsprechende **Vorschläge zur Finanzkonsolidierung** entwickelt.

Die aktuelle Finanzschätzung prognostiziert für 2023 eine Finanzierungslücke in Höhe von 17 Milliarden Euro. Diese Summe beinhaltet bereits den regulären Steuerzuschuss von 14,5 Milliarden Euro. Im Vergleich zu 2022 schlagen Mehrausgaben von 9,7 Milliarden Euro und Mindereinnahmen von 8,1 Milliarden Euro zu Buche. Hinzu kommt, dass bislang der einmalig erhöhte Sonder-Bundeszuschuss an die GKV in Höhe von 14 Milliarden für 2023 nicht im Bundeshaushalt eingeplant ist.

Selbst wenn auch für 2023 der erhöhte Steuerzuschuss von zusätzlich 14 Milliarden Euro erneut fließen würde, wäre ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,56 Prozent nötig. Ohne erneut erhöhten Steuerzuschuss wäre annähernd eine Verdopplung des Zusatzbeitragssatzes auf etwa 2,4 Prozent zu befürchten. **Der vdek schlägt unter anderem die folgenden fünf Maßnahmen zur Finanzkonsolidierung vor:**

Höhere GKV-Beiträge für ALG-II-Bezieher

Der Koalitionsvertrag spricht davon, dass die Koalition höhere GKV-Beiträge für ALG-II-Beziehenden aus Steuermitteln finanzieren will. Das fordert der vdek seit Jahren und begrüßt das Ansinnen. Eine IGES-Studie von 2017 kommt zu dem Ergebnis, dass für die gesamte Gruppe der ALG-II-Beziehenden (inklusive Aufstockern) eine Unterfinanzierung in Höhe von rund 9,6 Milliarden Euro pro Jahr besteht. Eine ausgabendeckende monatliche Beitragspauschale hätte demnach im Jahr 2016 statt rund 90 Euro etwa 275 Euro pro Kopf betragen müssen.

Generelle Absenkung der Mehrwertsteuer

Eine generelle Absenkung der Mehrwertsteuer auf den reduzierten Satz von sieben Prozent auf GKV-Gesundheitsleistungen würde ein jährliches Entlastungsvolumen von etwa sechs bis sieben Milliarden Euro realisieren. Etwa 11,6 Milliarden Euro sind schätzungsweise 2019 als Mehrwertsteuer abgeführt worden. Allein eine Mehrwertsteuersenkung auf Arzneimittel könnte die GKV bereits um 4,9 Milliarden Euro entlasten.

Überprüfung extrabudgetärer Vergütung

Gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden Extrahonorare an die Vertragsärzte gezahlt, damit diese zeitnah Termine über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) anbieten. Zwischen Mitte 2019 und Anfang 2021 wurden fast 800 Millionen Euro extrabudgetär vergütet. Dennoch ist der Effekt gering. Laut einer Forsa-Umfrage des vdek haben 2021 nur 32 Prozent der Befragten schon einmal die Rufnummer 116 117 gewählt. Finanzieller Aufwand und Patientennutzen stehen in einem Missverhältnis. Zwar sieht das beschlossene Korrekturverfahren vor, dass auch nach Ablauf der einjährigen Bereinigungsphase noch Richtigstellungen möglich sind. Trotz der Korrektur verbleiben aber noch etwa 500 Millionen Euro an zusätzlichem Honorar bei den Vertragsärzten. Das Sprechstundenangebot muss zwingend ausgebaut und das Terminmanagement verbessert werden.

Kostendämpfung bei Arzneimitteln

Das Gleichgewicht zwischen Bezahlbarkeit von Arzneimitteln, Nutzen für Gesundheitssysteme und Patienten sowie Einnahmen für die Pharmafirmen hat sich zugunsten letzterer eingependelt. Die Association Internationale de la Mutualité (AIM) schlägt mit dem Fair-Pricing-Modell einen Algorithmus vor, der auf die zugrunde liegenden Kosten und den therapeutischen Nutzen abstellt. Eine Studie der Techniker Krankenkasse (TK) und der Universität Bremen hält für Deutschland eine jährliche Ersparnis in Höhe von 13 Milliarden Euro für möglich. Die Berechnungen zeigen, dass die tatsächlichen Arzneimittelpreise bis zu 13-mal so hoch sind, wie sie fairerweise sein sollten.

Regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses

Laut Koalitionsvertrag soll der Bundeszuschuss regelhaft dynamisiert werden. An welcher Regel sich diese Dynamisierung orientieren soll, bleibt offen. Denkbar wäre eine jährliche Anpassung anhand der Veränderungsrate der Grundlohnsumme. Die prognostizierte Veränderungsrate der Grundlohnsumme für 2023 beträgt derzeit 1,95 Prozent. Der aktuell gültige Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro müsste sich in 2023 damit um 282 Millionen Euro auf 14,782 Milliarden Euro erhöhen.



Christian Breidenbach
ist Referatsleiter in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek



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

Strukturelles Defizit beseitigen, nachhaltige Reformen anstoßen

Text von Prof. Dr. Jürgen Wasem

Die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und die **Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** entwickeln sich zunehmend auseinander: Im laufenden Jahr betragen die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds voraussichtlich rund 233,3 Milliarden Euro, die zu finanzierenden Ausgaben hingegen rund 284 Milliarden Euro.

Diese primäre Unterdeckung von aktuell rund 50,7 Milliarden Euro betrug 2019 noch 30 Milliarden Euro. Geht man – wie längerfristig regelhaft beobachtet – davon aus, dass auch in den kommenden Jahren die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ein Prozent geringer steigen als die Leistungsausgaben, wird die primäre Unterdeckung bis 2027 auf knapp 50 Milliarden Euro angestiegen sein.

Ursächlich für diese jüngst stark gewachsene strukturelle Unterdeckung sind zum kleineren Teil nach wie vor die einnahmenseitigen Folgen des coronabedingten Lockdowns in 2020, zum überwiegenden Teil aber spiegelt sie die expansive Ausgabenpolitik der damaligen Großen Koalition wider. Demgegenüber hat die Pandemie ausgabenseitig bislang für die GKV eher entlastend gewirkt, da sie mit einer zurückhaltenden Inanspruchnahme einherging, während der Bundeshaushalt erhebliche Teile

der spezifischen Belastungen durch die Pandemie (Testen, Impfen) sowie der diversen Rettungsschirme für Leistungserbringer finanzierte.

