

ersatzkasse magazin.

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

G20634

4. AUSGABE 2022



Effiziente Versorgungsstrukturen schaffen

Der demografische Wandel macht neue Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen notwendig

»Verantwortung für Prävention auf viele Schultern verteilen«

Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger sieht umfassenden Reformbedarf beim Präventionsgesetz

GKV-Finanzreform nachbessern

Geplante GKV-Finanzreform belastet Beitragszahler einseitig. Kabinettsentwurf muss nachgebessert werden

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** Kabinettsbeschluss des **#GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes**: Beitragszahler müssen weiterhin Löwenanteil zur Schließung der **#Finanzlücke 2023** zahlen. Faire Lastenverteilung sieht anders aus.

 **@vdek_Presse** Isolation- und Quarantäneverpflichtungen bei **#Covid-19** teilweise aufheben? Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des vdek, widerspricht Dr.med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der @kbv4u



EDITORIAL

Mut zu Strukturreformen

Es ging dann doch Schlag auf Schlag: erst der Referentenentwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes, dann kurz darauf ohne wesentliche Änderungen der Kabinettsentwurf – für die Beitragszahler eine herbe Enttäuschung, sind es doch vor allem sie, die den Löwenanteil der Finanzierungslücke von rund 17 Milliarden Euro in 2023 zahlen müssen. Nachhaltige Finanzpolitik sieht anders aus, sagen die Krankenkassen und fordern mehr Mut zu strukturellen Reformen. Handlungsbedarf gibt es ebenso in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV): Hier klafft zum Ende dieses Jahres eine Finanzierungslücke von etwa 2,3 Milliarden Euro. Steigende Lohn- und Energiekosten treiben trotz „kleiner Pflegereform“ die Eigenanteile in der stationären Altenpflege in die Höhe, auch dafür brauchen wir eine politische Lösung. Auf der politischen Agenda stehen zudem wichtige Strukturreformen in der ambulanten und stationären Versorgung, vor allem der Abbau von Sektorengrenzen und eine stärkere Ambulantisierung.

Ohne eine stabile und nachhaltige Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird es schwierig, diese Reformen anzugehen.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Im Interview spricht der Politikwissenschaftler und Soziologe Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger über den Wert von Prävention, die Bedingungen guter Gesundheitsförderung und über die Herausforderungen einer Reform des Präventionsgesetzes.

→ Mehr dazu auf Seite 19

Die Corona-Pandemie hat je nach sozialem Status sehr unterschiedliche körperliche und psychische Folgen und Auswirkungen. Besonders leiden sozial benachteiligte Schulkinder, wie die sechste Befragungswelle des DAK-Präventionsradars zeigt.

→ Mehr dazu auf Seite 46

30



»Verantwortung für Prävention auf viele Schultern verteilen«

POLITIK & VERSORGUNG Im Interview mit *ersatzkasse magazin.* spricht Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger über den Wert von Prävention und gute Gesundheitsförderung. Mit Blick auf die Reform des Präventionsgesetzes regt er eine stärkere Kooperation zwischen Krankenkassen und kommunaler Ebene an. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) müsse eingebunden werden.

19

**ersatzkasse
magazin.
online**

www.vdek.com/magazin



Effiziente Versorgungsstrukturen schaffen

SCHWERPUNKT Aufgrund des demografischen Wandels sind in Deutschland neue, moderne Versorgungsstrukturen notwendig. Um den Versicherten eine hochwertige Gesundheitsversorgung dauerhaft anzubieten, schlagen der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und seine Mitglieds-kassen vor, ambulante und stationäre Versorgung effektiv zusammenzudenken und zu verzahnen.



Pandemie verstärkt Schmerzen und Ängste

ERSATZKASSEN Sozial benachteiligte Schulkinder leiden besonders unter der Corona-Zeit. Die sechste Befragungswelle des DAK-Präventionsradars zeigt, dass sie negative Veränderungen durch die Pandemie stärker als alle Vergleichsgruppen erleben. Deutlich wird dies bei der Lebenszufriedenheit, dem Gesundheitszustand und dem psychischen Wohlbefinden.

46

AKTUELL

- 6 ALIVE: Impfquoten bei Älteren verbessern
- 7 Impulspapier zum BIÖG
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 GKV-Finanzreform: Unfaire Lastenverteilung
- 14 Resolution der vdek-Mitgliederversammlung
- 16 Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten
- 19 Interview: Prof.Dr.Dr.Thomas Gerlinger
- 24 #regionalstark
- 28 3 Fragen: Self Tracking Report
- 29 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 32 Effiziente Versorgungsstrukturen vor Ort
- 36 Fachkräftemangel im Krankenhaus
- 39 Vom Krankenhaus zum Geisterhaus?
- 42 3 Fragen an Miriam Wawra

ERSATZKASSEN

- 43 Arztbesuche: Männer holen auf
- 44 Nutzencheck auch für Medizinprodukte
- 45 Krankschreibungen bei Long Covid
- 46 Pandemie verstärkt Schmerzen und Ängste

VERMISCHTES

- 48 Zuwachs bei Ausbildungen in der Pflege
- 49 Podcast „Eine Runde mit...“
- 50 PS: Schwammintelligenz
- 50 Impressum

ALIVE: Impfquoten bei älteren Menschen verbessern

Versicherte ab 60 Jahren über die Bedeutung der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen für ein gesundes Altern zu informieren – das ist das Ziel von ALIVE („ALtersspezifische Impfinanspruchnahme VERbessern“). Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt wurde vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) initiiert und zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Schleswig-Holstein und zahlreichen weiteren Partnern auf den Weg gebracht. Die Umsetzung startete am 1. Juli 2022 in rund 1.000 randomisiert ausgewählten Hausarztpraxen in den drei KV-Regionen. Durch eine speziell auf die Zielgruppe der über 60-Jährigen zugeschnittene Ansprache und gezielte Aufklärung sollen die Patientinnen und Patienten der Ersatzkassen besser erreicht und von der Wichtigkeit der Impfungen überzeugt werden. Der Fokus liegt dabei auf dem Schutz gegen Grippe und gegen Pneumokokken, einen Erreger, der besonders im Alter zu schweren Lungenentzündungen führen kann. *pm*



Hauptstadtkongress

Die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner, hat auf dem Hauptstadtkongress (HSK) 2022 das Potenzial der Digitalisierung für eine flächen-deckende, qualitativ hochwertige Versorgung betont. Durch Telemedizin und digitale Anwendungen käme die medizinische Behandlung ohne lange Anfahrtswege und volle Wartezimmer dorthin, wo sie gebraucht wird. Zudem stellte Elsner auf dem Kongress die Eckpfeiler einer zukunftssicheren Versorgung vor. Mit dem Aufbau Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) in strukturschwachen Regionen, einer Krankenhausstrukturreform und der überfälligen Reform der Notfallversorgung könnten neue, moderne Versorgungsstrukturen geschaffen werden. tag
→ bit.ly/2Et54bn

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen haben ein Impulspapier vorgelegt, in dem sie Vorschläge für die Ausgestaltung des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit (BIÖG) machen. Die Errichtung des BIÖG ist im Koalitionsvertrag vereinbart. **Das neue Institut soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ersetzen.** Die Krankenkassenverbände sehen das BIÖG als steuernde Einheit einer nachhaltigen Public-Health-Struktur in Deutschland. Ihnen ist es ein wichtiges Anliegen, dass das BIÖG ein interdisziplinärer Netzwerkknoten für Public Health in Deutschland wird, bei dem die Fäden für koordinierte Public-Health-Maßnahmen zusammenlaufen. Eine weitere Kernaufgabe des Instituts müsse die Verbreitung von Gesundheitsinformationen in der Bevölkerung durch laienverständliche Informationen und moderne Kommunikationsstrategien sein. Insgesamt sollte die Bundesregierung die Gesundheit der Bevölkerung in den Fokus rücken, auch in Bereichen jenseits des Gesundheitswesens. pm
→ bit.ly/3PE3i9X



vdek-Mitgliederversammlung fordert faire Lastenverteilung

Die vdek-Mitgliederversammlung hat auf ihrer Sitzung am 8. Juli 2022 massive Kritik an dem geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz geübt. Die Maßnahmen belasteten die Beitragszahler:innen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über Gebühr, erklärten die Vertreter:innen der Sozialen Selbstverwaltung in einer gemeinsamen Resolution und forderten die Politik auf, die einseitige Belastung der Beitragszahler:innen zu beseitigen und Strukturreformen einzuleiten. Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek und Versichertenvertreter, erklärte: „Der Staat weiß sich nur zu helfen, indem er in die Taschen der Beitragszahler:innen greift, um durch den Staat verschuldete Finanzlöcher notdürftig zu stopfen. Nicht einmal die Festlegung der Koalitionäre, die Gesundheitsversorgung der ALG-II-Empfänger kostendeckend zu finanzieren, wird erfüllt. Das sind immerhin zehn Milliarden Euro. Zudem sollte endlich die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 Prozent auf sieben Prozent gesenkt werden. Die vorgestellten Eckpunkte sind ein Offenbarungseid einer kurzsichtigen Politik und ein Generalangriff auf die Sozialen Sicherungssysteme und die Beitragszahler:innen. Hier brauchen wir eine faire Lastenverteilung.“ Auch gemeinsam mit den anderen Krankenkassen-Verbänden hat der vdek dringende Nachbesserungen am Kabinettsentwurf gefordert. pm
→ Mehr auf den Seiten 10, 14 und 29

Karen Walkenhorst wiedergewählt



Karen Walkenhorst wird für sechs weitere Jahre Vorstandsmitglied der Techniker Krankenkasse (TK) bleiben. Die ehrenamtlichen Mitglieder des TK-Verwaltungsrats, des höchsten Entscheidungsgremiums der TK,

votierten einstimmig für ihre Wiederwahl. Walkenhorst gehört seit 2017 dem TK-Vorstand an und verantwortet die Unternehmensbereiche Mitgliedschaft und Beiträge, Markt und Kunde sowie Personal. Die Diplom-Sozialwissenschaftlerin ist seit 2001 im Unternehmen tätig. Vorherige berufliche Stationen führten sie unter anderem zum vdek und ins Bundesgesundheitsministerium. *pm*

Neues Führungsduo beim Medizinischen Dienst Bund



Das Führungsduo des Medizinischen Dienstes Bund ist komplett: Der Verwaltungsrat hat nach der Wahl von **Dr. Stefan Gronemeyer zum Vorstandsvorsitzenden** im Februar 2022 nun Mitte Juli 2022 **Carola Engler zur stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden** berufen. Gemeinsam werden sie die Geschicke des neu konstituierten Medizinischen Dienstes Bund bis Juni 2028 lenken. Gronemeyer ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und war zuvor als Geschäftsführer und Leitender Arzt bei der Vorgängerorganisation des Medizinischen Dienstes Bund, MDS, seit 2010 beschäftigt. Engler (39) ist seit 2017 als Justiziarin im Stab des Vorstandes des BKK Dachverbandes e. V. tätig und war in dieser Funktion bereits im Verwaltungsrat des MDS engagiert. Sie beginnt ihre Tätigkeit am 1. September 2022. *pm*

 **27.9.2022** Der vdek lädt zu seinem vdek-Zukunftsforum „Wie sagt man es richtig? Gesundheitskompetenz stärken“ und zur Preisverleihung des vdek-Zukunftspreises ein. Geplant sind Vorträge und Diskussionen von und mit Akteuren aus Politik, Wissenschaft, Medien und der Praxis. Zudem werden die Sieger-Projekte des vdek-Zukunftspreises vorgestellt. Die Veranstaltung findet statt in der vdek-Zentrale in Berlin und wird per Livestream auf vdek.com übertragen.

 **19.9.2022** Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung lädt gemeinsam mit der Heinrich-Böll-Stiftung zur Konferenz „Baustelle: Alternde Gesellschaft“ ein. Vorgesehen sind Podiumsgespräche, Diskussionsforen mit Akteuren aus Politik, Wissenschaft und Medien und Infostände rund um die Herausforderungen und Problemstellungen einer alternden Gesellschaft. Die Konferenz findet statt in der Heinrich-Böll-Stiftung und wird per Livestream übertragen.



PRESSESCHAU

Eigenanteile

„Abermals sind die Eigenanteile für die Pflege in Heimen angestiegen. [...] 2.200 Euro monatlich sind es mittlerweile im bundesweiten Schnitt. Immer mehr alte Menschen sind nicht mehr in der Lage, das Geld aufzubringen. Natürlich nicht, schließlich beträgt die Durchschnittsrente in Deutschland rund 1.000 Euro. Höchste Zeit also für eine Finanzierungsreform, die diesen Namen auch verdient.“

STRAUBINGER TAGBLATT, 28.7.2022

Finanzierung

„Die gesetzlichen Krankenkassen sind in Not und Gesundheitsminister Karl Lauterbach wird es nur schwerlich gelingen, die Lücken zu stopfen. Zwar hat er nun mit dem GKV-Finanzgesetz erste Sparmaßnahmen auf den Weg gebracht, die sind aber nur ein Flickenteppich. [...] Schlimmer noch: Das Finanzierungsproblem der Kassen in den darauffolgenden Jahren ist nach wie vor ungelöst.“

KÖLNER STADT-ANZEIGER, 28.7.2022

Krankenhäuser

„[Lauterbach] stopft mit seinem Stabilisierungsgesetz nur die größten Lücken bei den Krankenkassen, die langfristigen Probleme aber geht er nicht an: Deutschland hat zu viele und zu viele schlechte Krankenhäuser, was wir uns finanziell, personell und vor allem qualitativ nicht leisten können. Wann hört ein Gesundheitsminister endlich auf Experten statt Kommunalpolitiker und schließt Häuser?“

RHEINISCHE POST, 29.7.2022



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

80

DIE ZAHL Annähernd 80 Prozent der Versicherten bekommen mehrkostenfreie Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Rund 20 Prozent zahlen durchschnittlich etwa 136 Euro dazu. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes. Mit ihm liegt eine umfassende Datenauswertung der im Jahr 2021 gezahlten Mehrkosten vor, 97 Prozent der Abrechnungsdaten wurden analysiert. Konkret handelt es sich um mehr als 29 Millionen Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabevolumen von fast zehn Milliarden Euro. Grundsätzlich stehen den Versicherten für ihren Krankenkassenbeitrag hochwertige Hilfsmittel ohne Mehrkosten zur Verfügung. Mehrkosten zahlen die Versicherten, anders als die gesetzliche Zuzahlung, freiwillig. Dabei ist die Spanne der Mehrkosten groß: Mit 1.339,20 Euro rangieren nach wie vor die Hörhilfen an erster Stelle, während es zum Beispiel bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten durchschnittlich 30,78 Euro und bei Kranken- und Behindertenfahrzeugen 277,07 Euro waren. *pm*

→ bit.ly/3zyYZXO

Geschäftsbericht 2021 veröffentlicht

Aus dem breiten Aufgabenfeld des G-BA konzentriert sich der Geschäftsbericht 2021 auf Themen mit unmittelbarer Versorgungsrelevanz für gesetzlich Versicherte sowie Neuerungen für Leistungserbringer. Das Spektrum reicht dabei von der Arzneimittelversorgung über neue Leistungen und Behandlungsangebote bis hin zu Zentrumszuschlägen. Kommentare der unparteiischen Mitglieder des G-BA geben Einblicke in bestehende und kommende Herausforderungen.

Offener Brief

Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), hat sich Ende Juli 2022 in einem offenen Brief an Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), gewandt. Darin kritisierte Klemens die Forderungen des KBV-Chefs, die Isolations- und Quarantäneverpflichtungen für mit Covid-19 infizierte Menschen aufzuheben, wenn diese sich gesund fühlten. Gegenüber der Neuen Osnabrücker Zeitung vom 23. Juli 2022 hatte sich Gassen dafür ausgesprochen, wieder zur Normalität zurückzukehren und bei Covid-19 genauso zu verfahren wie bei anderen Infektionskrankheiten. Wer sich nicht krank fühle, solle zur Arbeit gehen. Dem widersprach Klemens vehement und machte sich mit Blick auf den Schutz von Risikogruppen für den Erhalt der aktuell geltenden Isolations- und Quarantäneverpflicht für alle positiv Getesteten stark: „Dass die meisten Covid-19-Fälle derzeit angeblich mild verlaufen, taugt als Argument nicht. Jedes Menschenleben zählt. Darüber hinaus ist noch nicht abzusehen, wie sich Long Covid auf die individuelle Gesundheit auswirken wird.“ *pm*

→ bit.ly/3PGK7MH

Mehr Befugnisse für Pflegefachkräfte

Bei der häuslichen Krankenpflege tragen qualifizierte Pflegefachkräfte in Zukunft mehr Verantwortung. Sie dürfen bei bestimmten medizinischen Maßnahmen eigenständig entscheiden, wie oft und wie lange diese eingesetzt werden sollen, wenn die ärztliche Verordnung dazu keine Vorgaben macht. Dafür hat der G-BA die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) angepasst. Welche Leistungen sich für eine eigenständige Entscheidung von qualifizierten Pflegefachkräften im Hinblick auf Dauer und Häufigkeit eignen, ist künftig in der HKP-Richtlinie aufgeführt. Dazu gehören beispielsweise Maßnahmen bei der Stomabehandlung oder beim Versorgen von akuten Wunden. *pm*

Vorschläge für moderne Versorgungsstrukturen



Der vdek und seine Mitglieds-kassen haben eine Broschüre herausgebracht als Anstoß für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Unter dem Titel „Effiziente Strukturen für die

Gesundheitsversorgung vor Ort – ambulant und stationär zusammengedacht“ setzen sie sich dafür ein, dass die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen und der stationären Versorgung überall gewährleistet ist, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land. Dazu haben sie zukunftsfähige Lösungen wie die Einrichtung sektorenübergreifender Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) entwickelt. Insgesamt gehören Versorgungskonzepte für strukturschwache Regionen, eine umfassende Krankenhausstrukturreform sowie die längst überfällige Reform der Notfallversorgung zu den prioritären Aufgaben. *ake*

→ bit.ly/3zeFOB4 → Mehr auf Seite 32

Unfaire und unsolidarische Lastenverteilung

Text von Dr. Ines Koller und Dr. Jörg Meyers-Middendorf

Nach Wochen und Monaten des Hin und Her hat die Bundesregierung einen Kabinettsentwurf für ein **GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)** vorgelegt. In einem beispiellosen Vorgang wurde das Gesetz durch die vorparlamentarischen Beratungen getrieben. Auch inhaltlich bleibt das Gesetz hinter den Erwartungen zurück und kommt ohne Ideen für eine seriöse und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) daher.