Auf die wachsende primäre Unterdeckung hat der Gesetzgeber in den vergangenen drei Jahren jeweils mit Ad-hoc-Maßnahmen reagiert. Dazu zählt insbesondere ein Sonderbundeszuschuss, der in 2020 erstmals floss und sich in diesem Jahr auf 14 Milliarden Euro beläuft. Er ist damit aktuell ebenso hoch wie der „reguläre“ Bundeszuschuss. Im vergangenen Jahr hatte der

Gesetzgeber zudem Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Rücklagen verpflichtet, diese teilweise (mit einem Finanzvolumen über alle Kassen von rund acht Milliarden Euro) an den Gesundheitsfonds abzuführen, der sie dann im Rahmen der Zuweisungen über den Morbi-RSA an die Krankenkassen wieder ausschüttete. Die Ad-hoc-Maßnahmen haben bisher dafür ausgereicht, dass die Krankenkassen



Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen

die Zusatzbeitragssätze nur mäßig anheben mussten – von durchschnittlich 0,9 Prozent in 2019 auf 1,3 Prozent im diesem Jahr. Im Interesse einer verlässlichen Finanzplanung für die Krankenkassen ist aber eine Fortsetzung einer Politik von jeweils kurzfristigen Ad-hoc-Maßnahmen abzulehnen. Denn wie sollen Krankenkassen solide managen können, wenn – wie etwa für dieses Jahr geschehen – erst im November des Vorjahres feststeht, ob sie rund 20 Milliarden Euro oder rund 27 Milliarden Euro über Zusatzbeiträge finanzieren müssen?

Aus meiner Sicht war es schon vor dem Überfall Russlands auf die Ukraine zweifelhaft, ob dauerhaft und verlässlich ein deutlich höherer Bundeszuschuss realisierbar sein würde. Auch die Wünschbarkeit ist diskutierbar, da ein steigender Bundesanteil den Charakter des Gesundheitssystems auf Dauer verändern kann. Mit den neuen Prioritäten für den Bundeshaushalt erachte ich diesen Weg für so gut wie ausgeschlossen. Da – wie dargestellt – der überwiegende Teil des strukturellen Defizits auf verbesserte Leistungen für die Versicherten bzw. höhere Vergütungen für die Leistungserbringer zurückzuführen ist, ist es meines Erachtens vielmehr angezeigt, dass deren Finanzierung auch über eine angemessene Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV erfolgen sollte.

Als der allgemeine Beitragssatz mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) mit Wirkung ab 2015 auf 14,6 Prozent festgesetzt wurde, wurden damit 87 Prozent der GKV-Ausgaben finanziert, in diesem Jahr sind es nur noch 81 Prozent; insofern wäre eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber auf mindestens 15 Prozent gut darstellbar. Der Gesetzgeber übernehme insoweit auch sichtbar die Verantwortung für die von ihm beschlossene Dynamik bei den Leistungsausgaben der GKV. Demgegenüber gingen die falschen Signale davon aus, wenn die Politik

primär auf eine Anhebung der Zusatzbeitragssätze zielen würde. Höhere Beitragseinnahmen ließen sich auch durch Veränderungen bei den Spielregeln für die beitragspflichtigen Einnahmen realisieren, wobei hier darauf zu achten ist, dass von ihnen keine konträren Anreizwirkungen ausgehen (wie etwa im Falle einer isolierten Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze).

Insoweit weder ein höherer Bundeszuschuss noch Beitragssatzanhebungen politisch gestemmt werden können, bleibt nur kurzfristige Kostendämpfung. Leider hat diese wenig mit den allfälligen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen zu tun; teilweise wirkt sie sogar eher strukturkonservativ, etwa wenn (wie zuletzt mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 bis 2012 praktiziert) mit dem Rasenmä-

her über einen Leistungsbereich hinweg uniform Umsatzanstiege begrenzt werden. Es gehört zu den Wahrheiten, dass strukturelle Maßnahmen auf die Schnelle nicht in nennenswertem Umfang zu Einsparungen führen. Im Gegenteil dürften strukturelle Veränderungen teilweise zunächst eher mit Mehrausgaben einhergehen, wie etwa eine stärkere Zentralisierung der Krankenhauslandschaft oder die Umsetzung einer stärkeren Regionalorientierung von Steuer-

rungskonzepten. Auch im Arzneimittelbereich wären konzeptionell weit reichendere Reformansätze als eine tragfähige Antwort auf die Frage nach der gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft für die zunehmende Zahl von Hochpreis-therapien (wie der von unterschiedlichen Akteuren diskutierte erneute Aufschlag zu einer Kosten-Effektivitäts-Bewertung) nicht sofort umsetzbar.

Daher muss die Verlässlichkeit in der GKV-Finanzierung kurzfristig realisiert werden, ohne Verzicht auf die Einleitung weitergehender struktureller Reformen, deren Früchte wohl erst in der kommenden Wahlperiode geerntet werden können. ■

»Die Fortsetzung einer Politik von jeweils kurzfristigen Ad-hoc-Maßnahmen ist abzulehnen.«

Neue Medikamente – stärkster Kostentreiber bei Arzneiausgaben

Text von Judith Hild und Boris von Maydell

17 Milliarden Euro – so groß ist die geschätzte Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2023. Ergänzend zu den Entwicklungen im Krankenhausbereich tragen auch die **gestiegenen Kosten im Bereich der ambulanten Versorgung** wesentlich zu dem immer größer werdenden Finanzierungsdefizit bei. Neben den ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen stehen hier insbesondere der Heilmittelbereich und der Arzneimittelbereich im Fokus.