Dr. Ines Koller ist
Abteilungsleiterin
Finanzen/Versicherung
beim vdek



**Dr. Jörg Meyers-
Middendorf** ist Ab-
teilungsleiter Politik/
Selbstverwaltung
beim vdek

Der Gesetzentwurf beschränkt sich darauf, die Beitragszahler:innen zusätzlich zu belasten. Die Leistungserbringer:innen kommen hingegen mit relativ geringen Belastungen davon. Dabei muss allen Beteiligten klar sein, dass auch sie ihren Anteil leisten müssen, um die finanzielle Stabilität des deutschen Gesundheitssystems zu gewährleisten. Es ist im Interesse aller, dass die GKV auch zukünftig eine bezahlbare Versorgung für die Patient:innen zur Verfügung stellen kann. Die Grundannahme des Gesetzgebers, dass 2023 das Finanzdefizit der GKV 17 Milliarden Euro betragen wird, kann erst im Rahmen der Beratungen des GKV-Schätzerkreises im Oktober 2022 verifiziert werden. Angesichts der unklaren Welt- und Coronalage und deren Auswirkungen auf die Wirtschaft ist auch ein höheres Defizit nicht auszuschließen. Ungeachtet der Maßnahmen des GKV-FinStG geht der Gesetzgeber davon aus, dass der Schätzerkreis eine Steigerung des Zusatzbeitragsatzes von bis zu 0,3 Prozent festlegen wird. Angesichts zu erwartender Beitragssatzsteigerungen in der sozialen Pflegeversicherung und in der Arbeitslosenversicherung könnten zusätzliche Belastungen der Beitragszahler:innen in Höhe von bis zu einem Beitragssatzpunkt ab 2023 hinzukommen.

Einseitige Belastungen

Es wird erneut ein erhöhter Bundeszuschuss aus Steuermitteln für die GKV in Aussicht gestellt. Zwei Milliarden Euro sind eingeplant. Der Bundeszuschuss dient als pauschale Abgeltung der Leistungen, die die GKV auftragsweise für den Staat erbringt. Grundsätzlich sollte der Staat die Aufgaben, die er an die GKV überträgt, vollständig refinanzieren. Bereits dadurch könnte das Finanzierungsdelta deutlich reduziert werden. Es ist beispielsweise unstrittig, dass die

Pauschale, die die Arbeitslosenversicherung für die Gesundheitsversorgung der ALG-II-Beziehenden leistet, längst nicht kostendeckend ist. Eine Studie des IGES Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

von 2017 bestätigt die Deckungslücke. Diese liegt bei etwa zehn Milliarden Euro. Das Defizit wird heute allein von der Solidargemeinschaft geschultert und bürdet ihr weitere systemfremde Aufgaben auf, die mit dem heutigen Steuerzuschuss nicht abgegolten werden können. Die Koalition hat sich zwar eine Anhebung der Pauschale ins Pflichtenheft geschrieben, blieb aber bislang untätig.

Ebenfalls ist vorgesehen, erneut Rücklagen der GKV abzuschmelzen. Die Obergrenze für die Finanzreserven der Kassen soll auf 0,5 Monatsausgaben abgesenkt werden (zuvor 0,8). Krankenkassen, deren Finanzreserven über der Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben liegen, sollen ihr Vermögen beträchtlich abbauen: 90 Prozent der Finanzreserven über 0,3 einer Monatsausgabe und 65 Prozent der Finanzreserven zwischen 0,2 und 0,3 Monatsausgaben sollen abgeführt werden. Geschätzt würden sich die Finanzreserven der GKV von 0,42 Monatsausgaben auf 0,25 Monatsausgaben reduzieren. Falls die GKV aber Ende 2022 ein Defizit aufweist, könnten die Finanzreserven in 2023 sogar unter die Mindestreserve fallen. Daneben sollen dauerhaft die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 0,25 Monatsausgaben gesenkt werden und alle Mittel der Liquiditätsreserve oberhalb der neuen Obergrenze dauerhaft den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden. 2019 wurde die Obergrenze bereits auf 0,5 Monatsausgaben gesenkt und Ende 2021 wurden einmalig alle Mittel der Liquiditätsreserve oberhalb der Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt. Durch diesen Vermögensraub kalkulierte das BMG mit 6,4 Milliarden Euro an zusätzlichen Einnahmen für die gesamte GKV.

Insbesondere mit der ebenfalls geplanten Verschärfung des Zusatzbeitragsanhebungsverbotes könnte die Finanzsituation einzelner Krankenkassen sehr kritisch werden. Künftig sollen die Kassen ihren Zusatzbeitrag nur noch dann anheben dürfen, wenn sie unter die Rücklagengrenze von 0,5 Monatsausgaben gefallen sind. Wenn die Finanzreserven der Kassen zum vorgesehenen Stichtag in 2022 nicht unter die neue Obergrenze fallen, aber absehbar auch wegen des Rücklagenabbaus im Laufe des Jahres 2023 unter die Obergrenze oder sogar die Mindestrücklage fallen werden, hätten die Kassen



dennoch ihren Zusatzbeitrag Anfang 2023 nicht anheben dürfen. Dieses verschärfte Zusatzbeitragsanhebungsverbot ist im Kabinettsentwurf richtigerweise für das Jahr 2023 ausgesetzt worden und tritt erst 2024 in Kraft.

Es soll zudem der Anstieg der sächlichen Verwaltungskosten der einzelnen Krankenkassen auf drei Prozent zum Vorjahr begrenzt werden. Diese Kosten beinhalten unter anderem die Bewirtschaftung und den Unterhalt von Grundstücken. Dazu gehören auch die Energie- und Nebenkosten. Ferner sind die Aufwendungen für die Selbstverwaltung sowie die Kosten für die Schiedsämter umfasst. Die Begrenzung hätte auch die Durchführung von Sozialwahlen und damit vor allem die Ersatzkassen, bei denen die Vorbereitung und Durchführung der Wahlen mit aktivem Wahlakt finanziert werden müssen, betroffen. Das ist im Kabinettsentwurf nicht mehr vorgesehen. Eine Deckelung ist insgesamt nicht sachgerecht, unter anderem auch mit Blick auf die aktuellen und zukünftigen Inflationssteigerungen.

Mit einem Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro für die GKV wird ein ordnungspolitischer Systembruch eingeführt. Der fiskalpolitische Ansatz, die Krankenversicherung notdürftig über ein Bundesdarlehen zu finanzieren, war bisher aus gutem Grund tabu. Das Darlehen muss aus Beitragsmitteln bedient und zurückgezahlt werden und belastet die Finanzlage der GKV über 2023 hinaus. Dies ist eine Finanzierung auf Pump und hat mit einer nachhaltigen und verlässlichen Finanzierung nichts mehr zu tun. Den Krankenkassen selbst ist eine Kreditfinanzierung verboten.

Dass vor dem Hintergrund der finanziellen Herausforderungen allein die Einnahmenseite und weitgehend unbeteiligt die Ausgabenseite herangezogen wird, ist ein Beleg für eine unfaire und unsolidarische Lastenverteilung. Bezeichnend für ein mutloses Gesetz, das ohne jeden Ansatz einer tiefgreifenden Strukturreform daher kommt. Die Zahnärzt:innen und Apotheken sehen sich nur befristeten Maßnahmen gegenüber. Die Steigerungsrate der zahnärztlichen Vergütung wird für zwei Jahre maximal auf die

Höhe der Grundlohnsumme begrenzt (gemindert in 2023 um 0,75 und 2024 um 1,5 Prozentpunkt). Im Klartext: Die Zahnärzt:innen müssen keinen Euro abgeben, sie bekommen lediglich etwas weniger mehr als gewünscht. Ähnlich die Apotheken. Befristet auf zwei Jahre wird der Apothekenabschlag um 23 Cent pro Packung erhöht. Dass auf der Gegenseite 150 Millionen Euro zusätzlich für pharmazeutische Dienstleistungen ausgeschüttet wurden und die bislang unentgeltlich erbrachten Botendienste für verschreibungspflichtige Arzneimittel neuerdings vergütet werden, lässt hingegen die Apothekerschaft unkommentiert.

Widersprüchlicher Weg

In der stationären Versorgungsstruktur ist geplant, dass die ursprünglich angedachte Begrenzung der ausgegliederten Pflegebudgets nur auf die bettennahen Pflegekräfte verwendet werden soll. Das Problem, dass auch nicht-pflegerisch tätiges Personal in die Pflegebudgets verlagert wurde, ist bereits länger bekannt. Es ist gut, dass sich die Politik dem annehmen will. Dennoch erscheint der vom BMG erwogene Weg widersprüchlich. Zunächst sollen die Pflegebudgets gesenkt werden und im zweiten Schritt die regulären Fallpauschalen erhöht werden. Ob das in der Konsequenz tatsächlich zu substanziellen Einsparungen führt, bleibt abzuwarten.

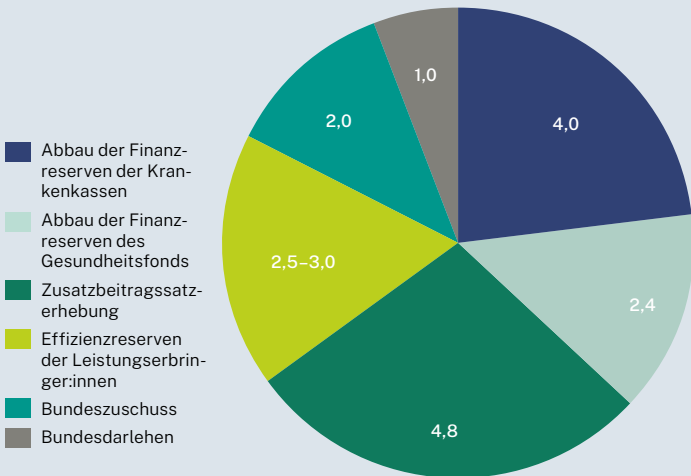
Die Haus- und Fachärzt:innen kommen ebenfalls weitgehend unbehelligt davon. Die unsachgemäße Neupatientenpauschale wird gestrichen. Sie wurde erst 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt. Die Pauschale wurde eingeführt, damit sich die Kassenärzt:innen mehr Zeit für ihre Kassenpatient:innen nehmen und Wartezeiten auch für Neupatient:innen verkürzt werden. Bisher scheinbar nicht mit dem erhofften Erfolg.

Auch die Pharmaindustrie stimmt in den Chor der öffentlichkeitswirksamen Klagelieder mit ein. Das Preismoratorium ist seit Jahren in die Kostenkalkulation der Industrie eingepreist. Die Absenkung der Orphan-Drug-Umsatzschwelle und die Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrags werden seit langem in der Fachwelt diskutiert und kommen nicht überraschend. Dass künftig dieser Erstattungsbetrag stärker auf den tatsächlichen therapeutischen Zusatznutzen abstellt, sorgt lediglich dafür, was mit der Einführung des AMNOG-Verfahrens vor elf Jahren angedacht war. Es ist auch nur angemessen, dass

Der fiskalpolitische Ansatz, die Krankenversicherung notdürftig über ein Bundesdarlehen zu finanzieren, war bisher aus gutem Grund tabu.

Finanzwirkungen des GKV-FinStG

in Mrd. Euro



Quelle: Basierend auf den Eckpunkten und dem Referentenentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) des BMG

die Preisbildung stärker auf Absatzmengen und die Packungsgrößen abstellt. Dadurch werden allenfalls Fehlanreize hin zu enormen Mengenausweitungen und medizinisch nicht notwendigem, aber von der Solidargemeinschaft finanziertem Überschuss an Tabletten pro Packung beseitigt. Gegen die ursprünglich vorgesehene auf zwei Jahre befristete Solidaritätsabgabe von einer Milliarde Euro pro Jahr ist die Pharmaindustrie Sturm gelaufen. Mit Erfolg, jetzt kommt ein erhöhter Herstellerrabatt auf patentgeschützte Arzneimittel für 2023 mit gleicher finanzieller Wirkung. Gegen diesen sachgerechten Vorschlag dürfte es jetzt schwerfallen, rechtliche Bedenken vorzubringen.

Die Leistungserbringer:innen wollen sich offensichtlich nicht an der Steigerung der Effizienzreserven und an einer solidarischen Lastenverteilung beteiligen. Vor diesem Hintergrund sollten Forderungen nach Begrenzung des Ausgabenzuwachses kein Tabu sein. Es ist nicht erklärbar, warum lediglich in der zahnärztlichen Versorgung die Vergütungssteigerungen gedeckelt werden sollen. Auch die Bereiche der ambulanten ärztlichen Leistungserbringer:innen,

der Heilmittelerbringer:innen, der Krankenhäuser und der Industrie sollten in diesem Sinne solidarisch beteiligt werden. Konkret wäre es sachgerecht, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung für 2023 und 2024 keine Anpassung des Orientierungswertes gemäß § 87a SGBV vorgenommen würde. Dies entspräche einer mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für 2011 und 2012 getroffenen Regelung. Im Krankenhausbereich sollte die Anwendung der Grundlohnrate auf den DRG-Bereich und die Pflegebudgets erfolgen. Im Heilmittelbereich sollten die am 31. Dezember 2022 geltenden Preise für Leistungen nach § 125 SGB V in 2023 und 2024 unverändert fortgelten. Auch sollte die Prüfquote im Krankenhausbereich erhöht werden.

Mehrwertsteuer für Arzneimittel

Außerdem gibt es auch noch weitere Finanzierungsmöglichkeiten neben kostendeckenden Beiträgen zu den ALG-II-Empfänger:innen. So wurde eine Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 Prozent auf sieben Prozent bislang nicht angegangen. Das ist etwa bei Schnittblumen und Hotelübernachtungen seit vielen Jahren Usus. Scheinbar ist diese Forderung in der Ampelkoalition nicht durchsetzbar. Und das, obwohl auf europäischer Ebene lediglich in Bulgarien und Dänemark der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel erhoben wird. Die Mehrwertsteuersenkung auf Arzneimittel könnte die GKV bereits um 4,9 Milliarden Euro entlasten.

Es bleibt insgesamt festzustellen, dass die vom BMG vorgestellte Reform nicht dafür sorgt, dass die GKV nachhaltig und zukunftsfest finanziert wird. Es muss zu deutlichen Nachbesserungen kommen. Es wird billigend in Kauf genommen, dass die Beitragszahler:innen – Versicherte und Arbeitgeber:innen – nun die Hauptlast tragen für eine verfehlte Politik der Vorgängerregierungen, welche die Leistungsausgaben durch teure Gesetzgebung in die Höhe getrieben haben. Mit der einmaligen Schließung der Finanzlücke 2023 ist kein Problem der Zukunft gelöst, sondern es wird die Planung einer soliden und nachhaltigen Finanzierung der GKV nur um ein Jahr auf 2023 verschoben. Vor allem sind aber alle vorhandenen Rücklagen in der GKV in 2023 verbraucht. Hinzu kommen weitere Unwägbarkeiten wie die Inflation und steigende Energiepreise. Damit drohen 2024 erneut, wenn nicht gegengesteuert wird, voraussichtlich erhebliche Beitrags-satzerhöhungen. ■

Gesetzliche Krankenversicherung: Keine einseitige Belastung der Beitragszahler:innen!

Resolution der Mitgliederversammlung des vdek



BARMER

DAK
Gesundheit

KKH Kaufmännische
Krankenkasse

hkk
KRANKENKASSE

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

vdek Die Ersatzkassen

Die bekannten Inhalte für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz belasten die Beitragszahler:innen massiv. Dabei greift die Politik erneut in die Taschen der Beitragszahler:innen, um durch den Staat verschuldete Finanzlöcher mithilfe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) notdürftig zu stopfen. Die Finanzierungslücke für 2023 liegt bei mindestens 17 Milliarden Euro. Da sind Unabwägbarkeiten wie Kostensteigerungen, der Ukraine-Krieg und die abflachende Konjunktur noch nicht eingepreist. Insgesamt sollen die Beitragszahler:innen davon einen Anteil von etwa 12 Milliarden Euro stemmen. Das ist ein viel zu hoher Anteil und wälzt die Folgen verfehlter Gesundheitspolitik nahezu vollständig auf die Beitragszahler:innen ab.

Es ist angekündigt, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz um 0,3 Beitragssatzpunkte steigen soll. Das bedeutet eine jährliche Mehrbelastung für die Versicherten und Arbeitgeber:innen von 4,8 Milliarden Euro. Weitere 4 Milliarden Euro soll eine nahezu vollständige Abschmelzung der Finanzrücklagen der Krankenkassen auf die Mindestreserve auf

0,2 Monatsausgaben bringen. Zusätzlich sollen unsere Beitragsgelder im Gesundheitsfonds in Höhe von weiteren 2,4 Milliarden Euro durch die Absenkung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Deckung des Defizits beitragen. Alle zurückgelegten Beitragsmittel werden dadurch endgültig verfrühstückt. Damit gibt es keine Finanzreserven mehr in der GKV für die Jahre 2024 und folgende.

Kritisch: Die Bundesregierung ist nicht bereit, die von der GKV für sie wahrgenommenen Aufgaben zu finanzieren. Der Staat kommt seinen Verpflichtungen nicht nach und belastet stattdessen die Gemeinschaft der Beitragszahler:innen zusätzlich. Mit der Gewährung von Darlehen kann der Staat sich nicht aus seinen Verpflichtungen freikaufen. Die Darlehen müssen aus Beitragsmitteln bedient und zurückgezahlt werden und belasten die Finanzlage der GKV über 2023 hinaus.

Die vorgesehenen Maßnahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sind ein Offenbarungseid einer kurzsichtigen Politik und ein Generalangriff auf die sozialen Sicherungssysteme und die Beitragszahler:innen. Das Vertrauen der Bürger:innen in



die Zukunftsfähigkeit der GKV wird beschädigt. Dabei leistet die GKV als selbstverwaltetes System erfolgreiche Arbeit, nicht nur in der Pandemie. Diese Attacke auf die Soziale Selbstverwaltung werden wir nicht widerstandslos hinnehmen!

Wir fordern die Politik auf, das angestrebte Gesetzesvorhaben nachzubessern. Angesichts der einseitigen Belastung der Beitragszahler:innen fordern wir eine gerechte Lastenverteilung. Die Leistungserbringer:innen und die Industrie müssen einen höheren Anteil leisten.

Wenn der Staat seiner ureigensten Verantwortung für die Gesundheitspolitik voll nachkommen würde, gäbe es überhaupt kein Finanzdefizit. Der Staat finanziert die Gesundheitsversorgung für ALG-II-Empfänger:innen nicht kostendeckend – obwohl höhere Beträge im Koalitionsvertrag verabredet wurden. Zudem sollte endlich die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent gesenkt werden.

Der Bundesgesundheitsminister geht dringend notwendige Strukturreformen nicht an. Die vorgestellte Finanzplanung reicht allenfalls aus, um 2023 die Löcher zu stopfen. Dabei gäbe

es nachhaltige Lösungen für die Jahre danach. Mehr als 73 Millionen Menschen in diesem Land bleiben damit im Unklaren, wie es weitergeht. Bereits 2024 droht ein gewaltiger Anstieg der Beitragssätze.

Die vorgestellten Planungen sind mangelhaft. So sieht keine seriöse und zukunfts feste Finanzierung der GKV aus! Wir, die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen, fordern die Bundesregierung und den Bundestag auf, die geplanten Maßnahmen im Sinne der Beitragszahler:innen gerechter zu verteilen und nachhaltiger zu fassen. Alle Erwartungen, dass mit diesem Gesetz wichtige Stellschrauben justiert werden, Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben und langfristig die Finanzierung der GKV gesichert wird, sind zunichte gemacht. Der Minister hat den Beitragszahler:innen nicht – wie von uns klar gefordert – reinen Wein eingeschenkt. Als Anwälte unserer Beitragszahler:innen müssen wir uns klar gegen den „Ausverkauf“ in der GKV stemmen. ■

Die Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten

Text von Dr. Ines Koller und Oliver Blatt

Die Bedeutung der Absicherung des Pflegerisikos nimmt stetig zu. Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wächst, zugleich verkleinert sich die Gruppe der Beitragszahler. Die **aktuelle Finanzlage** und auch die zunehmende Belastung der Pflegebedürftigen fordern ein rasches politisches Handeln.