Das riesige Finanzloch, vor dem die Krankenkassen nun stehen, zeichnete sich schon vor der Pandemie ab. Seit Jahren sorgen gesetzgeberische Maßnahmen, Preisanpassungen und Leistungsausweitungen dafür, dass sich die Kassen mit stetig steigenden Mehrausgaben konfrontiert sehen. In den letzten Jahren lagen die Pro-Kopf-Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel um jeweils fünf Prozent über den Vorjahreswerten, was in den Jahren 2019, 2020 und 2021 jährlich über zwei Milliarden Euro zusätzlicher Belastung entspricht. Diese Kostensteigerung steht direkt mit hohen Ausgaben speziell für neue Arzneimittel im Zusammenhang. Die Krankenkassen kritisieren seit Jahren, dass deren Preise im Jahr des

Markteintritts nicht gedeckelt sind – was in anderen europäischen Ländern gängige Praxis ist. Somit sind sechsstellige Jahrestherapiekosten für neu auf den Markt kommende Produkte in Deutschland keine Seltenheit. Besonders für Orphan Drugs, also Medikamente gegen seltene Krankheiten, sind die Jahrestherapiekosten in den letzten Jahren stark angestiegen und lagen 2020 bei durchschnittlich über 500.000 Euro. Ein weiterer Faktor für steigende Kosten im Arzneimittelbereich ist die Erhöhung des Fixzuschlages als Folge der Änderung in § 3 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), die mit dem Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz (VOASG) eingeführt wurde. Die Mehrkosten, die durch die Festzuschläge für pharmazeutische Dienstleistungen seit Dezember 2021 anfallen, liegen für die GKV bei rund 150 Millionen Euro jährlich.

Im Bereich der ärztlichen Versorgung machen steigende Kosten im Bereich psychotherapeutischer Leistungen und reguläre Honorarsteigerungen einen Großteil der Mehrkosten aus – auf insgesamt über 5,7 Milliarden Euro belaufen sich die addierten jährlichen Zusatzkosten seit 2015. Daneben schlägt seit Ende 2019 auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) mit einer erheblichen Steigerung der Kosten von insgesamt etwa 1,5 Milliarden Euro bis 2021 zu Buche. Dabei sei darauf hingewiesen, dass für die Mehrkosten durch das TSVG vom ehemaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ursprünglich 500 bis 600 Millionen Euro prognostiziert wurden.

In den genannten 1,5 Milliarden Mehrkosten durch das TSVG sind Auswirkungen auf den Bereich der Heilmittel noch nicht berücksichtigt. Hierbei handelt es um zusätzliche Ausgaben für therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die sich seit 2019 im Durchschnitt jährlich auf etwa 800 Millionen Euro belaufen. Das

Beispiele für geschätzte Mehrausgaben der GKV-weiten ambulanten Versorgung seit 2015 bis 2021



Quelle: eigene Darstellung

TSVG bildete die Basis mehrerer Preisverhandlungen zwischen Heilmittelverbänden und dem GKV-Spitzenverband, die enorme Auswirkungen auf die Preise der Heilmittelleistungen haben. Nach mehreren Verhandlungsrunden während der letzten Jahre wurde zuletzt im August 2021 eine weitere Erhöhung der Heilmittelpreise beispielsweise im Bereich der Physiotherapie rückwirkend zum 1. April 2021 um 14,09 Prozent beschlossen. Der Preis für Krankengymnastik stieg somit zwischen 2015 und 2021 von 15,82 Euro auf 24,08 Euro. Insgesamt erhöhten sich die Ausgaben im Bereich Heilmittel zwischen 2015 und 2021 um 4,2 Milliarden Euro.

Auch im zahnärztlichen Bereich wirkt sich das TSVG auf die Kosten aus – hier verursachte beispielsweise die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz schätzungsweise 700 Millionen Euro Mehrkosten seit Oktober 2020. Daneben gab es aber in den letzten Jahren auch Mehrausgaben aufgrund der Frequenzanpassungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen nach § 56 Abs. 2 SGB, die sich seit 2019 auf etwa 510 Millionen Euro summieren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hatte sich

außerdem mit dem GKV-Spitzenverband im April 2021 auf eine pauschale Abgeltung für besondere Aufwände der Vertragszahnärzte während der Pandemie geeinigt, deren Kosten sich auf einmalig etwa 275 Millionen Euro belaufen. Seit 1. Juli 2021 gilt die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen. Die jährliche Mehrbelastung lag 2021 bei etwa 117 Millionen Euro, für das laufende Jahr werden bis zu 740 Millionen Euro erwartet.

Allein die hier genannten beispielhaften Entwicklungen summieren sich auf über zehn Milliarden Euro Mehrausgaben für den Zeitraum 2015 bis 2021. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass in den letzten Jahren ein Finanzierungsdefizit von 17 Milliarden Euro entstanden ist. Dank zusätzlicher Steuermittel sind die Ausgaben für 2022 vorerst gesichert – für 2023 droht dennoch eine Finanzierungslücke von 17 Milliarden Euro. Um stark steigende Zusatzbeitragssätze zu vermeiden, müssen dringend Maßnahmen ergriffen werden. Denkbar ist ein kostendeckender Beitragssatz von ALG-II-Empfängern, eine Erhöhung des Bundeszuschusses oder eine Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln auf sieben Prozent. ■



Judith Hild ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Boris von Maydell ist Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek

Finanzsituation der Krankenhäuser

Text von **Stefan Wöhrmann**

Eine unzureichende Investitionsförderung der Länder und ein Nebeneinander von komplexer Preis- sowie Kostenerstattung der Krankenhäuser führen zu steigenden Ausgaben, die die **Beitragszahler** zunehmend belasten.

Das Statistische Bundesamt weist derzeit aktuell für 2019 Krankenhauskosten in Höhe von 115,1 Milliarden Euro aus. Die Personalkosten betragen derzeit etwa 61,1 Prozent und die Sachkosten 37,4 Prozent. Der Rest entfällt hauptsächlich auf Kosten der Ausbildungsstätten. Der Schulbetrieb fällt nicht in den Ausgabenbereich der Kultusminister, sondern in den Bereich der Krankenkassen. Insofern handelt es sich hierbei um eine versicherungsfremde Leistung der Krankenkassen. Diese drei Kostenarten sind jedoch sogenannte Bruttokosten. Bereinigt man diese um die nichtstationären Kosten, zum Beispiel für die Ambulanzen oder wissenschaftliche Forschung und Lehre der Universitätskliniken, so erhält man die Nettokosten, die die stationäre Krankenhausbehandlung widerspiegeln. Diese betragen dann noch 98,8 Milliarden Euro. Die Angaben des Statistischen Bundesamtes beziehen sich auf nicht verifizierte Kostendaten, die seitens der Krankenhausträger gemeldet werden.

Krankenhausaussgaben der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat 2019 insgesamt 81,5 Milliarden Euro für Krankenhausbehandlung finanziert. Dies sind entsprechende Ausgaben für die GKV und Erlöseinnahmen für Krankenhausträger. Differenzen zu den Kosten der Krankenhäuser ergeben sich unter anderem aus dem Anteil der Ausgaben der Selbstzahler, insbesondere der privaten Krankenversicherung, für

Krankenhausbehandlung und Wahlleistungen. Etwa 90 Prozent der Kosten der GKV fallen für die Behandlung von Patienten in somatischen Fachabteilungen an. Die restlichen zehn Prozent fallen für die Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen oder Einrichtungen an, die über das sogenannte PEPP-System, insbesondere über Tagespauschalen, abgerechnet werden.

Komplexität der Entgeltsysteme

Die Patienten in den somatischen Disziplinen werden über das sogenannte DRG-System, insbesondere mit Fallpauschalen, abgerechnet. Der aktuelle DRG-Katalog für 2022 weist 1.292 Fallpauschalen aus, von denen 1.235 bewertet sind. Insgesamt kennt das DRG-System derzeit 1.949 Entgelte, 9.885 Entgeltdifferenzierungen und 174.969 krankenhausespezifische Entgeltvereinbarungen für die unbewerteten Entgelte. Der aktuelle PEPP-Entgeltkatalog weist 60 Pauschalen für vollstationäre, 20 für teilstationäre und drei für stationsäquivalente Behandlung aus. Hiervon sind insgesamt 51 Entgelte bewertet. Insgesamt kennt das PEPP-System derzeit 432 Entgelte, 3.259 Entgeltdifferenzierungen und 3.691 krankenhausespezifische Entgeltvereinbarungen für die unbewerteten Entgelte.

Der Abrechnungsbezug ist im DRG-System grundsätzlich fallbezogen und im PEPP-System grundsätzlich tagesbezogen. Beide Systeme haben einen Leistungsbezug, der sich aus insgesamt 14.177 Diagnosen und 33.138 Prozeduren ergibt. Insgesamt sind das DRG- und PEPP-System äußerst komplex. Diese Komplexität war bei den jeweiligen System-einführungen nicht vorhanden. Die sogenannten „lernenden Systeme“ haben dazu geführt, dass sich



Stefan Wöhrmann
ist Abteilungsleiter
Stationäre Versorgung
beim vdek

Politik und Leistungserbringer immer mehr von einem pauschalen Entgeltsystem verabschiedet und nach mehr Abrechnungsdifferenzierung verlangt haben. Im Ergebnis führt diese Komplexität zu mehr Dokumentations- und Abrechnungsprüfungsaufwand; nicht zwingend jedoch zu mehr Abrechnungsgerechtigkeit. Dieser Aufwand wird aber nicht den Verursachern, sondern den an dieser Entwicklung schuldlosen Krankenkassen angelastet. Die Politik hat sich mit dem MDK-Reformgesetz sogar dazu hinreißen lassen, die Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu quotieren, das heißt Prüfquoten vorzugeben. Diese Regelung belastet die Beitragszahler stark, da sie maßgeblich zu Ausgabensteigerungen der Krankenkassen beiträgt.

Pflegebudget

Die Abrechnungskomplexität reichte dem Gesetzgeber nicht aus. Etwa 20 Prozent der Kalkulationskosten, die für die „Pflege am Bett“ anfallen, wurden aus dem DRG-System herausgelöst und in ein Pflegebudget überführt. Dieses wird nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zwischen dem Krankenhausträger und den Krankenkassen verhandelt. Leider ist nicht näher definiert, was überhaupt „Pflege am Bett“ ist. Nachdem jahrelang Pflegepersonal bei erheblichen Fallzahlausweitungen von den Krankenhäusern nicht aufgestockt wurde, kommt es seit der Einführung der Pflegebudgets zu zweistelligen Forderungen für mehr Personal. Die Frage, woher das Personal, das am primären Arbeitsmarkt nicht vorhanden ist, kommen soll, bleibt unbeantwortet. Die geforderten Kostensteigerungen folgen kalkulatorischen Verschiebungen zwischen dem DRG-Bereich und dem Pflegebudget. Letztendlich hat sich durch die Einführung der Pflegebudgets die Situation in der Pflege nicht gebessert; dies belegen die Auswertungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Eine weitere Belastung der Beitragszahler, die zu keiner besseren Versorgung geführt hat, geht damit aber einher.

Duale Krankenhausfinanzierung

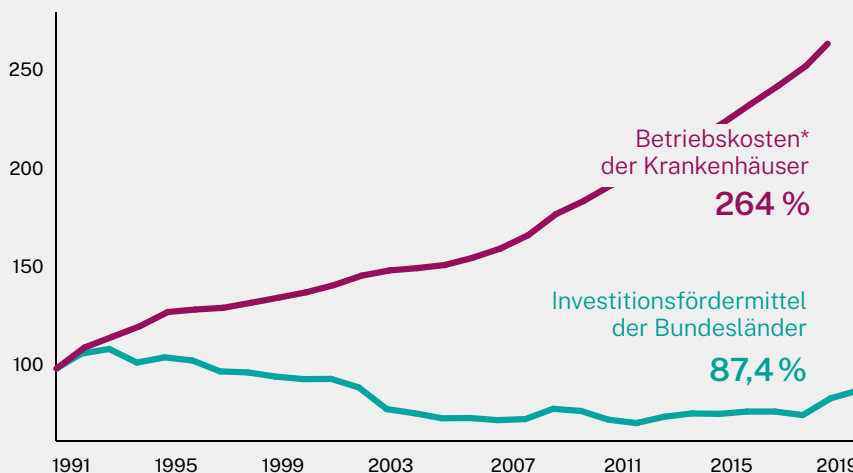
Seit der Einführung des DRG-Systems liegen die Erlöse der Krankenhäuser über den Kosten der Krankenhäuser.