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) steht vor großen Aufgaben. Bereits im Jahr 2030 werden 19 Millionen Menschen in Deutschland leben, die älter als 67 Jahre sind. Insgesamt werden dann aller Voraussicht nach etwa sechs Millionen Menschen – und damit schon über eine Million mehr Menschen als heute – pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sein. Allein im Jahr 2020 ist die Zahl der Leistungsempfänger von 4,1 Millionen auf 4,3 Millionen gestiegen (s. Abb. 1). Auf der anderen Seite gibt es immer weniger Beitragszahler und es ist keineswegs sicher, ob der Produktivitätszuwachs diese Entwicklung ausgleichen kann. Daher müssen jetzt die richtigen Weichen für eine zukunftsste SPV gestellt werden.

In 2020 hat die SPV Einnahmen von insgesamt 50,62 Milliarden Euro verzeichnet. Diesen Einnahmen standen Ausgaben in Höhe von 49,08 Milliarden Euro gegenüber. 96 Prozent der Ausgaben waren Leistungsausgaben oder Zuführungen zum gesetzlichen Pflegevorsorgefonds, den Rest bildeten Verwaltungskosten beziehungsweise Kosten für die Medizinischen Dienste (MD). Ende 2020

verblieb somit ein Überschuss von 1,54 Milliarden Euro, der zu einem Mittelbestand von 8,2 Milliarden Euro führte.

2021 drehte sich dann die Finanzlage in der SPV: Einnahmen von 52,05 Milliarden Euro standen Ausgaben von 53,85 Milliarden Euro gegenüber. Durch das entstandene Defizit von -1,35 Milliarden Euro verringerte sich der Mittelbestand auf 6,85 Milliarden Euro. Im Laufe des Jahres 2021 musste aufgrund der schlechten Finanzsituation die Ausgabendeckungsquote auf 70 Prozent einer Monatsausgabe reduziert werden. Damit konnten aus den Betriebsmitteln der Pflegekassen 1,4 Milliarden Euro dem Ausgleichsfonds zugeführt und die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds sichergestellt werden.

Anfang 2022 verschlechterte sich die Finanzlage der SPV weiter. Die SPV schloss aktuell das erste Quartal 2022 mit einem Defizit in Höhe von -1,8 Milliarden Euro ab. Trotz eines zusätzlichen Bundeszuschusses in Höhe von 1,2 Milliarden Euro im April 2022 wird für 2022 ein Defizit von -2,3 Milliarden Euro geschätzt. Insofern wird der Mittelbestand im Ausgleichsfonds weiter abschnellen.



Dr. Ines Koller ist
Abteilungsleiterin
Finanzen/Versicherung
beim vdek



Oliver Blatt ist
Abteilungsleiter
Gesundheit beim
vdek

Als Reaktion darauf plant die Bundesregierung, dass die SPV in 2022 ein Liquiditätsdarlehen bis zu einer Milliarde Euro, wenn nötig mehrfach in 2022, zulasten des Bundes aufnehmen kann. Das schafft zwar kurzfristig einen gewissen finanziellen Spielraum, löst aber nicht das Grundproblem einer soliden Finanzierung der SPV. Das Problem wird vielmehr auf 2023 verschoben beziehungsweise verschärft, da das Darlehen spätestens Ende 2023 zurückgezahlt werden muss. Die Finanzsituation wird immer angespannter, Lösungen auf drängende Fragen wie steigende Eigenanteile und verbesserte Leistungen müssen gefunden werden.

Stärkere Belastung Pflegebedürftiger

Weiterhin steigende (Pflege-)Kosten führen dazu, dass Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen weiterhin einer steigenden finanziellen Belastung ausgesetzt sind. Diese lag für Pflegebedürftige, die weniger als zwölf Monate in der Einrichtung leben, am 1. Juli 2022 im Durchschnitt bei 2.200 Euro pro Monat (s. Abb. 2). Dies entspricht

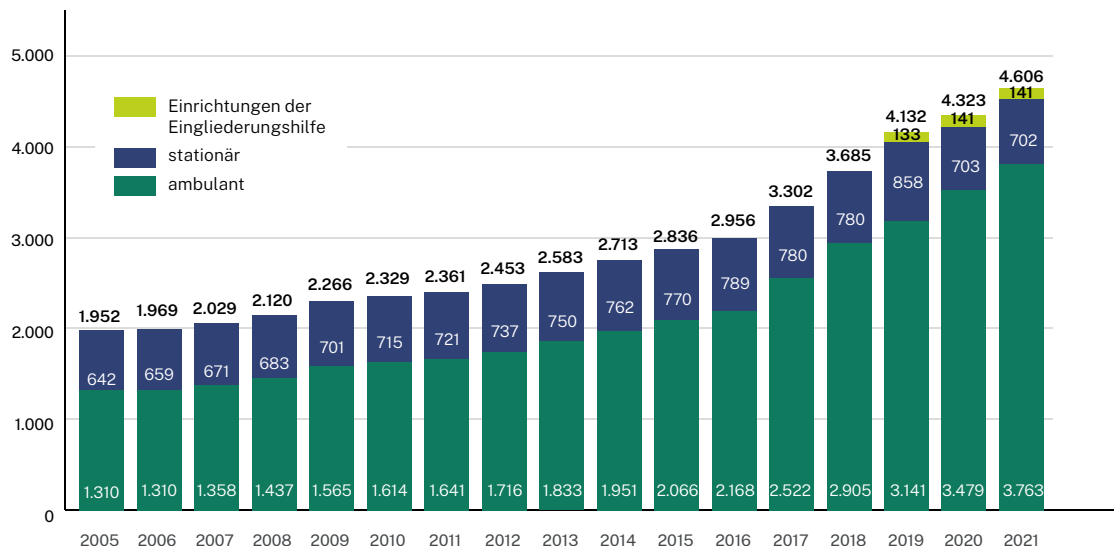
einer Steigerung von rund drei Prozent innerhalb eines halben Jahres. Für Pflegebedürftige, die länger als 36 Monate im Pflegeheim leben, ist die Belastung im gleichen Zeitraum nur leicht gestiegen und beträgt derzeit 1.573 Euro.

Im ambulanten Bereich trifft die Teuerung der professionellen Pflege die Pflegebedürftigen insofern, als sie sich weniger Pflegeleistungen aus dem ihnen zur Verfügung stehenden Budget einkaufen können. Die Problematik der stärkeren Belastung Pflegebedürftiger wurde vom damaligen Gesundheitsminister Jens Spahn noch erkannt und es wurde eine „kleine Pflegereform“ Ende letzten Jahres auf den Weg gebracht. Mit dieser wurden die ambulanten Sachleistungsbeträge zum Jahresbeginn angehoben und im stationären Bereich ein nach der Verweildauer abhängiger Vergütungszuschlag eingeführt. Letzterer entlastet vor allem Pflegebedürftige, die länger im Pflegeheim leben, mittlerweile recht deutlich. Immerhin rund ein Drittel der bei den Ersatzkassen versicherten Pflegebedürftigen erhält hier einen Zuschuss von 70 Prozent.



SPV – Leistungsempfänger:innen (Abb. 1)

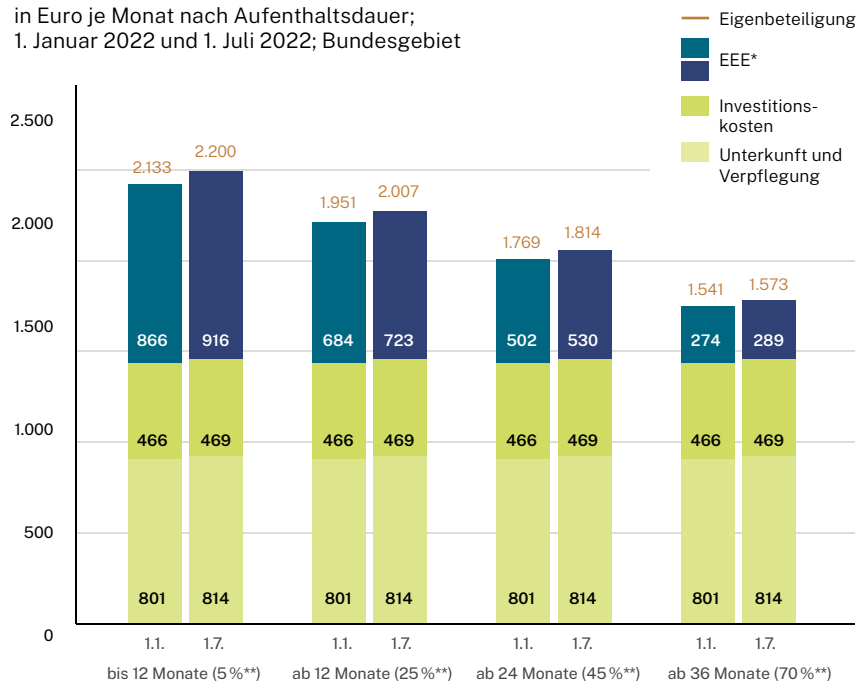
ambulant, stationär und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
in Tausend; 2005–2021



Bis 2016 mit Pflegestufe 0.; 2021: ambulant: 3.763.305, stationär: 702.059, Einrichtungen der Eingliederungshilfe: 141.126, insgesamt: 4.606.490 | Quelle: Eigene Darstellung nach BMG

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (Abb. 2)

in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer;
1. Januar 2022 und 1. Juli 2022; Bundesgebiet



*EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten) gilt einheitlich für alle Bewohner einer Pflegeeinrichtung, variiert jedoch zwischen den Einrichtungen.

**Seit 1.1.2022: Reduzierung des EEE durch einen aufenthaltsabhängigen Leistungszuschlag (§ 43c SGB XI)

Quelle: vdek

Es bleibt fraglich, wie lange diese Verbesserungen spürbar sind. Denn obwohl die SPV allein für die Zuschüsse zu den stationären Eigenanteilen derzeit rund drei Milliarden Euro pro Jahr aufbringen muss, droht ausgerechnet das politische Vorzeigeprojekt zur besseren Bezahlung der Pflegefachkräfte diese Entlastung aufzuzehren. Die ab September 2022 geltende Pflicht, alle Beschäftigten nach Tarifniveau zu vergüten, wird zu deutlich steigenden Vergütungssätzen führen. Zusammen mit den derzeit hohen Energie- und Lebensmittelkosten wird in 2022 eine Preissteigerung von teilweise bis zu 30 Prozent erwartet.

Weitere Entlastungen wären also angezeigt, sind aber angesichts der eingangs geschilderten angespannten finanziellen Situation der SPV derzeit ohne spürbare Beitragssatzsteigerungen wohl kaum möglich. Verschärft wird die finanzielle Situation auch dadurch, dass allein die stark steigende Anzahl der Leistungsempfänger einen erhöhten Finanzbedarf nach sich zieht. So gehen Hochrechnungen davon

aus, dass der Beitragssatz auf knapp vier Prozent erhöht werden müsste, um allen Pflegebedürftigen in 2030 die heutigen Leistungen zu finanzieren.

Alternative Entlastungsansätze

Vor dem Hintergrund gilt es, auch andere Ansätze zu nutzen, um die Pflegebedürftigen finanziell zu entlasten. Ein bedeutender Hebel bleibt seit Jahren ungenutzt: Durch eine angemessene Investitionskostenförderung der Länder könnten Pflegebedürftige deutlich entlastet werden – ambulant und stationär. Immerhin liegen diese Kosten derzeit bei durchschnittlich 469 Euro pro Monat. Völlig zurecht richtete Claudia Moll, Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, anlässlich der 95. Gesundheitsministerkonferenz den dringenden Appell an die Länder, diese Kosten endlich zu übernehmen und sich ihrer finanziellen Verantwortung zu stellen. Im Übrigen würde sich auch eine volle Übernahme der Pflege-Ausbildungskosten durch die Länder mit deren Zuständigkeit decken.

Mit Blick auf die angespannte finanzielle Situation der SPV muss politisch auch über eine Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich mit der SPV diskutiert werden. Das wäre erstens solidarisch, da die private im Vergleich zur Sozialen Pflegeversicherung vor allem einkommensstarke Personen mit geringerer Pflegewahrscheinlichkeit versichert. Und es würde zweitens die SPV um rund zwei Milliarden Euro jährlich entlasten. Festzuhalten bleibt, dass die SPV ein solides Finanzkonzept für die Zukunft braucht. Nur so kann der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen und auch der steigenden finanziellen Belastung Pflegebedürftiger auf Dauer begegnet werden. Die Pflegeversicherung fährt aktuell auf finanzieller Reserve, da können die derzeit im Raum stehenden Pläne für ein Liquiditätsdarlehen zulasten des Bundes kaum als langfristige Lösung angesehen werden. ■

»Verantwortung für Prävention auf viele Schultern verteilen«



Interview von Annette Kessen und Dr. Tanja Glootz **mit Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger,**
Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

Seit vielen Jahren forscht Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und im internationalen Vergleich. Im Interview spricht der Politikwissenschaftler und Soziologe über den Wert von **Prävention, die Bedingungen guter Gesundheitsförderung** und die Herausforderungen mit Blick auf eine **Reform des Präventionsgesetzes**.

Welche Bedeutung schreiben Sie der Prävention und Gesundheitsförderung zu, auch mit Blick auf den Stellenwert im Gesamtgefüge der Gesundheitsversorgung?

THOMAS GERLINGER Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtig, weil es um Lebensdauer und Lebensqualität geht. Gerade im Kinder- und Jugendbereich ist Prävention von besonderer Bedeutung. Wenn Kinder beispielsweise psychische Probleme haben oder an Adipositas leiden, ist die Wahrscheinlichkeit relativ groß, dass sie Diabetes bekommen und vielleicht lebenslang an das Gesundheitssystem gebunden sind, mit den ganzen Einschränkungen an Lebensqualität, die damit einhergehen, und mit den Kosten, die das hervorruft. Allerdings ist der Stellenwert noch nicht hoch genug. Prävention sollte eine starke Säule im Gesundheitswesen sein. Das ist noch nicht der Fall. Aber es hat sich in den vergangenen Jahren schon viel verbessert. Es wird viel mehr Wert auf gesundheitsgerechtes

Verhalten gelegt. Dazu zähle ich vor allem Maßnahmen zur Tabakkontrolle, zur Eindämmung des Alkoholmissbrauchs, Bewegungsförderung. Und es gibt teilweise auch Verbesserungen in der Verhältnisprävention.

Was genau heißt Verhältnisprävention?

Wir unterscheiden zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention zielt auf die Veränderung des individuellen Verhaltens, auf die Steigerung individueller Ressourcen für ein gesunderes beziehungsweise gesundheitsgerechtes Verhalten. Verhältnisprävention meint die Veränderung von Lebensverhältnissen. Idealerweise sollte beides zusammengehen. Aus vielen Studien wissen wir, dass reine Verhaltensprävention oftmals nicht nachhaltig wirkt. Nehmen Sie das Beispiel des Jo-Jo-Effekts, der nach einer Gewichtsreduktion wieder zur Gewichtszunahme führt. Wichtig ist daher die Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention.



Die Weltgesundheitsorganisation betont, wie wichtig es ist, Bedingungen zu schaffen, die es den Menschen erleichtern, sich gesundheitsgerecht zu verhalten.

Was sind das für Bedingungen?

Große Einflussfaktoren für unsere Gesundheit sind sicherlich die Arbeitsbedingungen, die sozialen Lebensverhältnisse und die Umweltbedingungen. Die Arbeit kann Quelle von Gesundheit sein, aber auch von Krankheit. Gleiches gilt für die sozialen Lebensverhältnisse. Armut und Ungleichheit haben negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Hier sind alle Politikfelder gefordert. Für die Individuen spielt Bildung eine wichtige Rolle. Wer nicht gut qualifiziert ist, verdient schlechter, muss häufig schlechtere Arbeitsbedingungen hinnehmen und kann sich dann möglicherweise nur eine Wohnung an einer lauten Verkehrsstraße leisten. Das zeigt sehr schön, wie die verschiedenen Faktoren ineinandergreifen.

Wo lassen sich hier die Hebel für eine umfassende Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen?

Es lassen sich zumindest drei Kriterien benennen, die eine gute Praxis von Gesundheitsförderung, Präventionspolitik und betriebliche Gesundheitsförderung ausmachen sollten. Ein wichtiger Faktor ist die Partizipation. Auf allen Stufen bedarf es einer ausgedehnten Beteiligung der Betroffenen. Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass Gesundheitsförderung alle Teile der Organisation erfassen muss. Drittens ist die Bedarfs-erhebung wichtig, die sich auf die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit richten muss. Es gilt, einen gewichtigen Teil der Aktivitäten dorthin zu legen, wo es den größten Bedarf gibt. Und der ist wiederum bei den sozial Schwächsten. An dieser Stelle sind vor allem mehr sogenannte Settings gefragt, die auch Lebenswelten genannt werden und im Präventionsgesetz, das 2015 in Kraft getreten ist, begrifflich verankert sind. Settings sind soziale Umgebungen, in denen Menschen leben und eben auch Gesundheitsförderung stattfinden kann, beispielsweise im Stadtviertel, Krankenhaus, Pflegeheim oder am Arbeitsplatz.

»Ein wichtiger Punkt bei der Überarbeitung des Präventionsgesetzes ist die Zusammenarbeit von Krankenkassen und kommunaler Ebene. Hier gibt es großes Potenzial und Verbesserungsbedarf.«

Sie haben das Präventionsgesetz angesprochen. Schon vor 2015 hat es mehrere Anläufe für ein entsprechendes Gesetz gegeben, ohne Erfolg.

Das berührt die Geschichte der Reformgesetzgebung. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die ganze Akteurslandschaft in der Präventionspolitik fragmentiert ist. Wir haben es mit einer großen Zahl von Akteuren zu tun. Dazu gehören der Staat und die Sozialversicherungen. Beim Staat unterteilen wir zwischen Bund und Ländern. Der Bund kann im Grunde vor allem über das Sozialversicherungsrecht auf die Präventionspolitik direkt Einfluss nehmen.

Die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind Landesgesetze, das heißt, die Länder bestimmen, was die Gesundheitsämter machen. Somit gibt es 16 Bundesländer, den Bund und die Sozialversicherungsträger, die jeweils eigene Präventionsaufträge und -ziele verfolgen. Dass im Jahr 2015 ein Präventionsgesetz verabschiedet werden konnte, hat viel damit zu tun, dass der Bundesgesetzgeber sich auf Vorgaben für die Krankenkassen beschränkte. Primär ist das Präventionsgesetz ein Krankenkassengesetz, das die Krankenkassen als einzigen Finanzierungsträger erwähnt. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention findet sich hier indes nicht hinreichend wieder.

Wie lässt sich das verbessern?