Dies ergibt sich aus der Differenz des Bundesbasisfallwertes und der Bezugsgröße aus dem InEK-Kalkulationsverfahren. Die Krankenhäuser konnten durch eine Reduzierung der Kosten, insbesondere beim Pflegepersonal, und einer Ausweitung der Fallzahlen immer höhere Gewinne erwirtschaften. Aus diesen Gewinnen wurden letztendlich auch Investitionen finanziert, die eigentlich von den Ländern zu tragen gewesen wären. Die Länder finanzieren nur drei Prozent der Gesamtausgaben der Krankenhäuser; die Investitionen der Krankenhäuser liegen aber bei etwa acht Prozent der Gesamtausgaben. Die 1972 eingeführte duale Krankenhausfinanzierung hat zu einem stetigen Rückgang der Länderinvestitionen und zumindest seit der DRG-Einführung zu einer Überfinanzierung der von den Krankenkassen zu tragenden Betriebskosten geführt. Leidtragende sind die Beitragszahler.

Eine Komplexität der Entgeltsysteme, die nur zur Erlösoptimierung und nicht zu mehr Verteilungsgerechtigkeit führt, sowie ein Pflegebudget das wenig Nutzen bringt, aber zu einem hohem Aufwand führt, lassen sich nur dadurch erklären, dass die Kompensation mangelnder Investitionsförderung der Länder durch eine Betriebskostenüberfinanzierung durch die Beitragszahler politisch gewollt ist. ■

Fördermittel und Betriebskosten

Index (1991 = 100); 1991-2020; Bundesgebiet



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung nach: StBA und AOLG



Anträge auf medizinisches Cannabis rückläufig

BARMER Die BARMER hat seit Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes am 10. März 2017 bis Ende des vergangenen Jahres 23.123 Anträge auf cannabishaltige Arzneimittel erhalten. Davon wurden 15.897 Anträge, also 68,7 Prozent, bewilligt und 7.226 abgelehnt. Die Fallzahlen waren in den vergangenen beiden Jahren rückläufig. Das geht aus einer aktuellen BARMER-Analyse anlässlich des fünfjährigen Bestehens des Cannabis-Gesetzes hervor. Demnach gab es im Jahr 2019 noch 5.824 Anträge und in den Folgejahren 4.881 und 4.272. „Der große Hype um Cannabis scheint vorbei, und es wird gezielter eingesetzt. In einem therapeutischen Gesamtkonzept kann Cannabis bei Schwerkranken sinnvoller Teil der Behandlung sein. Aber es ist eben kein Allheilmittel und als Schmerzmittel allein unzureichend“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Auch in Zukunft seien weitere Studien erforderlich, um die komplexen Wirkmechanismen von Cannabis noch besser zu verstehen und diese in individuelle Behandlungskonzepte zu integrieren. *pm*

→ barmer.de → bit.ly/3DunlSL



DAK Fast drei Viertel der Deutschen hält die Zeitumstellung für überflüssig und würde sie abschaffen. Nur 23 Prozent finden sie noch sinnvoll. Trotzdem glaubt nur ein Viertel, dass sie wirklich in absehbarer Zeit abgeschafft wird. Das ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage der DAK-Gesundheit. 27 Prozent der Befragten gaben an, im Nachgang der Zeitumstellung schon einmal gesundheitliche Probleme gehabt zu haben. Dabei sind Frauen mit 34 Prozent deutlich häufiger betroffen als Männer (21 Prozent). Die gesundheitlichen Probleme sind dabei vielfältig: 80 Prozent haben sich nach der Zeitumstellung schlapp und müde gefühlt. 65 Prozent litten an Schlafstörungen, 39 Prozent konnten sich schlecht konzentrieren. Fast jeder Fünfte (16 Prozent) litt sogar an depressiven Verstimmungen. Das Europäische Parlament stimmte bereits im März 2019 mit deutlicher Mehrheit für eine Abschaffung im Jahr 2021. Hierfür wäre eine Einigung der einzelnen Mitgliedstaaten nötig gewesen. Diese wurde jedoch auf unbestimmte Zeit vertagt. *pm*

→ dak.de

→ bit.ly/3DqYrn8

Gemischtes Bild bei Zufriedenheit mit DiGA

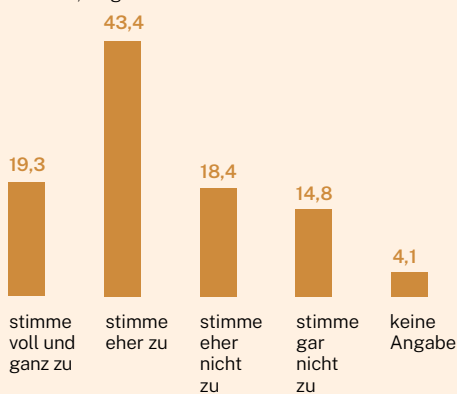
TK Seit Oktober 2020 können Ärztinnen und Ärzte Apps auf Rezept verschreiben. Der aktuelle DiGA-Report der Techniker Krankenkasse (TK) und der Universität Bielefeld zieht Resümee, wie die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Gesundheitssystem angekommen sind. Unter anderem wurden 244 Versicherte, die eine App verschrieben bekommen haben, zu Nutzung und Zufriedenheit befragt. Mit 84 Prozent

gab die überwiegende Mehrheit an, ihre DiGA mindestens einmal pro Woche zu nutzen, davon 37 Prozent täglich. Zehn Prozent gaben an, sich nur wenige Male im Monat einzuloggen. Lediglich sechs Prozent nutzten die App gar nicht. Bei der Zufriedenheit zeichnet sich ein gemischtes Bild ab: 19 Prozent der Befragten geben an, dass die App ihre Beschwerden gelindert hat. 43 Prozent stimmen eher zu, dass die App ihnen geholfen hat. 33 Prozent geben jedoch an, dass die DiGA ihnen nicht oder eher nicht geholfen hat. Bis Ende Dezember 2021 sind bei der TK 19.025 Verordnungen für DiGA eingegangen. *pm*