Die Ampelregierung hat ja eine Reform des Präventionsgesetzes angekündigt.

Ein wichtiger Punkt bei der Überarbeitung des Präventionsgesetzes ist die Zusammenarbeit von Krankenkassen und kommunaler Ebene. Hier gibt es großes Potenzial und einen Verbesserungsbedarf. Bundesregierung, Bund und Länder müssen gemeinsam überlegen, wie die Kooperation von Krankenkassen und kommunaler Ebene effektiver gestaltet werden kann. Klar ist, dass wir die Verantwortung auf viele Schultern verteilen müssen. Prävention ist wie eben angedeutet eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dazu gehört beispielsweise auch die stärkere





**PROF. DR. DR.
THOMAS
GERLINGER**

ist seit 2010 Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Dort leitet er die Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“. Von 2004 bis 2010 war er Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des gleichnamigen Instituts an der Goethe-Universität Frankfurt. Davor hatte der Gesundheitswissenschaftler eine Professur für Sozialsysteme mit dem Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda inne. Der gebürtige Niedersachse studierte Politikwissenschaft, Soziologie, Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität Marburg, promovierte an der Goethe-Universität Frankfurt und wurde an der Universität Bremen habilitiert.

Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, kurz ÖGD. Es gilt, eine auskömmliche Finanzierung des ÖGD auf eine langfristige Grundlage zu stellen. Die Frage ist: Wie kann der ÖGD dauerhaft finanziell, personell und technisch angemessen ausgestattet werden? Eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung verlangen vom ÖGD allerdings soziale Innovationen. Er braucht ein neues Rollenverständnis, das über die gesundheitspolizeilichen Aufgaben, Überwachung von Hygienebestimmungen und Sanktionen von Zuwiderhandlungen hinausgeht. Der ÖGD muss viel stärker zu einem Akteur werden, der in der Kommune und in der Region Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und zur Primärprävention zwischen gesundheitsrelevanten Dezernaten der Kommunalverwaltung, zivilgesellschaftlichen Akteuren und auch Krankenkassen koordiniert. Aber auch Krankenkassen sind gefordert. Manche von ihnen haben in der Vergangenheit ihre Kompetenzen in der Gesundheitsförderung mit dem Ziel genutzt, gute Risiken zu umwerben, und die Verminderung der sozialen Ungleichheit nicht in dem Maß verfolgt, wie es wünschenswert und erforderlich wäre. Hier gibt es nach wie vor großes Verbesserungspotenzial.

Sehen Sie noch weiteren Reformbedarf?

Zum einen kommt es mehr auf Maßnahmen an, die sich dem unmittelbaren Einflussbereich des Präventionsgesetzes entziehen. Nehmen wir das Beispiel Arbeitsplatz. Die hiermit verbundene psychische Belastung entsteht nicht allein aus dem tatsächlich vorhandenen betrieblichen Gesundheitsmanagement, der Aufgabenverteilung oder der Partizipation der Beschäftigten, sondern auch daraus, ob ein Beschäftigungsverhältnis entfristet ist oder nicht. Das sind ganz enorme psychische Einflussfaktoren, die sich auf die Gesundheit negativ auswirken können. Darüber hinaus könnte man mehr in die Verhältnisprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung investieren. Hier sollten eher strukturelle Maßnahmen gefördert werden als reine verhaltensbezogene Maßnahmen. Wichtig wäre es, die Organisationsweise und Organisationskultur von Unternehmen und Einrichtungen zu ändern. Ein Beispiel hierfür sind Gesundheitszirkel. Dabei handelt es sich um partizipative Einrichtungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, in denen die Beschäftigten als Experten in eigener Sache befragt werden. Wo erwachsen auf der Arbeit gesundheitliche Probleme,

wie können Betriebsabläufe verbessert werden, um gesundheitliche Probleme zu lindern? Diese Fragen richten sich an die ganze Organisationkultur eines Unternehmens im Umgang mit dem Thema Gesundheit. Auf solche Aspekte mehr Aufmerksamkeit zu richten, ist eine sehr wichtige Aufgabe.

In dem Zusammenhang haben Sie das Projekt „BGM Pflege International – Betriebliches Gesundheitsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen“ ins Leben gerufen, das im Rahmen des ersatzkassen-gemeinsamen Angebots MEHRWERT:PFLEGE unterstützt wird. Worum geht es dabei?

Es handelt sich um ein Gemeinschaftsprojekt, das von Kerstin Hämel (Universität Bielefeld), Susanne Kümper (Hochschule Fulda) und mir geleitet wird. Das Projekt nimmt die Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen in den Blick, die ein besonders wichtiger Bereich sind. Wir denken, dass es dort enormen Verbesserungsbedarf beispielsweise auch in Hinblick auf die Arbeitsbedingungen gibt, vor allem, weil die Arbeitsbedingungen zugleich etwas mit der Qualität der Pflege selbst zu tun haben. Wenn man die Arbeitsbedingungen verbessert, ist dies auch ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Pflegequalität. Diese Wechselwirkung sollte man im Blick haben. Wir wollen nun nach Good-Practice-Beispielen in anderen Ländern suchen. Wo können anhand welcher Projekte zur Gesundheitsförderung von Beschäftigten in der Pflege Lehren daraus gezogen werden, wie in Deutschland das Gesundheitsmanagement in Pflegeheimen verbessert werden kann? Dabei erwarten wir uns Erkenntnisse über interessante Projekte und müssen dann überlegen, ob und inwiefern diese Projekte auf Deutschland übertragbar sind. Als Vergleichsländer haben wir Schweden, die Niederlande und Österreich ausgewählt, die allgemein einen größeren Stellenwert auf die Prävention legen als hierzulande.

An welchen Stellen sehen Sie denn in Deutschland positive Entwicklungen, auch in Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz?

Das ganze Engagement im Rahmen der Gesundheitsförderung hat sich insgesamt professionalisiert. Das spiegelt sich allein schon in den Aktivitäten nach § 20 SGB V der Krankenkassen wider. Da ziehe ich eine positive Bilanz. Gut ist auch, dass das Präventionsgesetz bestehende Regelungen zur

» Digitale Angebote können eine gute Erweiterung des Präventions-Repertoires sein. Gefahren können aber daraus erwachsen, dass der Zugang zu digitalen Medien sozial ungleich verteilt ist. «

Qualitätssicherung erweitert und Vorgaben zur Ausgabenpolitik für die einzelnen Bereiche der Gesundheitsförderung und Primärprävention enthält. Die Krankenkassen müssen heute Ziele, Methodik und Zugangswege definieren, und zwar unter Beteiligung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständs aus den unterschiedlichsten Bereichen wie beispielsweise der Medizin, der Gesundheitsförderung, der Gesundheitswissenschaften und der Psychologie. Diese Vorschriften haben viel zur Verbesserung der Präventionspraxis und zur Präventionspolitik beigetragen.

Zuletzt noch ein Blick auf die Digitalisierung. Im Zuge der Corona-Pandemie haben digitale Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einen Boom erfahren. Wie bewerten Sie hier das Digitalisierungspotenzial?

Das Potenzial ist groß. Die Digitalisierung und die digitalen Medien haben in der Pandemie einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, ein bestimmtes Maß an Aktivitäten aufrechtzuerhalten. Generell können digitale Angebote eine gute Erweiterung des Präventions-Repertoires sein. Gefahren können aber auch daraus erwachsen, dass der Zugang zu digitalen Medien sozial ungleich verteilt ist. Bildungsfernere und sozial schwächere Schichten können über das Internet im Allgemeinen nicht so gut erreicht werden. Zu stark auf digitale Medien zu setzen, könnte also im Konflikt stehen mit einem anderen Ziel der Präventionspolitik, nämlich die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Hier sind die



Krankenkassen gefragt, diesen Widerspruch im Blick zu behalten. Es geht darum, die Zugangsmöglichkeiten zu Präventionsangeboten über Digitalisierung zu verbessern, und gleichzeitig zu berücksichtigen, dass sich bestimmte soziale Gruppen über diesen Weg schwerer erreichen lassen. Daher sollte nach wie vor ein Schwergewicht auf Präsenzformen der Prävention und Gesundheitsförderung liegen. Denn vieles in der zwischenmenschlichen Interaktion lässt sich besser über Präsenz regeln. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

4. Sächsische Fachkonferenz zum Thema „Resilienz“

Resilienz scheint das „Zauberwort“ dieser Zeit zu sein. Daher widmete sich die 4. Sächsische Fachkonferenz Prävention und Gesundheitsförderung, die nach vier Jahren wieder im Präsenzformat mit fast 100 Teilnehmenden stattfand, am 28. Juni 2022 in Dresden dem Thema „Resilienz – widerstandsfähig, selbstwirksam, voranbringend. Warum Resilienz wichtig ist und wir sie brauchen“. **Organisiert wurde die Veranstaltung unter dem Dach von P. SACHSEN von maßgeblichen Akteuren für Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen.** Silke Heinke (Foto), Vorsitzende des Steuerungsgremiums P. SACHSEN und Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen, sowie Petra Köpping, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, eröffneten die Fachkonferenz. „Lassen Sie uns zusammen darüber nachdenken, wie wir gemeinsam Resilienz stärken können, um gut durch herausfordernde Zeiten zu kommen – und dabei gesund zu bleiben“, betonte Heinke in ihrem Statement. **Das abwechslungsreiche**

Programm aus Impulsvorträgen, einer Diskussionsrunde sowie mehreren Fachforen und Praxispräsentationen beleuchtete verschiedenste Formen von individueller bis organisationaler Resilienz. „Das Herzstück von P. SACHSEN ist es, Akteure zu vernetzen sowie im intensiven Austausch zu sein. Lassen Sie uns miteinander Themen und Projekte voranbringen, um neue Aktivitäten sowie Partnerschaften aufleben zu lassen und damit die Präventionsarbeit in Sachsen stetig weiterzuentwickeln“, bekräftigte Heinke. P. SACHSEN ist eine Initiative für Prävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der zuständigen sächsischen Staatsministerien, der kommunalen Spitzenverbände im Freistaat sowie der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen. Dadurch wird das Präventionsgesetz (PrävG) gemäß § 20f SGB V im Freistaat umgesetzt. Die vdek-Landesvertretung Sachsen hat derzeit den Vorsitz des Steuerungsgremiums P. SACHSEN inne. *cb*
→ bit.ly/3OSpmN9

 **@vdek_BY** Mehr als 3,77 Millionen Menschen in Bayern sind aktuell bei den **#Ersatzkassen** versichert. Das ist ein neuer Rekord. Die erfolgreiche Wachstumsgeschichte dauert seit 12 Jahren an. **#regionalstark #vdek**

 **@vdek-SAC** Die gesundheitsbezogene **#Selbsthilfe** ist unverzichtbar zur Bewältigung und Heilung von Krankheiten. Die gesetzlichen **#Krankenkassen** in **#Sachsen** fördern die **#Selbsthilfearbeit** dieses Jahr mit mehr als 2,8 Mio. Euro.



Hanno Kummer und Daniela Behrens

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Gutes Timing: Parlamentarischer Abend in Hannover

Kurz vor der Sommerpause gaben sich niedersächsische Landtagsabgeordnete ein Stelldichein im Alten Rathaus in Hannover. Die vdek-Landesvertretung Niedersachsen hatte zum Parlamentarischen Abend am 29. Juni 2022 geladen. Wie es der Zufall wollte, hätte es kaum einen besseren Termin für gesundheitspolitische Gespräche in netter Atmosphäre geben können: **Am Vortag hatte nämlich der Landtag mit breiter Mehrheit das Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) beschlossen.** „Ein echter Meilenstein“, fand Gesundheitsministerin Daniela Behrens, die ebenso wie Landtagsvizepräsident Matthias Möhle ein Grußwort sprach. Und tatsächlich ruhen viele Hoffnungen auf dem neuen Gesetz. „Es bietet die Chance, den dringend notwendigen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft voranzubringen und vor allem auf eine planerische Grundlage zu stellen“, zeigte sich Hanno Kummer, Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen, in seiner Rede erfreut. Insbesondere die Einführung

von Versorgungsstufen stößt auf große Zustimmung bei den Ersatzkassen. Zukünftig fungieren Krankenhäuser in Niedersachsen je nach Behandlungsmöglichkeiten als Maximalversorger, Schwerpunktversorger oder Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. „Das ist ein Abschied vom Prinzip ‚Jeder bietet alles an‘ und ermöglicht eine Krankenhausplanung nach Versorgungsbedarf, idealtypisch verbunden mit konkreten Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser“, so Kummer. **„Es geht darum, dass jede Patientin und jeder Patient gleich ins jeweils richtige – also zum Behandlungsbedarf passende – Krankenhaus kommt.“** Das Gesetz ist beschlossene Sache – aber es liegt noch viel Arbeit vor den Beteiligten. Denn jetzt muss das Gesetz in Verordnungen auch konsequent umgesetzt werden. Gelingt das, hätte man vielleicht auf dem nächsten Parlamentarischen Abend wieder ein Thema. *siko*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Erstes Präventionsprojekt für Alleinerziehende in Marburg gestartet



Claudia Ackermann und Dr. Thomas Spies

Alleinerziehende Mütter und Väter müssen alle familiären Herausforderungen allein meistern und leben dabei in einem ständigen Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf. Auf der einen Seite stehen die Interessen, Wünsche und Bedürfnisse der Kinder, auf der anderen Seite die Frage nach finanzieller Absicherung, Zeitstress und allein zu bewältigende Sorgen und Pflichten. Dies alles belastet die Ein-Eltern-Familien wirtschaftlich, psychisch und physisch stark. Hier setzt das Präventionsprojekt „Verbunden – stark – gesund“ der Verbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und des vdek in Hessen an. Es soll Alleinerziehende in Marburg gesundheitlich stärken – dort ist der Anteil alleinerziehender Menschen besonders hoch. Am 14. Juli 2022 wurde das Projekt der Öffentlichkeit in Marburg bei einem Pressetermin mit Oberbürgermeister Dr. Thomas

Spies vorgestellt. Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, betonte stellvertretend für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV): „Alleinerziehende stehen mit vielen Fragen weitgehend alleine da. Die eigenen Bedürfnisse und das eigene Wohlbefinden kommen oft zu kurz. Das Risiko, von Armut betroffen zu sein, ist deshalb bei Alleinerziehenden ebenso überproportional hoch wie gesundheitliche Risiken. Darum ist es so wichtig, ihre Lebenssituationen konkret und vor Ort mit Präventions- und Unterstützungsangeboten zu verbessern.“ Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen fördern das Projekt mit einem Betrag von 200.000 Euro. Eingebettet ist das Projekt in die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf. *hk*



Große Freude: Die Vertreterinnen und Vertreter der Projekte „Die Rothenburgs-ort Gourmetkinder“ und „Silbersack Hood Gym“ erhielten die Auszeichnung aus den Händen von Staatsrätin Melanie Schlotzhauer und vdek-Landeschefin Kathrin Herbst (v.l.n.r.).



VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

Hamburger Präventionspreis geht an zwei Stadtteil-Projekte für Kinder

Die Ersatzkassen haben zum zweiten Mal den Hamburger Präventionspreis vergeben. Die mit insgesamt 12.000 Euro dotierte Auszeichnung unter Schirmherrschaft von Gesundheitssenatorin Dr. Melanie Leonhard ging an zwei Gesundheitsförderungs-Projekte für sozioökonomisch benachteiligte Kinder. Über ein Preisgeld von 6.000 Euro konnte sich „Silbersack Hood Gym“ freuen: Das Nachbarschaftsprojekt auf St. Pauli bietet seit dem ersten Corona-Lockdown vor allem Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kostenlose Bewegungsförderung an, etwa Kickboxen und Yoga. Weitere 6.000 Euro sprach die Jury dem Projekt „Die Rothenburgsorter Gourmetkinder“ zu, in dem Grundschulkinder aus einem sozial belasteten Stadtteil mit ausgebildeten Köchinnen und Köchen lernen, wie man gesunde Rezepte zubereitet. Die Ehrungen wurden im Rahmen des Ersatzkassenforums „Herausforderung seelische Gesundheit: Was kann Prävention in schwierigen Zeiten leisten?“ überreicht. Staatsrätin

Melanie Schlotzhauer von der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration betonte in ihrem Grußwort, dass die Pandemie deutlich vor Augen führe, dass gesundheitliche Chancen nicht gerecht verteilt sind. Daher sei sie froh, dass es seit 2020 gemeinsames Ziel der Behörde und der Ersatzkassen ist, die psychische Gesundheit zu fördern. Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberger vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf machte in ihrem Impulsvortrag deutlich, dass es einen substanziellen Anteil an Kindern gibt, die es nicht so einfach schaffen, ein gesundes Leben zu führen. Sie benötigten dringend Unterstützung. Diese Kinder „brauchen jetzt wirklich alles, was geht“, appellierte sie. Die vdek-Landeschefin Kathrin Herbst hob hervor, dass Prävention nur dann zu einer Erfolgsgeschichte werden kann, wenn alle in der Gesellschaft Verantwortung dafür tragen. [sk →youtu.be/50FKqZOAV30](https://youtu.be/50FKqZOAV30)

3 Fragen an

Prof. Dr. Sylvia Thun und Dr. Alexander Schachinger

Der erste Self Tracking Report 2022 zeigt, dass die deutsche Bevölkerung ihre Gesundheitsdaten für bessere Medizin und Prävention freigeben möchte. Bevorzugtes Messinstrument ist für sie das Smartphone. In *ersatzkasse magazin*. erläutern Prof. Dr. Sylvia Thun, Expertin für Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen und Projektpartnerin des Self Tracking Reports, sowie Dr. Alexander Schachinger, Studienleiter des Reports (EPatient Analytics GmbH), welche Perspektiven sich aus diesen Ergebnissen für das Gesundheitswesen eröffnen.

Eine große Mehrheit der Befragten des Self Tracking Reports vermisst ihre Gesundheit selbst und steht auch einer sinnvollen Anwendung ihrer Gesundheitsdaten aus dem Smartphone positiv gegenüber. Inwiefern ist das ein starkes Signal an die Politik und die gesetzlichen Krankenkassen? Bis zur Vorlage dieser Ergebnisse herrschte innerhalb der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung ein uneinheitliches Bild von der Offenheit für digitale Gesundheitsangebote in der Bevölkerung. Deutschland ist in der Praxis der Anwendung digitaler Gesundheitsdaten für Prävention und Forschung um Jahre bis Jahrzehnte zurück im Vergleich zu anderen EU-Ländern. Das hat ökonomisch und auch ethisch einen zunehmend kritisch hohen Preis. Mit diesen Ergebnissen kann und muss sowohl die Debatte als auch der regulative Rahmen anders gestaltet werden. Ausreden auf Basis falscher Wirklichkeitsbilder sind nicht mehr möglich. Mehrere Studien haben eindrucksvoll gezeigt, dass die mündigen Bürgerinnen und Bürger ihre Gesundheit mit digitalen Helfern selber gestalten möchten und bereit sind, die Daten zu teilen.

Wie kann der Datenschutz bei selbst erhobenen Gesundheitsdaten, die Versicherte freiwillig zur Verfügung stellen, gewährleistet werden? Unabhängige Daten-Trust-Center und klare gesetzliche Vorgaben sind die Voraussetzung jeglicher Datenverarbeitung.

Es werden valide und praxiserprobte Lösungen aus anderen Industrien verwendet, die auf internationalen Standards beruhen. Im Bereich des maschinellen Lernens gestatten beispielsweise

Federated-Learning-Technologien die Zusammenarbeit, auch ohne dass Daten das Krankenhaus verlassen. Zudem wird stark unterschieden zwischen anonymisierten Daten, pseudonymisierten Daten und solchen mit Klarnamen. Alle Technologien enthalten moderne Verschlüsselungsmechanismen.

Drei von vier Bürgerinnen und Bürgern wünschen sich zudem auf Basis ihrer individuellen Vitalwerte für sie zugeschnittene Präventionsangebote von ihrer Krankenkasse. Welche Möglichkeiten sehen Sie, um die Qualität solcher Angebote sicherzustellen? Die Qualität der Datenerhebung und der -übermittlung ist erfolgskritisch für die Nutzung der Daten und der Algorithmen. Hier setzt Deutschland auf international anerkannte technologische Standards, die auch von Firmen eingesetzt werden. Die bisherigen Prüfprozesse und -institutionen sind bereits für Abrechnungsprozesse brauchbar. Es bedarf jedoch erweiterter Kriterien bezüglich der Verarbeitung und Anwendung der individuellen Messdaten und weiterer Gesundheitsdaten. Weiterhin ist die Studienlage, also die evaluierte positive Wirkung, ein weiteres entscheidendes Kriterium für den Einsatz digitaler Technologien. ■





EINWURF

Stabilisierung der GKV-Finanzen: Staat muss seine Hausaufgaben machen

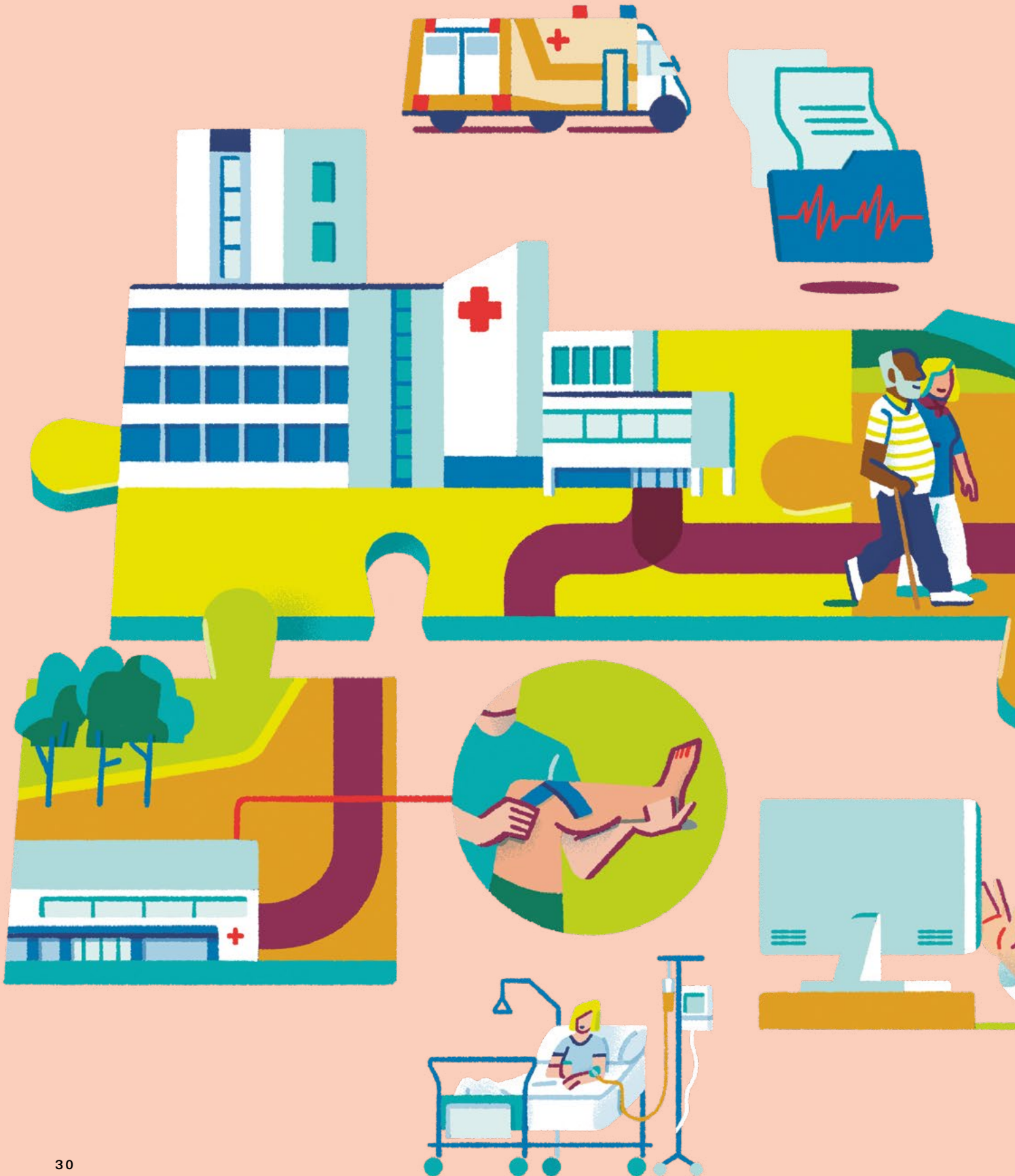
Text von **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des vdek

Monatelang dauerte das politische Gerangel um einen Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an. Schlag auf Schlag kamen schließlich Ende Juni 2022 zunächst der Referentenentwurf und anschließend mit nur wenigen Änderungen der Kabinettsentwurf, der dann am 27. Juli 2022 im Kabinett verabschiedet wurde. Das Ergebnis ist mehr als enttäuschend. Statt die Ursachen für die Finanzierungslücke in Höhe von geschätzt 17 Milliarden Euro in 2023 zu beseitigen und die Belastungen fair auf mehrere Schultern zu verteilen, sollen nun vor allem die Beitragszahler der GKV zur Kasse gebeten werden. Die Liste ist lang: 4,8 Milliarden Euro durch Beitragssatzerhöhungen von durchschnittlich 0,3 Prozentpunkten, vier Milliarden durch das fast vollständige Abschmelzen von Rücklagen der Krankenkassen, 2,4 Milliarden durch den Abbau der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds auf Höhe der Mindestreserve. Hinzu kommt noch einmal eine Milliarde Euro, die der Bund den Krankenkassen als Darlehen zur Verfügung stellen will, welches aber bis 2026 von den Krankenkassen zurückgezahlt werden muss.

Fakt ist: Die Schieflage in der GKV wäre nicht da, wenn die Politik ihre Hausaufgaben gemacht hätte. Und

dazu gehört erstens: die Festlegung aus dem Koalitionsvertrag, endlich eine auskömmliche Finanzierung für die Hartz-IV-Empfänger zu ermöglichen. Das macht allein zehn Milliarden Euro jährlich aus. Zweitens: die dringend erforderliche Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel politisch umzusetzen, die in fast allen europäischen Ländern – mit Ausnahme von Bulgarien und Dänemark – seit vielen Jahren völlig selbstverständlich ist. Und drittens: wieder mehr Gewicht auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu legen. Die Anteile, die die Leistungserbringer zur finanziellen Stabilität beisteuern sollen, fallen mit 2,5 bis drei Milliarden Euro eher gering aus, und das, obwohl diese zum Teil von massiven Vergütungssteigerungen in den Vorjahren profitiert haben. Es ist nicht erklärbar, warum in einer so kritischen wirtschaftlichen Gesamtsituation lediglich die Vergütungssteigerungen in der zahnärztlichen Versorgung gedeckelt werden.

Nach dem Kabinettsbeschluss ist nun das Parlament gefordert, die dringend notwendigen Korrekturen an dem Gesetz vorzunehmen. Es geht um eine nachhaltige Finanzierung auch über 2023 hinaus. Viele der Koalitionsversprechen wie strukturelle Reformen im ambulant-stationären Bereich sind nur mit einer stabilen Finanzbasis der GKV umzusetzen. ■





Effiziente Versorgungsstrukturen schaffen

Auf regionaler Ebene will die Ampelkoalition den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausweiten und innovative Versorgungsformen stärken. Der Verband der Ersatzkassen e.V.

(vdek) macht einen umfassenden Vorschlag, wie ambulante und stationäre Versorgung zusammengedacht werden können. **Die Sektorengrenzen müssen abgebaut, die Ambulantisierung ausgebaut und die Versicherten dorthin geleitet werden, wo sie am besten versorgt werden.**

Ein konkreter Vorschlag der Ersatzkassen für sektorenübergreifende Lösungen ist der Aufbau Regionaler Versorgungszentren (RGZ). Zudem müssen die Krankenhausstrukturen im Sinne eines gestuften Versorgungsangebotes mit einer flächendeckenden Grundversorgung sowie einem leistungsfähigen Netz aus hochspezialisierten Maximalversorgern weiterentwickelt werden.

Effiziente Strukturen vor Ort

Text von **Dr. Jörg Meyers-Middendorf,**
Boris von Maydell und Agnes Kübler

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist vielfältig. Um eine hochwertige Versorgung der Patient:innen unter den Herausforderungen des demografischen Wandels dauerhaft anzubieten, brauchen wir neue, moderne Versorgungsstrukturen. Die einzelnen Bereiche der **Gesundheitsversorgung** müssen dafür strukturell weiterentwickelt und, wo möglich, besser miteinander verzahnt werden.

Uns Ersatzkassen eint die gesundheits- und ordnungspolitische Überzeugung, dass bundesweit geltende Versorgungsstandards der Grundpfeiler sein sollten. Als bundesweit versorgende Kassen sind die Ersatzkassen für jeden in ganz Deutschland zugänglich. Wir stellen uns dem Wettbewerb um das beste Versicherungsangebot und wir prägen die Versorgungslandschaft nachhaltig mit. Dennoch behalten wir regionale Unterschiede und Besonderheiten im Blick. Auf dem Land sind die Vorzeichen andere als in der Stadt.

Die Koalition hat es sich zum Ziel gesetzt, auf regionaler Ebene den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszuweiten. Innovative Versorgungsformen sollen gestärkt werden. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) macht einen umfassenden Vorschlag, wie die Versorgungslandschaften von ambulanter und stationärer Versorgung effektiv zusammengedacht werden können. Sektorengrenzen müssen abgebaut und die Patient:innen dort hingeleitet werden, wo sie am besten versorgt werden können. Dafür braucht es eine Balance aus Qualität, Planung und Wirtschaftlichkeit. Dazu hat der vdek mehrere Module für ein ganzheitliches Versorgungskonzept erarbeitet.

Neue Krankenhausplanung erforderlich

Strukturelle Defizite, das heißt ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung, und immer knapper werdende Ressourcen machen eine Reform der Krankenhausplanung unausweichlich. Künftig ist eine transparente, differenzierte und leistungs- sowie qualitätsorientierte Krankenhausplanung erforderlich, die perspektivisch sektorenübergreifend ausgeweitet werden kann. Die Krankenhausplanung muss einem gestuften Versorgungssystem

folgen und zu einer neuen Aufgabenteilung unter den Leistungserbringern führen. Ziel ist es, die begrenzten Ressourcen so zu bündeln, dass die stationäre Versorgung durch Spezialisierung, Konzentration und Zentralisierung zukunftssicher, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig gestaltet wird.

Für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ist daher die Etablierung eines gestuften Versorgungsangebotes mit einer flächendeckenden Grundversorgung einerseits und einem leistungsfähigen Netz aus hochspezialisierten Maximalversorgern an ausgewählten Standorten andererseits notwendig. Im Rahmen einer neuen Krankenhausplanung sollten Krankenhäuser daher künftig nach bundeseinheitlichen Versorgungsstufen in Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorger eingestuft werden. Hierdurch können sowohl ausgewählte Standorte mit umfangreicher Ausstattung und personeller Expertise vorgehalten als auch die Grund- und Notfallversorgung flächendeckend sichergestellt werden. In strukturschwachen Regionen besteht zudem die Möglichkeit, geeignete Krankenhäuser in ambulant-stationäre Einrichtungen umzuwidmen. Auch die Erfüllung und Einhaltung von Qualitätsvorgaben sollten zur Voraussetzung der Leistungserbringung werden. Die Leistungsverteilung und -erbringung sollten nach Bedarfs- und Qualitätsaspekten erfolgen, sodass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen darf. Auf diese Weise können die begrenzten Ressourcen effizient gebündelt werden.

Die Notwendigkeit einer solchen Strukturreform ergibt sich nicht zuletzt auch aus den Erfahrungen der Covid-19-Pandemie, die die Schwachstellen der Krankenhausplanung verdeutlicht und gleichzeitig aufgezeigt hat, dass gestufte Versorgungskonzepte die Versorgung sowohl in Normal- als auch in Krisenzeiten verbessern können. Hierdurch werden nicht nur die Bedürfnisse der Versicherten in den Mittelpunkt gestellt und die Qualität verbessert, sondern auch die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser langfristig gestärkt. Verbesserte Versorgungsstrukturen erfordern auch eine Weiterentwicklung des DRG-Systems. Dieses sollte

die bedarfsnotwendigen Vorhaltungen in den jeweiligen Versorgungsstufen angemessen refinanzieren. Zudem müssen auch die Länder ihrer Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen.

Gutachten

Wie eine solche Weiterentwicklung der Krankenhausplanung aussehen kann, zeigt das Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ von Partnerschaft Deutschland, Lohfert & Lohfert und der Technischen Universität Berlin aus dem Jahr

2019 auf, das konkrete Vorschläge für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung unterbreitet. Kernelement ist die Weiterentwicklung von einer Betten- und Fachgebietsplanung hin zu einer Planung von Leistungsbereichen und -gruppen. Diese Vorschläge können für einen bundesweiten Regelungsrahmen genutzt werden, wobei die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung weiterhin den Ländern obliegen muss. Unter verwaltungsökonomischen Gesichtspunkten sollten bestimmte Aufgaben und Umsetzungsschritte wie die jährliche Pflege und Weiterentwicklung der Leistungsbereiche und -gruppen auf der Bundesebene erfolgen. Die Ansätze aus dem Gutachten können

auch um ambulante Leistungen erweitert werden, um das ambulante Potenzial der Krankenhäuser auszuschöpfen und eine sektorenübergreifende Planung zu ermöglichen.

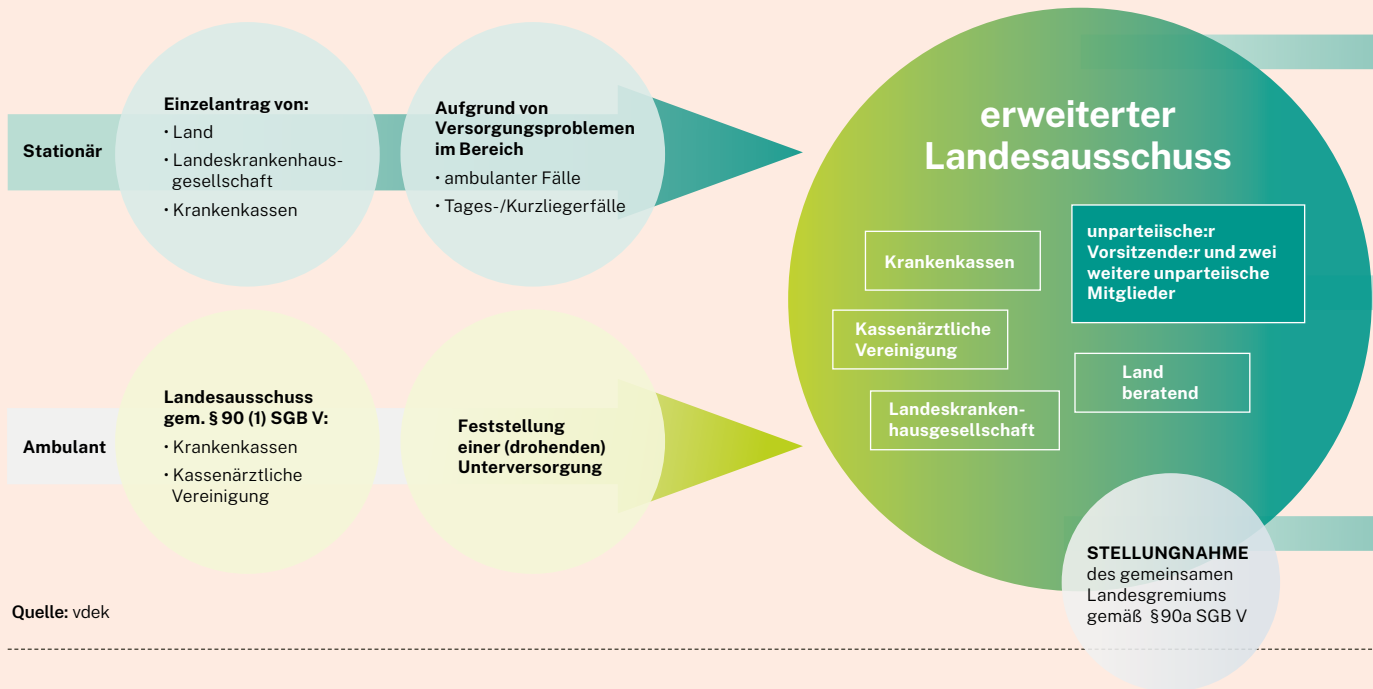
Ambulantisierung

Eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft setzt auch den Ausbau der ambulanten Versorgung voraus. Mit der Ambulantisierung werden Ressourcen sinnvoll genutzt, sodass dem Fachkräftemangel kurzfristig und effektiv, insbesondere in der Pflege, entgegengewirkt werden kann. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, medizinische Leistungen zunehmend ambulant durchzuführen. Dies muss sich auch im Behandlungsalltag widerspiegeln. Die Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung ambulant oder stationär erfolgt, sollte sich allein nach der medizinischen Indikation richten. Die Ambulantisierung trägt zudem auch dem

Für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ist die Etablierung eines gestuften Versorgungsangebotes mit einer flächendeckenden Grundversorgung einerseits und einem leistungsfähigen Netz aus hochspezialisierten Maximalversorgern an ausgewählten Standorten andererseits notwendig.



Neuaufstellung des erweiterten Landesausschusses



Bedürfnis der Bevölkerung Rechnung. Die Versicherten möchten bei kleineren Eingriffen verstärkt ambulant behandelt werden, um unnötige Komplikations- und Infektionsrisiken zu vermeiden und um in gewohnter Umgebung im häuslichen Umfeld zu genesen.

Den Ersatzkassen ist es daher ein großes Anliegen, den Ausbau der ambulanten Versorgung weiter voranzutreiben. Die Schaffung des Katalogs für stationärer ersetzende Maßnahmen ist ein wichtiger erster Schritt, um den negativen Anreizmechanismen, wie beispielsweise den undurchsichtigen Sektorengrenzen, der monetären Angebotsausrichtung und den Fehlanreizen in der Vergütungssystematik entgegenzuwirken. Um den verbleibenden Fehlanreizen und möglichen Mängeln in der Qualität der Indikationsstellung angemessen begegnen zu können, muss eine umfassende Prüfungsmöglichkeit durch die Medizinischen Dienste (MD) beibehalten werden. Zudem müssen die gesetzlichen Grundlagen und Strukturen perspektivisch so ausgestaltet werden, dass eine sektorenübergreifende Planung erfolgen kann, die regionale Besonderheiten abbildet und den

Prozess der Ambulantisierung vorantreibt. So werden Doppelstrukturen zurückgefahren und Ressourcen sinnvoll genutzt.