→ tk.de → bit.ly/36YS4LC

„Die DiGA hilft mir/hat mir dabei geholfen, meine Beschwerden zu lindern.“

N = 244; Angaben in Prozent



Quelle: TK

Angst und Anorexie: Starker Anstieg unter Jugendlichen

KKH Die lange Dauer der Pandemie hat bei jungen Menschen deutliche Spuren hinterlassen. Dies macht sich Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zufolge besonders in Form von Ängsten und einem gestörten Essverhalten bemerkbar. Die Analyse von rund 200.000 KKH-Versicherten im Alter von sechs bis 18 Jahren zeigt, dass vor allem Jugendliche betroffen sind. So haben Angststörungen wie Panikattacken und allgemeine Angstzustände bei den 13- bis 18-Jährigen von 2019 auf 2020 um rund neun Prozent zugenommen. Bei Essstörungen stellt die KKH ein Plus von rund sieben Prozent fest. Ob dieser Anstieg mit Covid-19 zusammenhängt, ist laut KKH-Psychologin Franziska Klemm noch nicht erwiesen. Unstrittig sei jedoch, dass eine Krise wie die Corona-Pandemie für jüngere Menschen besonders belastend ist. „Wenn viele Belastungen zusammenkommen und stärkende Faktoren wie der Austausch mit Freunden, Hobbys oder ein geregelter Alltag in der Pandemie wegfallen, kann das die psychische Gesundheit gefährden“, so Klemm. *pm*

→ kkh.de → bit.ly/3uF1vrP

Teure Privatleistungen ohne Zusatznutzen?



»Eltern sollen eine informierte Entscheidung bei Privatleistungen treffen können.«

Im Vergleich der Studienergebnisse ist der Anteil „sehr zufriedener“ Kinder und Jugendlicher deutlich gestiegen (2011: 42 Prozent vs. 2021: 51 Prozent). Ausschlaggebend dafür waren in erster Linie ein vertrauensvolles Verhältnis zum behandelnden Arzt, eine problemlose und schmerzfreie Behandlung sowie die Verbesserung des Aussehens.

Die Gründe für eine kieferorthopädische Behandlung haben sich aus Sicht der Befragten wenig verändert: Rund 45 Prozent (2011: 43 Prozent) hatten „eigentlich keine Beschwerden“. 32 Prozent (2011: 30 Prozent) wollten „einfach besser aussehen“. Ein „schrecklich“ aussehendes Gebiss oder Hänseleien spielten bei 20 Prozent (2011: 22 Prozent) der Befragten eine Rolle. Dabei ist auffällig, dass die Mehrheit vor Beginn der Behandlung nach eigenen Angaben nicht an medizinischen oder funktionell relevanten Problemen des Gebisses litt: Lediglich rund elf Prozent der Kinder und Jugendlichen gaben in beiden Befragungen „erhebliche Probleme“ beim Essen und/oder Sprechen an.

Text von Anna Nymbach-Dietrich

In einer aktuellen Studie haben der Sozial- und Gesundheitswissenschaftler Dr. Bernard Braun (Universität Bremen) und der Kieferorthopäde Dr. Alexander Spassov hkk-versicherte Eltern und Kinder zu ihren **Erfahrungen mit ihrer kieferorthopädischen Behandlung** befragt und die Antworten mit einer Untersuchung aus dem Jahr 2011 verglichen. Was hat sich in den vergangenen zehn Jahren verändert? Die gute Nachricht: Kinder und Jugendliche sind mit der Behandlung zufriedener als noch vor zehn Jahren. Die schlechte: Private Zuzahlungen zur Behandlung sind gestiegen. Ist das gerechtfertigt?



Die am häufigsten von den Eltern genannten Gründe für eine Behandlung waren Zukunftsannahmen über die weitere Gebissentwicklung und ihre Folgen, präventive Absichten sowie psychosoziale Aspekte. Zwar rechtfertigen die KFO-Richtlinien auch Behandlungen, falls zukünftige funktionelle Beeinträchtigungen drohen (§ 29 SGB V), doch dazu liefern wissenschaftliche Erkenntnisse keine ausreichenden Hinweise, wie ein IGES-Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit von 2019 zeigt.

Schönheit hat ihren Preis

Privatleistungen wie flexible Drähte/Bögen, spezielle Zahnreinigung, Glattflächenversiegelung und Brackets mit Selbst-Schließmechanismus haben in beiden Untersuchungszeiträumen dreiviertel aller Befragten in Anspruch genommen. Der Studienvergleich zeigt, dass Eltern heute deutlich mehr Geld für Zusatzleistungen ausgeben als noch vor zehn Jahren: Mehr als doppelt so viele Eltern (2021: 31 Prozent vs. 2011: 15 Prozent) gaben an, 1.000 bis 2.000 Euro für

Zusatzleistungen gezahlt zu haben; etwa elf Prozent (2011: 3 Prozent) sogar mehr als 2.000 Euro. Kosten von bis zu 500 Euro waren hingegen rückläufig und machen aktuell nur noch einen Anteil von 27 Prozent aus (2011: 50 Prozent).

Spassov sieht diese Entwicklung kritisch: „Auf die Frage, warum Privatleistungen in Anspruch genommen werden, erklärten die Befragten, die Kassenleistung reiche nicht aus, die Privatleistung verspreche einen besseren und schnelleren Behandlungserfolg oder die Kassenbehandlung könne nur in Kombination mit privaten Zusatzleistungen durchgeführt werden. Dabei haben kostenintensive Privatleistungen häufig keinen wissenschaftlich nachgewiesenen Zusatznutzen.“ Und er betont, dass private Zuzahlungen für Brackets oder Bögen letztlich unnötig seien, weil erstens der Leistungskatalog großzügig gestaltet ist. Und zweitens, weil zwischen den verschiedenen Produkten kaum Unterschiede hinsichtlich Behandlungsdauer, Schmerzen, Hygienefähigkeit sowie Gesundheitsrisiken bestehen.

Damit Eltern künftig eine informierte Entscheidung bei Privatleistungen treffen können, empfehlen die Studienautoren – ähnlich dem IGeL-Monitor – evidenzbasierte Nutzenbewertungen hinsichtlich Behandlungsdauer und -erfolg. ■

Der gesamte Report steht auf → hkk.de/gesundheitsreport zum Download bereit.



Anna Nymbach-Dietrich ist Projektleiterin hkk-Gesundheitsreport

 **@vdek_Presse** Gute G-BA-Entscheidung! Patient:innen mit #Herzrhythmusstörungen, bei denen elektrophysiologische Herzkatheteruntersuchung oder Verödung von Herzgewebe (Ablation) ansteht, können vorher eine ärztliche Zweitmeinung durch unabhängige Fachärzt:innen einholen.

 **@vdek-Presse** Heute iga.Beiratssitzung: Die drei iga.-Verbände #vdek, @BKKDV und @DGUV stellen dem Beirat den Fahrplan für die kommenden Monate vor. Oberstes Ziel: Mehr Gesundheit im Arbeitsleben. Wichtige Bausteine: #BGF und #Prävention. Mehr Infos: → <https://iga-info.de>

Die Frage nach dem Nutzen

PODCAST Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, sind Leistungen, die Versicherte selbst zahlen müssen. Der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes Bund bietet seit zehn Jahren Orientierung auf diesem unübersichtlichen Markt, indem er ausgewählte IGeL anhand wissenschaftlicher Kriterien auf Nutzen und Risiken prüft. **Der IGeL-Podcast ergänzt dieses Angebot: Warum gibt es Leistungen, für die die Krankenkasse nicht aufkommt? Wie entscheide ich mich dafür oder dagegen? Ist jedes Screening zur Früherkennung sinnvoll? Solche Fragen greift das neue Format monatlich auf.** *mwa*

→ bit.ly/3wP3Vaa



Goldene vdek-Verdienstmedaille für Horst Wittrin

Für seinen engagierten Einsatz für die Belange der Ersatzkassenversicherten hat **Horst Wittrin (im Foto links) die vdek-Verdienstmedaille in Gold erhalten**. Wittrin war ab 1999 zunächst stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates der HEK – Hanseatische Krankenkasse, zwischen 2005 und 2019 dann Vorsitzender. Auch war er über viele Jahre im vdek-Gesamtvorstand tätig. Vor der Überreichung der Auszeichnung durch den stellvertretenden vdek-Verbandsvorsitzenden Klaus Wonneberger (im Foto rechts) würdigte der ehrenamtliche Verbandsvorsitzende Uwe Klemens die Verdienste Wittrins. Unter anderem lobte er dessen Einsatz für die von den Ersatzkassen erfolgreich erkämpfte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Klemens habe den Geehrten dabei als „starken und zuverlässigen Partner in der Ersatzkassengemeinschaft“ erlebt. *mwa*



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

Vorbereitung für die Sozialwahlen

Dieser Leitfaden richtet sich nicht nur an Wahlberechtigte, sondern insbesondere an Wahlbewerber und Verantwortliche für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen, die am 31. Mai 2023 anstehen. Er stellt Grundlagen und Verfahren für diese Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger dar. Neben einem ausführlichen Wahlkalender sind die Kontaktdaten der Wahlbeauftragten von Bund und Ländern enthalten.

Wolfgang Rombach | **Leitfaden zu den Sozialversicherungswahlen** | 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2022, 149 S., € 28 | Erich Schmidt Verlag, Berlin

Teilhabe und Inklusion im Betrieb

Das Buch erleichtert mit Erläuterungen zu den verschiedenen Regelungen den Zugang zum Behindertenrecht im Arbeitsleben und dient als Hilfsmittel für den Umgang mit den Neuerungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG). Dazu werden Gesetze, Verordnungen und Vorschriften aus dem Recht der Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf die Arbeitswelt vorgestellt. Die Grundlage bilden neben dem SGB IX mit BTHG über 20 Gesetze und Verordnungen.

Nils Bolwig, Dr. Maren Conrad-Giese, Henning Groskreutz, Dr. Daniel Hlava und Dr. Diana Ramm | **Behindertenrecht in der Arbeitswelt – Gesetze, Einleitungen, Übersichten 2021/22** | 5., überarbeitete Auflage 2021, 560 S., € 36 | Bund-Verlag, Frankfurt am Main

Gesundheit im Zeitalter der Plattformökonomie

Mit großen Schritten gestaltet die digitale Transformation das Gesundheitswesen um. Im neuen Sammelband des TK-Vorstandsvorsitzenden Dr. Jens Baas fügen sich spannende Zukunftsthemen zu einem Kaleidoskop der digitalen Gesundheit zusammen. Das Buch richtet sich an alle, die die Überzeugung teilen, dass die Digitalisierung der Schlüssel für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen ist und die diese Zukunft im Interesse der Patientinnen und Patienten revolutionieren wollen. So werden in der Welt von morgen digitale Plattformen einen festen Platz einnehmen. Bei deren erfolgreicher Umsetzung können die Krankenkassen als ganzheitlicher Dienstleister eine zentrale Rolle spielen.

Jens Baas (Hrsg.) | **Gesundheit im Zeitalter der Plattformökonomie. Ziele. Herausforderungen. Handlungsoptionen** | 2022, 400 S., € 69,95 | MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Bevor es zu spät ist

Bundesgesundheitsminister und Mediziner Karl Lauterbach hat seine während der Corona-Pandemie deutlich vernehmbaren und unermüdlichen Warnrufe auf ein anderes Gebiet ausgedehnt: den Klimawandel. Zum ersten Mal seit Beginn der Zivilisation sei sogar das Überleben der Menschen auf dem Planeten Erde gefährdet, warnt Lauterbach in seinem neuen Buch „Bevor es zu spät ist“. Es ist auch als Appell an die Politik zu verstehen, wissenschaftliche Erkenntnisse rechtzeitig in Handeln umzusetzen, gerade auch mit Blick auf die nachfolgenden Generationen.