Regionale Gesundheitszentren

Zur Überwindung bestehender Defizite bei der sektorenübergreifenden Versorgung und den zunehmenden Anforderungen einer alternden Gesellschaft sind neue Formen der Zusammenarbeit bei den Gesundheitsberufen nötig. Diese müssen über einfache Kooperationsformen hinausgehen und sich gleichzeitig in das bestehende Versorgungssystem einfügen. Die Ersatzkassen fordern daher den Aufbau Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) in unterversorgten und drohend unterversorgten Regionen.

Bereits heute gibt es in Deutschland etwa 3.500 Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Sie sind primär eine Form der Niederlassung. Die wenigsten von ihnen verfolgen den Ansatz, die Behandlung der Patient:innen wirklich fachübergreifend sicherzustellen. Das Modell der RGZ geht hier weiter. Das Ziel, so viel vernetzte Versorgung unter einem Dach zu schaffen wie möglich, funktioniert nur mit der



Kooperationen Vertragsärzt:innen
und Krankenhäuser

Ausschreibung RGZ/Umwandlung von
Krankenhaus in RGZ

Sicherstellungszuschläge/
Budgetbereinigungen

Ermächtigungen/Zulassungen

weitere Maßnahmen

ärztlichen Primärversorgung als Grundpfeiler jedes RGZ. Obligatorisch sind aber auch mehr Unterstützung durch Delegation und Substitution, vernetzte Strukturen zwischen Haus- und Fachärzt:innen, ein Case Management, eine durchgängige Erreichbarkeit, digitale Angebote wie Videosprechstunden und die Einbindung weiterer medizinischer Fachberufe (beispielsweise aus dem Heilmittelbereich). Ergänzend dazu werden über den Aufbau einer RGZ-Struktur die Sektorengrenzen durch hybride Angebote endlich entschärft. In Kombination mit einem OP-Zentrum oder einer Kurzzeitpflege können Brüche im Versorgungsgeschehen reduziert werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss der Aufbau Regionaler Gesundheitszentren mit einer Anpassung der Governance-Strukturen in der gemeinsamen Selbstverwaltung einhergehen. Da die aktuelle Bedarfsplanung aber grundsätzlich gut funktioniert und eine völlige Neuordnung voraussichtlich mehrere Jahre dauern und einen massiven bürokratischen Aufwand verursachen würde, wollen die Ersatzkassen die Strukturen genau für die Szenarien weiterentwickeln, in denen Herausforderungen

in der Versorgung einen sektorenübergreifenden Lösungsansatz erfordern. Hierzu gibt es bereits heute eine Vielzahl von Instrumenten, zum Beispiel Sicherstellungszuschläge und die Ermächtigung von Krankenhausärzt:innen und -instituten für die ambulante Behandlung. Mit den RGZ kommt ein wichtiges Instrument hinzu. Gleichzeitig können auch im stationären Bereich Situationen entstehen, in denen durch den Wegfall von Behandlungskapazitäten – beispielsweise durch die Schließung einer Abteilung wegen Personalmangels – Versorgungsbedarfe durch eine Vernetzung mit dem ambulanten Bereich aufgefangen werden müssen.

Sektorenübergreifendes Planungsgremium

Um auf regionaler Ebene konkrete Lösungen zu finden, schlagen die Ersatzkassen vor, den erweiterten Landesausschuss zu einem sektorenübergreifenden Planungsgremium auszubauen (s. Abb.). Dieses Gremium, besetzt mit Vertreter:innen aus Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Landeskrankenhausesgesellschaft, ist bereits heute für die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) zuständig. Zukünftig sollen auch die Länder über ein Beratungsrecht eingebunden werden. Wird nun im vertragsärztlichen Bereich eine bestehende oder drohende Unterversorgung festgestellt, können geeignete Lösungsmöglichkeiten im erweiterten Landesausschuss, etwa die Einrichtung der beschriebenen Regionalen Gesundheitszentren, gefunden werden. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen, Landeskrankenhausesgesellschaft oder das Land einen entsprechenden Antrag auf Beratung für den stationären Sektor im Bereich der Tages- und Kurzliegerfälle stellen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Versorgungsprobleme auf breiter Front und ohne Begrenzung auf nur einen Leistungssektor angegangen werden.

Die deutsche Landschaft der Gesundheitsversorgung ist so vielfältig wie einzigartig. Moderne Versorgungsstrukturen und gleichwertige Verhältnisse im ganzen Land sind unser Anspruch als bundesweit tätige Ersatzkassen. Hohe Standards in der regionalen Versorgung – ambulant, stationär und immer stärker auch sektorenübergreifend – sind unsere Ziele. Unsere Vorschläge für Regionale Gesundheitszentren sowie für eine gestufte und qualitätsorientierte Krankenhausplanung bieten dafür die richtigen Ansätze. ■



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



Boris von Maydell ist Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek



Agnes Kübler ist Referatsleiterin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek

Fachkräftemangel im Krankenhaus intelligent bekämpfen

Text von **Stefan Wöhrmann**

Die Krankenhausstrukturen sind hierzulande nicht mehr zeitgemäß. Eine hohe Krankenhausdichte vergrößert den Fachkräftemangel. Die Monopolkommission setzt in ihrem Gutachten auf Markt beziehungsweise Wettbewerb und erkennt die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes. Die Länder halten an ihrer strukturschonenden Krankenhausplanung und mangelnden Investitionsbereitschaft fest. Die **Krankenhausstrukturreform** muss an den richtigen Stellschrauben drehen, um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen.

Das zweite Jahrzehnt des neuen Jahrtausends war gekennzeichnet durch eine hohe Erwerbsquote und steigende Einkommen, was sich auf Beitrags- und Steuereinnahmen positiv ausgewirkt hat. Leider wird in solchen Zeiten ungern daran gedacht, dass sich die Zeiten auch ändern können. Geopolitische Spannungen, Lieferengpässe, Inflation, Energie- und Rohstoffkrise und letztendlich immer noch die Pandemie geben zumindest Zweifel auf, ob die Welterwartung für die Volkswirtschaft bei heiter bis sonnig bleiben wird. Eins ist heute aber sicher: Spätestens ab 2025 schlägt der demografische Wandel voll zu. Wenn der erste starke Babyboomer-Jahrgang in Rente geht, kommt es zur unumkehrbaren Rentelücke, die zu Einnahmerückgängen bei Steuern und Beitragsmitteln führen wird. Auf der anderen Seite erhält der Fachkräftemangel nochmals einen Schub und gleichzeitig wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ansteigen. Die Krankenhausstrukturen sind auf diese Entwicklung nicht vorbereitet.

Alternde Gesellschaft – sinkende Fachkräftezahl

Bei den derzeit vielfältigen Problemen, die auch die stationäre Versorgung tangieren, sticht der demografische Wandel heraus. Einerseits gibt es strukturschwache Gebiete, die überaltern, und es

fällt schwer, junge Fachkräfte in diese Regionen zu locken. Andererseits gibt es Ballungsgebiete mit Bevölkerungszuwächsen, die gleichzeitig Investoren in der Gesundheitsversorgung anlocken, was zu einem Überangebot führt. Das Kernproblem dabei ist, dass die Gesellschaft älter wird und somit vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wird. Gleichzeitig wird die Zahl der Fachkräfte, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, nicht größer, sondern auf absehbare Zeit kontinuierlich kleiner. Umso schlimmer ist es, wenn mit Fehlversorgung in den Ballungsgebieten Personal gebunden wird, das anderenorts fehlt. Der Fachkräfteeinsatz muss der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und nicht kommerziellen Interessen folgen.

Keine Finanzierung von Phantompflegekräften

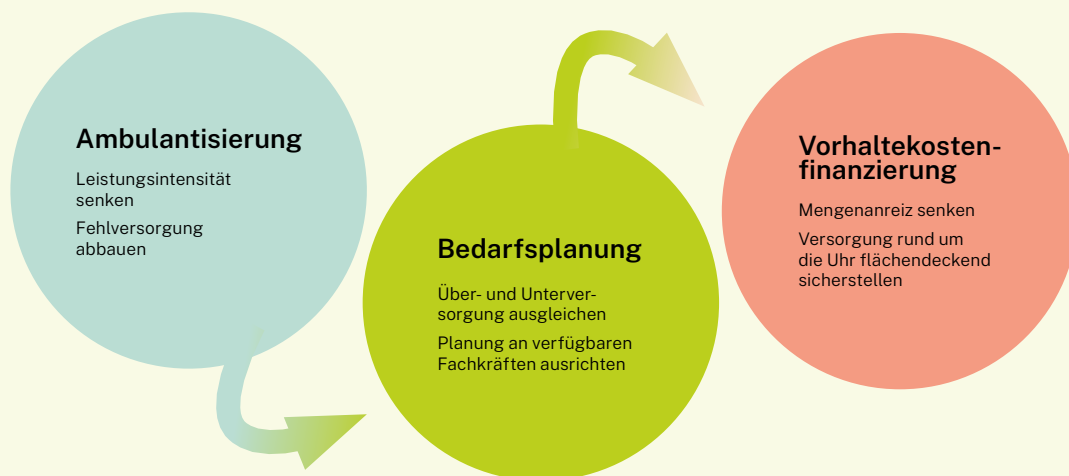
Dem Fachkräftemangel, der gerade in der Pflege besonders hoch ist, versucht man mit Pflegepersonalbedarfszahlen zu begegnen. „PPR 2.0“ ist das angebliche Wundermittel. Diese Sollvorgaben können nicht die Zahl der am Arbeitsmarkt verfügbaren Fachkräfte erhöhen. Sie können nur den Mangel an Fachkräften aufzeigen, ihn jedoch nicht beheben.

Krankenhausträger haben ein Interesse an diesen Sollvorgaben, da sie sich eine Sollbedarfsfinanzierung wünschen. Sie wollen das Geld für Fachkräfte, die man für eine angemessene Behandlung benötigt, unabhängig davon, ob diese auch verfügbar sind: eine interessante „Geschäftsidee“, die der derzeitigen Trägerstruktur der Krankenhäuser entgegenkommen sollte. Auch das Pflegebudget, das alle Kosten erstattet, kann nicht die reale, sondern nur die kalkulatorische Zahl an Pflegekräften erhöhen. Der angebliche Stellenzuwachs im Pflegebudget gibt Zweifel auf, wenn zugleich in der Intensiv- und Kinderkrankenpflege massive Engpässe gemeldet werden. Anscheinend kommt es nur zu buchhalterischen Verschiebungen pflegeähnlicher Berufsgruppen in das Pflegebudget.

Die Anhebungen der Tarifgehälter im Bereich der Pflege erhöhen richtigerweise die Wertschätzung, die dieser Berufsstand verdient hat; die Zahl der Pflegekräfte erhöht sie nicht. Gerade in Bezug auf die Teilzeitquote ist das Gegenteil der Fall. Viele Pflegekräfte in Teilzeit mit Familie reduzieren bei höheren Gehältern die Arbeitszeit anstatt sie zu erhöhen, sodass sie mehr Zeit für die eigene Familie haben. Die Versuche, im Ausland Fachkräfte zu gewinnen, waren bislang der „Tropfen auf dem heißen Stein“. Die mediale Verkündung von angeblich erfolgreichen



Fachkräftemangel in der stationären Versorgung: An den richtigen Stell- schrauben drehen



Quelle: vdek

Rekrutierungserfolgen im Ausland dienen wahrscheinlich mehr dazu, das Narrativ „Gebt uns Geld und wir lösen das Problem“ zu beleben, als dass es wirklich zu einem nennenswerten Anstieg im bundesweiten Fachkräftebestand kommt.

Richtige Stellschrauben statt Gießkannenprinzip

Mit Geld wird man die bundesweite Zahl der Schul-, Studien- und Ausbildungsabsolventen nicht mehr erhöhen können. Natürlich kann ein Träger Fachkräfte abwerben; in der bundesweiten Betrachtung ändert sich dadurch nichts. Insofern muss man für das Problem des Fachkräftemangels an den richtigen Stellschrauben drehen. Einem Fachkräftemangel in der stationären Versorgung kann man entgegenwirken, indem man die Fehlanreize zum medizinisch nicht notwendigen Fallzahlenanstieg beseitigt und das ambulante Behandlungspotenzial von derzeit stationär durchgeführten Behandlungen tatsächlich ausschöpft. Leistungsintensität und -menge müssen auf das medizinisch Erforderliche reduziert werden. Der Fachkräfteeinsatz wird dadurch effizienter. Der Fallzahlrückgang während der Pandemie zeigt das vorhandene Potenzial auf. Die Einbeziehung einer Vorhaltekostenfinanzierung beziehungsweise degressiver Entgelte in die Vergütungssystematik ist dabei eine Möglichkeit. Der derzeitige Fehlanreiz einer rein fallzahlabhängigen Vergütung wird durch den Einbau einer mengenunabhängigen Finanzierungs-komponente verringert. Die Finanzierung von Vorhaltekosten setzt jedoch voraus, dass nur notwendige Krankenhausstrukturen finanziert werden. Bislang bestimmen die Krankenhausträger unter monetären Aspekten ihr Leistungsangebot.

Die Länder schauen bei der Krankenhausplanung nur zu und schreiben diese Entwicklung in ihren Plänen einfach fest. Es bedarf einer aktiven und effizienten Planung der Länder in Zukunft. Hierzu bietet sich eine qualitäts- und leistungsorientierte Planung an, die in bundeseinheitlich differenzierten Leistungsgruppen und -bereichen sowie Versorgungsstufen denkt und sich nicht hinter einer nebulösen Krankenhausrahmenplanung versteckt. Das Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ liefert hierfür einen Ansatz. Unabdingbar ist es, dass sich die neue Art der Planung am verfügbaren

Die Länder schauen bei der Krankenhausplanung nur zu und schreiben diese Entwicklung in ihren Plänen einfach fest. Es bedarf einer aktiven und effizienten Planung der Länder in Zukunft

Krankenhauspersonal orientiert statt an Luftschlössern für Leistungsbedarfe, für die Personal nicht zur Verfügung stehen wird. Eine Konzentration der Leistungsangebote hilft dabei, das knappe Fachpersonal effizienter auf benötigte Standorte zu verteilen. Die Krankenhausplanung muss das Ambulantisierungspotenzial bereits berücksichtigen. Der Ansatz der Leistungsgruppen ist auf ambulante Behandlungen zu erweitern. Sowohl bei den Überlegungen einer Krankenhausstrukturreform als auch bei der späteren Umsetzung muss es zu einem Dreiklang zwischen Bedarfsplanung, Ambulantisierung und Vorhaltekostenfinanzierung kommen; Stückwerk reicht nicht mehr!

Neue Wege gehen

Die Notwendigkeit einer Krankenhausstrukturreform wird von Krankenhäusern, Krankenkassen und auch der Politik gleichermaßen gesehen. Genau hier liegt aber das Problem. Wenn alle Beteiligten bei konträren Vorstellungen eine Reform befürworten, liegt es nahe, dass jeder ein anderes Grundverständnis über deren Inhalte und Ziele hat. Die Regierungskommission und der Gesetzgeber stehen in dem Dilemma, Kompromisse einzugehen und Abstriche in welche Richtung auch immer zu machen. Es ist zu befürchten, dass die Reform in Scheitern kommt und aus einer Reform kleine Reförmchen werden. Eins sollte allen verantwortlich denkenden Menschen in diesem Bereich klar sein: Eine große Reform in der nächsten Legislaturperiode kommt definitiv zu spät. Die Entscheidung, ob es um Renditeerwartungen oder Versorgungsnotwendigen geht, ist fällig. Der Realität eines immer größer werden Fachkräftemangels muss mit Effizienz begegnet werden. Die nächste Reform erfordert eine neue Denkweise. ■



Stefan Wöhrmann
ist Abteilungsleiter
Stationäre Versorgung
beim vdek

Vom Krankenhaus zum Geisterhaus?

Text von **Prof. Dr. Boris Augurzky**

Die Corona-Pandemie hat zu einer starken Reduktion der Leistungsmenge von Krankenhäusern geführt. Ausgleichszahlungen haben die Erlösminderungen aufgefangen, sodass das Jahr 2020 für Krankenhäuser wirtschaftlich besser war als 2019. Das zeigt der **Krankenhaus Rating Report 2022**. Sollte die Leistungsmenge nach der Pandemie niedrig bleiben, stehen die Krankenhäuser vor neuen Herausforderungen. Zugleich aber liegen Antworten auf dem Tisch.

Es sind wirtschaftliche Schwierigkeiten und Anpassungsbedarfe, mit denen die Krankenhäuser konfrontiert werden. Hinzu kommen der Rückgang an Nachwuchskräften, die gesamtwirtschaftlichen Folgen des Krieges in der Ukraine und der teilweisen Deglobalisierung, die Nachwehen der Finanz- und Euro-Krise und das Erreichen von Klimaneutralität. Und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erwartet schon für 2023 ein Defizit von 17 Milliarden Euro. Jedoch gibt es noch eine Menge Potenziale: Reduktion der Bedarfe, sektorenübergreifende Versorgung, Ambulantisierung, Zentralisierung, Schwerpunktbildung, eine effiziente Allokation der Personalressourcen und der Einsatz moderner Technologien. Zu Beginn

der Corona-Pandemie mussten Krankenhäuser so viele Kapazitäten wie möglich freischaufeln. Im Jahr 2020 sank die stationäre Fallzahl um 13,5 Prozent und verharrte 2021 weitgehend auf diesem Niveau. Damit sanken die Erlöse aus Krankenhausleistungen. Die Erlösminderungen wurden jedoch durch Ausgleichszahlungen mehr als wettgemacht, sodass in wirtschaftlicher Hinsicht das Jahr 2020 ein gutes Jahr für Krankenhäuser war (s. Abb. 1). 28 Prozent der Krankenhäuser schrieben im Jahr 2020 auf Konzernebene einen Jahresverlust, nach 34 Prozent im Jahr davor. Besonders verbessern konnten sich kleinere Krankenhäuser, Einrichtungen mit unterdurchschnittlicher Fallschwere und nicht-private Krankenhäuser. Die Investitionsfördermittel



der Länder beliefen sich 2020 auf 3,27 Milliarden Euro. Bezogen auf die Krankenhauserlöse entsprach dies 3,4 Prozent. Zum Erhalt der Unternehmenssubstanz sollten jährlich jedoch sieben bis acht Prozent der Erlöse in Investitionen fließen. Krankenhäuser versuchen, diese investive Lücke aus eigener Kraft zu schließen. Jedoch gelingt ihnen dies nur zum Teil, sodass es zu einem schleichenden Substanzverzehr kommt. Die größte Herausforderung für die Volkswirtschaft ist der demografisch bedingte wachsende Mangel an Fachkräften. Gleichwohl gelang es dem Gesundheitswesen, die Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Menschen zwischen 2015 und 2021 um 15 Prozent zu steigern; in den Krankenhäusern um zwölf Prozent. Trotzdem lag im März 2021 die Zahl der von Krankenhäusern gemeldeten offenen Stellen viereinhalbmal höher als im Januar 2007. Erfreulicherweise zeigen die Ausbildungsanstrengungen der Krankenhäuser erste Früchte. So ist die Anzahl ihrer Auszubildenden zwischen 2015 und 2021 um 41 Prozent gestiegen.