Karl Lauterbach | **Bevor es zu spät ist. Was uns droht, wenn die Politik nicht mehr mit der Wissenschaft Schritt hält** | 2022, 288 S., € 22 | Verlag Rowohlt, Berlin



Weitere aktuelle Bücher
→ vdek.com/buecher

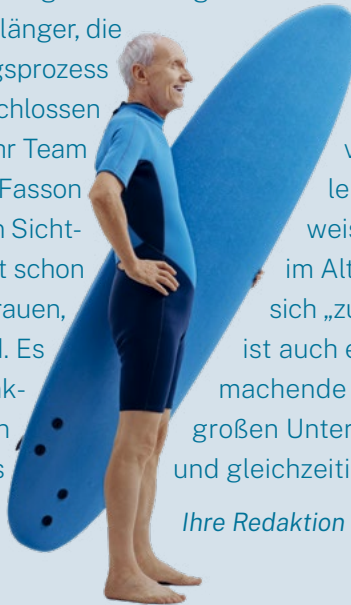


Statistische Daten aus dem Gesundheitswesen finden sich in der kürzlich erschienenen Broschüre „**vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2022**“, die der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) jährlich herausgibt. Die Publikation enthält Daten aus den Themenbereichen Bevölkerung, Versicherte, Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung und soziale Pflegeversicherung, anschaulich aufbereitet in Diagrammen, Tabellen und Grafiken. Die vdek-Basisdaten erscheinen seit nunmehr 26 Jahren und haben sich als Nachschlagewerk für den schnellen Faktencheck etabliert. Ein kostenfreies Exemplar kann unter der E-Mail-Adresse basisdaten@vdek.com bestellt werden. Zusätzlich zur Printausgabe stehen sämtliche Inhalte der Broschüre sowie weitere Grafiken und Daten zum kostenlosen Download bereit. Die Informationen werden kontinuierlich aktualisiert. [pm](https://vdek.com/basisdaten)
→ vdek.com/basisdaten

PS: Schöne Aussicht – 13 Jahre länger leben

Unsterblich zu sein oder zumindest länger zu leben – wer wünscht sich das nicht? Während der erste Wunsch (noch) Wunschdenken ist, lässt sich an der Schraube der Lebenserwartung durchdrehen. Doch wie so viele Dinge im Leben gibt es das nicht umsonst. Denn nur diejenigen Menschen leben ganze 13 Jahre länger, die den persönlichen Entwicklungsprozess und Neuem gegenüber aufgeschlossen sind. Dies haben die Altersforscherin Susanne Wurm und ihr Team gefunden. Wer bereits nach dieser Fassung des Älterwerdens für sich als begreifen, ihre Pläne realisieren sind. Dies haben die Altersforscherin von der Uni Greifswald herausgefunden. Wer bereits nach dieser Fassung lebt, kann sich glücklich schätzen. Aber was ist mit denen, deren Sichtweg negativ sind? Die vielleicht schon im Alter von dreißig sagen: „Der Lack ist ab.“ Oder die sich nichts zutrauen, weisen auf Altern und Alter durch – weil es ihnen eingeredet wird. Es ist auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, negative und krankmachende Vorstellungen vom Altern abzubauen. Letztlich macht es einen großen Unterschied, „einfach“ nur länger zu leben oder aber ein längeres und gleichzeitig erfülltes Leben zu führen.

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 (Leiterin Abteilung der Kommunikation)

Redaktionsleitung Annette Kessen

Redaktion Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

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

Layout Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen Stephanie F. Scholz
(Titelseite, S. 4, 10/11, 16/17, 36/37, 39, 50/51) stephanie-f-scholz.com

Druck & Versand
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

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

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

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

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

Bildnachweise (von oben nach unten und von links nach rechts) | **S.3:** vdek/Georg J. Lopata | **S.5:** Pflegebevollmächtigte, Holger Gross | **S.6:** shapecharge/iStock/Getty Images | **S.7:** Elena Shpineva/iStock/Getty Images; vdek/Annette Kessen | **S.8:** GKV-Spitzenverband; Techniker Krankenkasse | **S.12:** TK-Fotoarchiv | **S.13:** vdek/Georg J. Lopata; vdek/Georg J. Lopata | **S.14:** vdek/Georg J. Lopata; vdek/Verena Brüning | **S.19:** privat; vdek/Georg J. Lopata | **S.20:** Rawpixel/iStock/Getty Images | **S.22:** sturti/iStock/Getty Images | **S.24:** vdek/Sibylle Malinke; PicturePeople; privat | **S.27:** Pflegebevollmächtigte, Holger Gross | **S.29:** Pflegebevollmächtigte, Holger Gross | **S.30:** Julia Monro | **S.31:** privat/vacances; Chinnapong/iStock/Getty Images Plus | **S.32:** WunderBild/Fotolia; Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) | **S.33:** www.bestechend.de | **S.34:** lorenzoantonucci/iStock/Getty Images Plus; ipopba/iStock/Getty Images Plus | **S.35:** vdek/Georg J. Lopata | **S.39:** vdek/Manfred Schild | **S.41:** vdek/Christian Breidenbach; vdek/Manfred Schild | **S.42:** Prof. Dr. Jürgen Wasem | **S.45:** Teresa Furth; vdek/Georg J. Lopata | **S.46:** vdek/Georg J. Lopata | **S.48:** skodonnell/iStock/Getty Images Plus | **S.49:** thenounproject/Barracuda | **S.51:** Cosima Hanebeck | **S.52:** Medizinischer Dienst Bund; HEK – Hanseatische Krankenkasse | **S.53:** vdek/Manfred Schild | thenounproject/YANDIRS | thenounproject/DharmaPrasetya | **S.54:** Ljupco/iStock/Getty Images
Dieses Magazin wurde auf holzfreiem, FSC® Mix-zertifiziertem Papier gedruckt.

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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



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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

vdek online

vdek.com

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



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