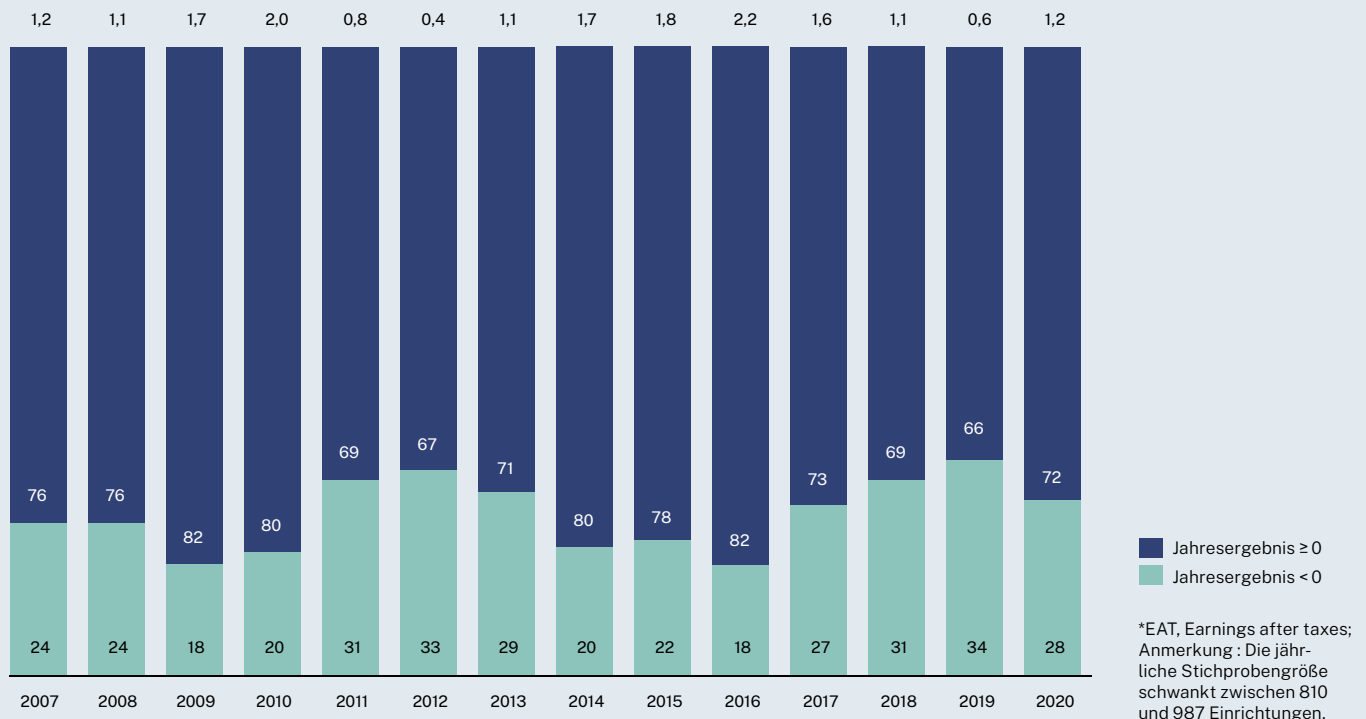
Sollte die Patientenzahl wieder das Vorkrisenniveau erreichen, würde bei einer Fortschreibung der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust bis 2030 auf 44 Prozent zunehmen. Das ist deutlich schlechter als 2019, jedoch kein Grund für eine Alarmstimmung, weil in diesem Szenario keine Gegenmaßnahmen unterstellt werden und noch Zeit wäre, Effizienzverbesserungen zu realisieren. Falls dagegen das Leistungsniveau weiterhin auf dem niedrigen Niveau von 2022 bliebe, käme es schon 2023 zu einer dramatischen Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Schnelle Struktur- und Prozessoptimierungen sowie eine Anpassung der Krankenhauskapazitäten an das neue niedrigere Leistungsniveau wären dann nötig.

Gegenwärtige Probleme

Jedoch ist dies nicht die einzige Herausforderung. Dass wir in Deutschland in den 2020er Jahren auf ein enormes demografisch bedingtes Problem zuwandern, ist seit Jahrzehnten bekannt. Allerdings wurden mögliche Lösungen verschleppt.

Durchschnittliches Jahresergebnis* (Abb.1)

als Anteil an Erlösen sowie Verlust/Gewinn der Kliniken; in Prozent



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Nach wie vor ist die Corona-Pandemie virulent und erstmals herrscht wieder Krieg in Europa. Die Nachwehen der Finanz- und Euro-Krise sind noch nicht vorbei, sondern zeigen sich in der aufgeblähten Bilanz der Europäischen Zentralbank, und die Veränderung des Klimas wird immer sichtbarer. Gleichzeitig brechen derzeit Vorteile aus der internationalen Arbeitsteilung weg, womit die Effizienz der Leistungserbringung weltweit sinkt und die Preise für Güter und Dienstleistungen steigen. Gegenwärtig sind wir nicht für diese Herausforderungen gerüstet und der Veränderungsdruck wird immer stärker. Die GKV erwartet für 2023 ein Defizit von 17 Milliarden Euro. Außerdem mangelt es an geeignetem Personal, um die erforderlichen Leistungen weiterhin in guter Qualität erbringen zu können. Allerdings hat das Gesundheitswesen noch eine Menge Potenziale zur Steigerung der Effizienz, zum Beispiel die Reduktion

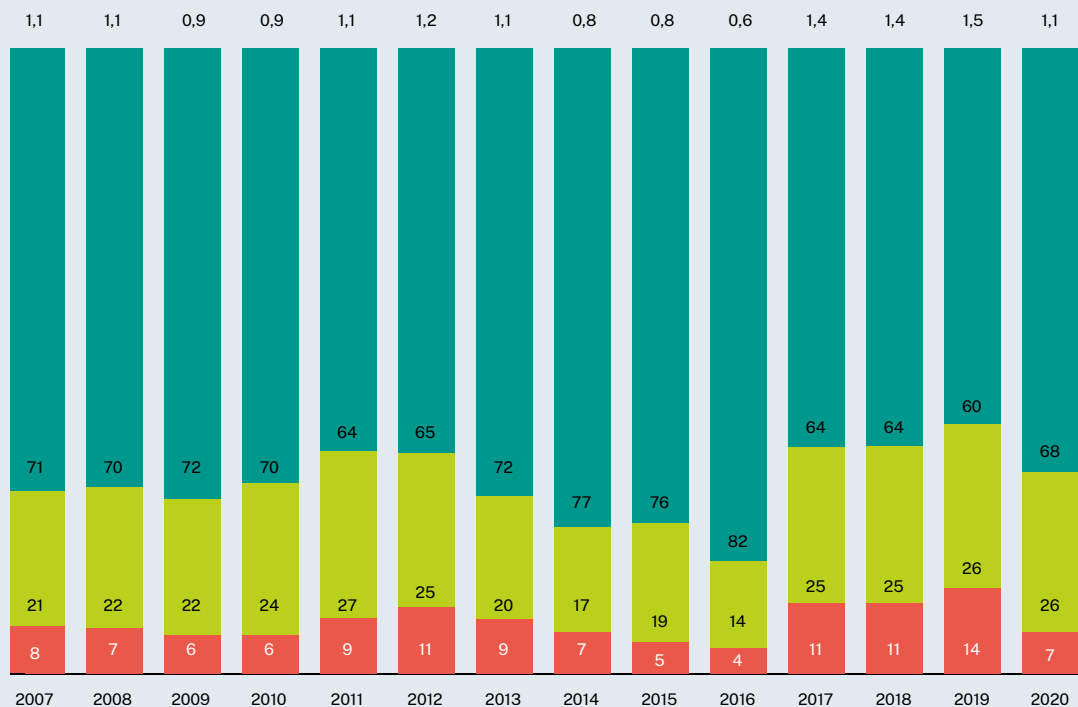
der Bedarfe durch Prävention und durch eine stärkere Auslese der Angebote mit höherem Nutzen und Vermeidung von solchen mit geringem Nutzen, eine sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung, Zentralisierung und Schwerpunktbildung, eine effizientere Allokation der Personalressourcen und der flächendeckende Einsatz moderner Technologien. Um sie zu heben, müssen wir die Vergütungssysteme entsprechend ausrichten. Diskutiert werden unter anderem Hybrid-DRG, um die Ambulantisierung zu befördern, Vorhaltepauschalen neben den DRG (diagnosebezogene Fallgruppen) und eine Neujustierung der Investitionsfinanzierung sowie der Finanzierung der Pflege im Krankenhaus. Der Koalitionsvertrag spricht viele dieser Themen an. Um ihr Potenzial zu nutzen, braucht es entschiedene politische Führung und eine entsprechende Priorisierung der Themen. ■



Prof. Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der hcb sowie Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch

Ausfallwahrscheinlichkeit im Durchschnitt und nach Ampelklassifikation (Abb.2)

jeweils in Prozent



Das Insolvenzrisiko wird im Krankenhaus Rating Report mit der Ausfallwahrscheinlichkeit berechnet. Diese gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Krankenhaus innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann. Die durchschnittliche Insolvenzrisikowahrscheinlichkeit lag 2020 bei 1,1 Prozent. Nach Ampelklassifikation befanden sich nur noch sieben Prozent der Krankenhäuser im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr, 26 Prozent im gelben und 68 Prozent im grünen Bereich.

■ Geringes Insolvenzrisiko
■ Mittleres Insolvenzrisiko
■ Hohes Insolvenzrisiko

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

3 Fragen an

Miriam Wawra

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) engagiert sich für die **Interessen von aktuell etwa 100.000 Studierenden**.

Miriam Wawra studiert Humanmedizin an der Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und ist für das Jahr 2022 Präsidentin der bvmd.

Die Nachfrage nach Medizinstudienplätzen ist ungebrochen hoch. Welche Chancen und Perspektiven versprechen sich junge Menschen von einem Abschluss in diesem Fach und haben sich die Erwartungen an den Beruf geändert, etwa was die Work-Life-Balance angeht? Ein großer Motivator sind weiterhin die medizinischen Inhalte und das Arbeiten mit den Patient:innen. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende“, einer großen Umfrage, die wir alle vier Jahre in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Medizinischen Fakultätentag und der Universität Trier durchführen, wird allerdings deutlich, dass sich die Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit zunehmend hin zu verlässlichen Arbeitszeiten, Flexibilität, Familienfreundlichkeit, Interprofessionalität und guten Weiterbildungsmodalitäten verändern. Die Studierenden wünschen sich für ihre spätere Berufstätigkeit feste Ansprechpartner:innen, flache Hierarchien, Kinderbetreuung sowie die Möglichkeit, wissenschaftlich auf dem neuesten Stand zu bleiben und Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor zu absolvieren.



Die Hürden, einen Studienplatz in Deutschland zu erhalten, sind relativ hoch. Sind die Weichen richtig gestellt beziehungsweise brauchen wir mehr Studienplätze, um den Bedarf zu decken? Wir warnen davor, unüberlegt Studienplatzzahlen zu erhöhen. Die Qualität der Lehre muss immer gewährleistet sein und dies benötigt eine ausreichende Anzahl an

Lehrpersonal und Räumen sowie genug Kapazitäten für die klinische Ausbildung. Dies sicherzustellen, ist auf die Schnelle nicht immer möglich. Stattdessen sollten sich die Verantwortlichen mehr mit den Gründen beschäftigen, weshalb medizinisches Personal in Teilzeit arbeitet, den Beruf verlässt oder zumindest in patientenferne Tätigkeiten wechselt. Hierfür Lösungen zu finden, ist aber natürlich deutlich komplizierter, zeitintensiver und weniger öffentlichkeitswirksam als die Erhöhung der Studierendenzahl.

Stichwort Versorgung in strukturschwachen Regionen: Wie können junge Menschen dazu motiviert werden, etwa auf dem Land eine ärztliche Tätigkeit auszuüben, welche Anreize könnten dafür geschaffen werden? Gerade wenn es um die ländliche Primärversorgung

geht, wünschen wir uns bessere Arbeitsbedingungen, einen Ausbau der Infrastruktur, die Möglichkeit der Anstellung in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren und Familienfreundlichkeit. Auch gute Fortbildungsmöglichkeiten und der fachliche Austausch mit Kolleg:innen sind uns wichtig. Etwa 35 Prozent der Studierenden konnten sich 2018 vorstellen, Fachärzt:in für Allgemeinmedizin zu werden. Wir sollten also keine neuen Quoten einführen, sondern die Attraktivität des Fachgebietes im Studium weiter hervorheben, fakultative Lehre zum Thema Niederlassung und Praxisführung zur Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit anbieten und Berufsanfänger:innen besser unterstützen. ■



Arztbesuche: Männer holen auf

KKH In Deutschland haben im vergangenen Jahr so viele Männer einen Arzt kontaktiert wie seit Jahren nicht. Das ist das Ergebnis einer Datenanalyse der KKH Kaufmännische Krankenkasse. 2021 nahmen demnach bundesweit 87,2 Prozent der KKH-versicherten Männer ambulante Versorgung in Anspruch – egal ob beim Allgemein- oder Fachmediziner. 2020 waren es hingegen knapp 85 Prozent, 2017 nur 83,8 Prozent. Eingeholt haben die Männer die Frauen trotz des Anstiegs aber noch nicht: Nach wie vor kontaktieren deutlich mehr Frauen einen Mediziner. Darüber hinaus war auch bei ihnen die Quote 2021 mit 94,4 Prozent im Vergleich zu den Vorjahren am höchsten, das Plus aber nicht so groß wie bei den Männern: 2020 suchten 93,5 Prozent der KKH-versicherten Frauen ärztlichen Rat, 2017 waren es 93,6 Prozent. Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass überall in der Republik weniger Männer zum Arzt gehen als Frauen. In Bremen haben 2021 die wenigsten Männer ambulante medizinische Hilfe in Anspruch genommen (84,2 Prozent), im Saarland hingegen die meisten (90,8 Prozent). *pm*

→ kqh.de → bit.ly/3uLVuuh



Nutzencheck auch für Medizinprodukte gefordert

BARMER In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) drohen Extrakosten in Milliardenhöhe bei Medizinprodukten ohne erwiesenen Zusatznutzen. Deshalb sollten wichtige Medizinprodukte einer frühen Nutzenbewertung ähnlich wie Arzneimittel unterzogen werden. Zudem fordert die BARMER, die Beschlüsse zur Nutzenbewertung regelmäßig zu aktualisieren und die Praxis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dahingehend anzupassen. Dass dies sinnvoll ist, zeigt eine Analyse zu Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) im BARMER-Hilfsmittelreport 2022. Die CGM-Systeme ermöglichen Diabetikerinnen und Diabetikern, ihren Blutzuckerwert rund um die Uhr mithilfe eines Sensors zu messen. Bis zum Jahr 2020 wurden in Deutschland über eine halbe Million Diabetiker damit ausgestattet. Zum medizinischen Zusatznutzen von CGM-Geräten gibt es in Studien bislang jedoch nur vereinzelte Hinweise. Für die GKV entstehen hingegen jährliche Extraausgaben von rund einer Milliarde Euro. *pm*

→ [barmer.de](https://www.barmer.de) → bit.ly/3PFby9D

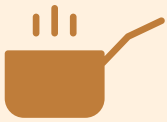
DAK Im ersten Halbjahr 2022 haben sich Beschäftigte in Deutschland deutlich häufiger krankgemeldet als im Vorjahr: Der Krankenstand lag für Januar bis Juni bei 4,4 Prozent, 0,7 Prozentpunkte über dem Niveau des ersten Halbjahrs 2021. Corona verursachte 64 Fehltage je 100 Versicherte, etwa sechsmal so viele wie im Vorjahr. Das zeigt eine aktuelle Analyse der DAK-Gesundheit. Die Krankenkasse hat alle Krankschreibungen des ersten Halbjahrs 2022 von 2,3 Millionen DAK-versicherten Beschäftigten bundesweit ausgewertet. **Auf 100 DAK-versicherte Beschäftigte kamen im ersten Halbjahr 2022 insgesamt 788 Fehltage, 115 Tage mehr als in den ersten sechs Monaten des Vorjahres.** Parallel zu der schrittweisen Lockerung der Corona-Einschränkungen im März 2022 konnte sich eine ausgeprägte Erkältungs- und Grippewelle entwickeln. Sie wurde von einer hochansteckenden Omikron-Variante begleitet, die so viel Arbeitsausfall in deutschen Unternehmen bewirkt hat wie keine Variante des Coronavirus zuvor. *pm*

→ [dak.de](https://www.dak.de) → bit.ly/3OzTDjb

Mehr Kaiserschnitt-Geburten seit Corona

TK Seit Beginn der Coronapandemie kommen wieder mehr Babys per Kaiserschnitt auf die Welt. Das zeigt eine aktuelle Auswertung von Abrechnungsdaten der Techniker Krankenkasse (TK). So kam 2021 fast jedes dritte Baby auf dem OP-Tisch zur Welt (29,4 Prozent). 2019 hatte die Kaiserschnitttrate noch bei 27,9 Prozent gelegen, 2020 bei 28,2 Prozent. Damit ist die Kaiserschnitttrate das zweite Jahr in Folge gestiegen. Der TK-Auswertung liegen alle abgerechneten Geburten von TK-Versicherten im Zeitraum von 2019 bis 2021 zugrunde. „Diese Entwicklung überrascht uns. Wir hatten damit gerechnet, dass sich der Trend fortsetzt und die Kaiserschnitttrate weiter sinkt“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Allein durch die Pandemie lasse sich der Anstieg der Kaiserschnitttrate kaum erklären. „Außerdem beobachteten wir – wie schon in der Zeit vor Corona – starke regionale Unterschiede.“ So lag die Kaiserschnitttrate 2021 in Sachsen bei 20,9 Prozent, während sie im Saarland 35,7 Prozent betrug. *pm*

→ [tk.de](https://www.tk.de) → bit.ly/3SgejzY



BARMER Weniger als die Hälfte der Familien in Deutschland kocht täglich selbst. Das geht aus einer repräsentativen Umfrage im Auftrag der BARMER hervor. Befragt wurden rund 1.000 Familien mit minderjährigen Kindern im Haushalt. **So gaben 43 Prozent an, normalerweise mindestens eine selbstgekochte Mahlzeit am Tag zu essen.** 50 Prozent essen mindestens einmal täglich zusammen. „Gemeinsame Mahlzeiten und deren Zubereitung sollten feste Bestandteile im Familienalltag sein“, sagt der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. med. Christoph Straub. Das Elternhaus spiele eine zentrale Rolle für das gesunde Aufwachsen von Kindern, gerade im Hinblick auf die Ernährung. Je früher dies gelinge, desto besser. Derzeit sei jedoch im Alltag vieles verbesserungsfähig, so Straub. Laut der Umfrage aßen zum Beispiel nur 32 Prozent der befragten Familien mindestens drei Portionen Gemüse am Tag, wie es die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfehle. *pm*

→ barmer.de
→ bit.ly/3yELRyL

Krankschreibungen bei Long Covid

TK Welche langfristigen Folgen hat eine Coronainfektion auf den Krankenstand der Beschäftigten in Deutschland? Eine aktuelle Studie der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt: Von den TK-versicherten Erwerbstätigen, die im Jahr 2020 eine Covid-19-Diagnose mit Virusnachweis (PCR-Test) erhalten haben, war im Jahr 2021 knapp ein Prozent mit der Diagnose Long Covid krankgeschrieben. Damit sorgt Long Covid insgesamt betrachtet bei den Erwerbstätigen bisher zwar nur für einen relativ geringen Anteil am Gesamtkrankenstand – die Betroffenen sind jedoch vergleichsweise lange Zeit krankgeschrieben, im Durchschnitt 105 Tage. Betroffene, die wegen ihrer Coronainfektion mehr als sieben Tage im Krankenhaus lagen, waren im darauffolgenden Jahr im Schnitt 168 Tage krankgeschrieben. Bei den Betroffenen, die im Krankenhaus beatmet werden mussten, waren es sogar durchschnittlich 190 Tage. Zum Vergleich: Im Schnitt war jede TK-versicherte Erwerbsperson im letzten Jahr 14,6 Tage arbeitsunfähig gemeldet. *pm*

→ tk.de → bit.ly/3IGH160

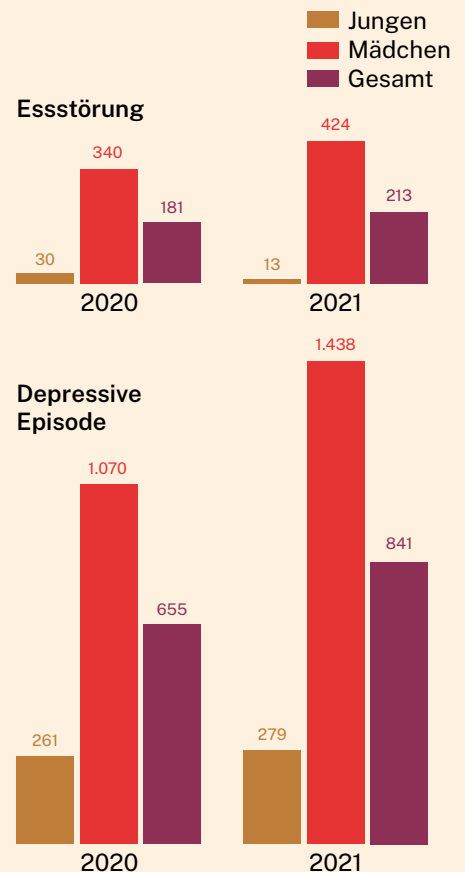
Mehr Essstörungen und Depressionen unter Jugendlichen

DAK Die Pandemie hat massive Folgen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Im Jahr 2021 stiegen Depressionen und Essstörungen bei Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren weiter an. Mädchen wurden dabei über 32-mal so häufig wegen Essstörungen stationär behandelt wie Jungen. Zudem kamen sie fünfmal öfter wegen Depressionen, dreimal häufiger wegen Angststörungen und 2,5-mal öfter aufgrund von emotionalen Störungen in deutsche Kliniken. Das ist das Ergebnis der Analyse aktueller Krankenhausdaten der DAK-Gesundheit für den Kinder- und Jugendreport 2022. Für den Report untersuchten Wissenschaftler von Vandage und der Universität Bielefeld anonymisierte Abrechnungsdaten von rund 800.000 Kindern und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahren, die bei der DAK-Gesundheit versichert sind. Analysiert wurden die Jahre 2019 bis 2021. *pm*

→ dak.de → bit.ly/3Pnlm6o

Krankenhausaufenthalte

unter Jugendlichen (15–17 Jahre); Fälle je 100.000; aufgeteilt nach Diagnose; gerundet



Quelle: Kinder und Jugendreport 2022/DAK Gesundheit

Pandemie verstärkt Schmerzen und Ängste

Text von **Dorothea Wiehe**

In der Corona-Zeit leiden **sozial benachteiligte Schulkinder** besonders. Das zeigt die sechste Befragungswelle des DAK-Präventionsradars. Die betroffenen Mädchen und Jungen erleben die negativen Veränderungen durch die Pandemie deutlich stärker als alle Vergleichsgruppen. Das gilt für die Lebenszufriedenheit, den Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden.



Dorothea Wiehe ist Redakteurin bei der DAK-Gesundheit

In der aktuellen Befragungswelle gibt fast ein Viertel aller Schulkinder an, mindestens einmal pro Woche unter Bauch-, Kopf- oder Rückenschmerzen zu leiden. Mädchen sind stärker betroffen als Jungen. Während jede Dritte von Schmerzen mindestens einmal pro Woche berichtet, ist es bei den Jungen etwa jeder sechste. Besonders stark erhöht ist der Anteil mit 38 Prozent bei den Schulkindern mit niedrigem Sozialstatus. Im wiederholten

Querschnitt zeigt sich, dass durch die Pandemie in allen untersuchten Gruppen beim Schmerzerleben eine deutliche Verschlechterung eingetreten ist. Bei sozial benachteiligten Schulkindern macht sich dies jedoch am stärksten bemerkbar: Bei ihnen liegt der Anteil der Betroffenen aktuell um 48 Prozent über dem Vor-Corona-Niveau. Der DAK-Präventionsradar untersucht das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zwischen zehn und 18 Jahren. Die sechste Befragungswelle wurde im Schuljahr 2021/2022 gemeinsam mit dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in 13 Bundesländern durchgeführt.

Pandemie wirkt stark auf Lebenszufriedenheit

Im Schuljahr 2021/2022 geben Schulkinder ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit auf einer Skala von null bis zehn im Mittel eine 6,6. Damit liegt ihre Lebenszufriedenheit über dem Niveau des ersten Corona-Schuljahres (5,8), aber weiterhin deutlich unterhalb des Vor-Corona-Niveaus von 7,3. Bei Schulkindern mit niedrigem sozialen Status ist die Differenz am größten. Ihre aktuelle Lebenszufriedenheit ist um 19 Prozent schlechter als vor Corona. Auffällig ist zudem, dass etwa jedes zweite Schulkind im Schuljahr 2021/2022 ein vermindertes

psychisches Wohlbefinden zeigt. Auch hier scheint ein niedriger Sozialstatus von Bedeutung zu sein, denn am stärksten betroffen sind die im Mittel 15-jährigen sozial benachteiligten Mädchen mit einem Anteil von 86 Prozent.

Notwendigkeit für unterstützende Angebote

Der aktuelle DAK-Präventionsradar 2022 macht in verschiedenen Bereichen deutlich, dass die Pandemie je nach sozialem Status sehr unterschiedliche Auswirkungen und Folgen hat. „Vermutlich verfügen Kinder und Jugendliche mit einem höheren Sozialstatus über mehr Ressourcen, die notwendig sind, die Ausnahmesituation zu überblicken, einzuordnen und sie letztlich gut zu überstehen“, sagt Studienleiter Prof. Dr. Reiner Hanewinkel vom IFT-Nord. „Kinder und Jugendliche erleben während der Pandemie ein deutliches Ausmaß an psychischen Belastungen und Einbußen bei der Lebensqualität. Familien mit einem niedrigen sozialen Status verfügen über weniger Ressourcen zur Bewältigung und benötigen Unterstützungsangebote.“

Präventionsprogramm der Kasse

Für die DAK-Gesundheit markieren die Ergebnisse einen großen Handlungsdruck. „Wir müssen verhindern, dass durch die Pandemie eine verlorene Generation mit Gesundheitsproblemen und seelischen Leiden entsteht“, betont ihr Vorstandsvorsitzender Andreas Storm. Die DAK-Gesundheit hat sich das Thema Kinder- und Jugendgesundheit auf die Fahnen geschrieben. Um Jugendliche seelisch stark zu machen, hat sie das Präventionsprogramm DAK Smart4me aufgesetzt. Über dieses kostenlose Online-Coaching bekommen Jugendliche einen virtuellen Freund an die Seite gestellt, der sie auf dem Weg zu einem gesunden Umgang mit Stress oder Ängsten begleitet. Zudem engagiert sich die Krankenkasse mit der Kampagne „fit4future“ für eine gesunde Lebenswelt Schule. Seit 2020 gibt es das Programm in modifizierter Form auch für drei- bis sechsjährige Kita-Kinder.

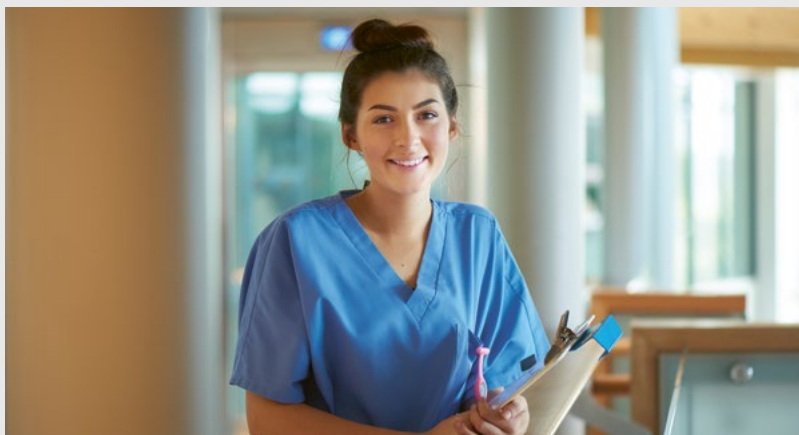
Die Kasse möchte mit ihren Studien zudem verstärkt in den politischen Dialog eintreten. Sie fordert kurzfristig eine konzertierte Aktion der Gesundheits- und Familienpolitik in Bund und Ländern, um die Kinder- und Jugendgesundheit zu stärken. ■

→ bit.ly/3obR4Jg

38 % der Schulkinder aus sozial benachteiligten Familien (und 24 % aller Schulkinder) der Klassen 5 bis 10 leiden regelmäßig unter Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen.



Quelle: Präventionsradar der DAK-Gesundheit 2022



Zuwachs bei Ausbildungen in der Pflege

Seit zwei Jahren ist in Deutschland die Ausbildung im neuen Beruf der Pflegefachfrau beziehungsweise des Pflegefachmanns möglich. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, haben im Jahr 2021 rund 56.300 Auszubildende eine Ausbildung zu diesem Beruf begonnen (Stichtag 31. Dezember 2021). Damit wurden fünf Prozent mehr Ausbildungen begonnen als 2020. Damals hatten sich 53.600 Auszubildende für diesen Beruf entschieden. Insgesamt waren am 31. Dezember 2021 rund 102.900 Personen in Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann. Beinahe jede fünfte Ausbildung wurde erst im Alter ab 30 Jahren aufgenommen, sieben Prozent der Ausbildungen erst im Alter ab 40 Jahren begonnen. Unabhängig vom Alter bei Ausbildungsbeginn wird die Ausbildung vor allem von Frauen gewählt: 76 Prozent der Auszubildenden mit neuem Ausbildungsvertrag waren weiblich. Die Ausbildung wurde mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) von 2017 begründet und ist seit dem Jahr 2020 möglich. Damals wurden die bis dahin getrennten Ausbildungen in den Berufen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger zum Berufsbild Pflegefachfrau beziehungsweise Pflegefachmann zusammengeführt. *pm*

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind noch immer Todesursache Nummer eins. Millionen Menschen in Deutschland leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die mit über 338.000 Sterbefällen (2020, Destatis) für 34 Prozent aller Todesfälle verantwortlich sind. Anhaltend hohe Sterblichkeits- und Hospitalisationsraten stellen aus Sicht der Deutschen Herzstiftung eine große Herausforderung dar. Pro Jahr werden mehr als 1,7 Millionen Menschen wegen Herzkrankheiten vollstationär in Kliniken versorgt. *pm*
→ bit.ly/3BBQFb0



In Deutschland leben so wenig junge Menschen wie noch nie: Zum Ende des Jahres 2021 waren es gut 8,3 Millionen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Das entspricht einem Anteil von zehn Prozent an der Gesamtbevölkerung, wie das Statistische Bundesamt mitteilt. Die Zahl der jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren ist somit sowohl absolut als auch anteilig so klein wie nie zuvor seit Beginn der Zeitreihe im Jahr 1950. Die Gesamtbevölkerung hat dagegen einen neuen Höchststand erreicht: Im Jahr 2021 lebten erstmals mehr als 83,2 Millionen Menschen in Deutschland. *pm*
→ bit.ly/3dnHzoa

 **@vdek_Presse** Eigenanteile **#stationäreAltenpflege** steigen. Entlastungseffekt bei neuem Zuschlag nach Aufenthaltsdauer nur bei langem Heimaufenthalt deutlich spürbar. Ohne Zuschlag lägen durchschnittl. **#Eigenanteile** monatl. bei 2.179 EUR (1.1.22) bzw. 2.248 EUR (1.7.22).

 **@vdek-Presse** Krankschreibung per Telefon bei leichten Atemwegserkrankungen wieder möglich! **#GBA** hat die **#Corona-Sonderregelung** angesichts steigender Infektionszahlen wieder in Kraft gesetzt.



Es lebe der Sport!

PODCAST Wie oft haben wir es uns schon vorgenommen, sportlich aktiver zu werden. Doch immer kommt etwas dazwischen. Wie wir uns besser motivieren können, erklärt Prof. Dr. Jens Kleinert im Wissenschaftspodcast „Eine Runde mit ...“ der Deutschen Sporthochschule Köln. Wichtig ist zunächst, sich eine Lieblingssportart zu suchen, die einen gefühlsmäßig aufbaut. Doch es geht um mehr. In der aktuellen Folge „Emotionen und Motivation im Sport“ stellt Kleinert, der die Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie am Psychologischen Institut der Deutschen Sporthochschule Köln leitet, die SMART-Formel vor. Jeder Buchstabe steht für ein Kriterium. Wer alle Kriterien beherzigt, kann sportliche Ziele besser erreichen – egal ob als Laufanfänger oder als Hochleistungssportlerin. *tag*
→ bit.ly/3QfiPNe



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Innovationen in der Gesundheitsversorgung

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) gewinnen bei der Versorgung von Patienten immer mehr an Bedeutung. Dieses Handbuch gibt einen Überblick über verschiedene Anwendungsformen von E-Health und Digital Health inklusive Problemstellungen aus der Praxis. Dabei wird nicht nur rechtliches Grundlagenwissen vermittelt, sondern auch das technische und wirtschaftliche Verständnis für aktuelle Schlüsseltechnologien.

Dr. Wolfgang A. Rehmann,
Dr. Christian Tillmanns (Hg.)
E-Health/Digital Health. Rechtshandbuch
2022, XXIX, 483 S., €159
Verlag C. H. Beck, München

Das Recht auf den eigenen Körper

Sexuelle und reproduktive Rechte sind in völkerrechtlichen Dokumenten als Menschenrechte verankert, trotzdem sind sie gefährdet. Zwangssterilisationen, Schwangerschaftsabbrüche, Zugang zu Verhütungsmitteln, Müttersterblichkeit unter der Geburt: All das hängt damit zusammen, wie die reproduktiven Rechte ausformuliert und umgesetzt werden. Anhand von Beispielen beschreiben die Autorinnen den Kampf für körperliche Selbstbestimmung.

Gesine Akena, Patricia Hecht, Dinah Riese
Selbstbestimmt. Für reproduktive Rechte
2022, 203 S., €22
Verlag Klaus Wagenbach, Berlin



PS: Schwammintelligenz

Immer häufiger kratzen die Temperaturen in Deutschland an der 40-Grad-Marke. Vor allem auf baumlosen, zubetonierten innerstädtischen Plätzen lauert sengende Hitze. Kein Schatten weit und breit. Doch zur gleichen Zeit an einem anderen Ort – im Wald oder in der Nähe eines Sees – lässt es sich besser aushalten. Wasser und Grün sind übrigens auch zwei essenzielle Zutaten im Zukunftsmodell der „Schwammstädte“. Dabei geht es um eine intelligente Lösung im Umgang mit Hitze, Starkregen, Überflutungen und Trockenheit. Wie ein Schwamm sollen Städte überschüssiges Wasser aufnehmen, speichern und dann durch Verdunstung und Bewässerung wieder abgeben. Begrünte Dächer, Fassaden und Straßenzüge sollen die Verdunstungskühlung fördern. Das klingt vielversprechend, aber wann werden wir in Schwammstädten leben? Das kann noch lange dauern, was aber nicht bedeuten muss, sich untätig zurückzulehnen. Denn in der Zwischenzeit könnten zum Beispiel mehr Bäume an betonierten Plätzen gepflanzt und unzählige Schottergärten wieder in Naturgärten verwandelt werden.

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

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

Gesamtverantwortung Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung Annette Kessen

Redaktion Dr. Tanja Gloom, 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 Dani Maiz
(Titelseite, S. 4/5, 10/11, 30/31, 47)
danimaz.com

Druck & Versand
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum
August 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: vS.3: vdek/Georg J. Lopata | S. 5: vdek/Jens Jeske | S. 6: sanjeri | S. 7: vdek/Nicole Janke | S. 8: Techniker Krankenkasse; Medizinischer Dienst Bund; Medizinischer Dienst Bund | S. 9: vdek | S. 11: vdek/Georg J. Lopata | S. 15: okies3D/iStock/Getty Images Plus | S. 16: vdek/Georg J. Lopata | S. 19: vdek/Jens Jeske | S. 20: vdek/Jens Jeske | S. 22: vdek/Jens Jeske | S. 23: vdek/Jens Jeske | S. 24: André Wirsig im Auftrag der SLfG | S. 25: vdek/Simon Kopelke | S. 26: www.bestechend.de; vdek | S. 27: vdek | S. 28: Fotograf: Rafalzyk; Fotografa, Berlin | S. 29: vdek/Georg J. Lopata | S. 35: vdek/Georg J. Lopata; vdek/Georg J. Lopata; privat | S. 38: vdek/Georg J. Lopata | S. 39: paolo81/iStock/Getty Images Plus | S. 41: Sven Lorenz/RWI | S. 42: Miriam Wawra | S. 43: PeopleImages/iStock/Getty Images Plus | S. 44: martin-dm/iStock/Getty Images | S. 45: thenounproject/Creative Stall | S. 46: DAK-Gesundheit/Wigger | S. 48: Sturtii/iStock/Getty Images Plus; thenounproject/Victoruler | S. 49: Deutsche Sporthochschule Köln | S. 50: Enskanto/iStock/Getty Images Plus | 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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.com/vdek_HE)

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com
[@vdek_MV](https://twitter.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](https://twitter.com/vdek_NDS)

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/384 10-0
Fax: 02 11/384 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com
[@vdek_NRW](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.com/vdek_TH)



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

vdek online

vdek.com

 @vdek_Presse



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