

# ersatzkasse magazin.

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

G20634

4. AUSGABE 2023



## Krankenhausreform: Mehr Qualität in der Versorgung

Eckpunktepapier von  
Bund und Ländern sieht  
einheitliche Qualitäts-  
standards vor

## »Wir müssen den ambulanten Bereich grundlegend reformieren«

Prof. Dr. Stefanie Joos  
aus dem Sachverständi-  
genrat Gesundheit und  
Pflege im Interview

## Preistransparenz bei Medikamenten

Patentgeschützte  
Arzneimittel sind nach wie  
vor Ausgabentreiber

**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 #UweKlemens** warnt vor erneut steigenden Beiträgen: „Geplante Finanzierung der **#Krankenhausreform** führt zu Defizit in **#GKV** und würde noch größere Beitrags-sprünge nötig machen, wenn es im Gegenzug keine Leistungs-kürzungen oder neue Bundesmittel gibt!“

 **@vdek\_Presse** Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen immer mehr dazu bezahlen. „Es kann nicht sein, dass die stetig steigenden Kosten zum Großteil von den Pflegebedürftigen geschultert werden müssen“, so vdek-Vorstandsvertreter Dr. Meyers-Middendorf.



EDITORIAL

# Keine Sommerpause bei Reformen

In Sachen Krankenhausreform muss es nun Schlag auf Schlag gehen: Anfang Juli einigten sich Bund und Länder auf ein Eckpunktepapier. Noch mitten in der parlamentarischen Sommerpause nahm ein Redaktionsteam im Bundesgesundheitsministerium seine Arbeit auf, damit rechtzeitig zum Herbst der Gesetzentwurf fertig wird. Die versprochene Revolution wird ausbleiben, doch gut ist, dass sich Bund und Länder zumindest auf Leistungsgruppen nach dem Vorbild NRW einigen konnten, bei denen bundeseinheitliche Qualitätsstandards gelten. Ein weiteres Gesetzesvorhaben zur Stärkung der regionalen Versorgung wurde im Juni bekannt: Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sollen unter anderem Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren in unterversorgten Regionen entstehen. Während der vdek erstere kritisch sieht, sind Primärversorgungszentren ein sinnvoller Reformbaustein, der allerdings ausbaufähig ist – entsprechend dem RGZ-Modell des vdek. Dessen Potenzial betont auch die Allgemeinmedizinerin und Versorgungsforscherin Prof. Dr. Stefanie Joos im Interview. Kritisch bleibt bei beiden großen Reformvorhaben die Finanzierung. Wenn alles immer teurer wird, steht am Ende wieder die Frage: Wer soll es bezahlen?

**Michaela Gottfried**

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

---

Elektronische Patientenakte und E-Rezept benötigen dringend einen Schub. Der Referentenentwurf für ein neues Digital-Gesetz liefert gute Ansätze, darunter die lange erwartete Einführung einer Opt-out-Regelung. → [Mehr dazu auf Seite 15](#)

„Gesundheit rund um die Geburt“ ist seit 2017 nationales Gesundheitsziel. Entscheidende Instrumente dafür sind Mindestmengen sowie eine nahtlose Betreuung im häuslichen Umfeld nach der Geburt. → [Mehr dazu auf Seite 18](#)

ersatzkasse  
magazin.  
online

[www.vdek.com/magazin](http://www.vdek.com/magazin)



## Krankenhausreform: Mehr Qualität in der Versorgung

**SCHWERPUNKT** Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich auf ein Eckpunktepapier zur Krankenhausreform verständigt. Im Mittelpunkt der Reformanstrengungen stehen Qualitätsverbesserungen, beispielsweise durch bundesweit einheitlich geregelte Qualitätskriterien für Leistungsgruppen. Zudem ist eine leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung vorgesehen.

36



## »Wir müssen den ambulanten Bereich reformieren«

**POLITIK & VERSORGUNG** Prof. Dr. Stefanie Joos ist seit Februar dieses Jahres Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. spricht sie unter anderem über das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung.

30



## Mehr Preistransparenz bei Arzneimitteln

**ERSATZKASSEN** Patentgeschützte Arzneimittel sind seit Jahren Preis- und Ausgabentreiber im Arzneimittelbereich. Dies geht aus dem TK-Report „Arzneimittel-Fokus – Pillen, Preise und Patente“ hervor. Um Preisexplosionen entgegenzuwirken, müssen ungerechtfertigte Preise verhindert und echte Innovationen und therapeutischer Fortschritt angemessen honoriert werden.

46





## AKTUELL

- 6 Abgabereicherungen für Apotheken
- 7 Externe Qualitätssicherung
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Mitgliederversammlung des vdek
- 10 Neuwahl des AIM-Präsidiums
- 11 Eigenanteile in der stationären Pflege

## POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Analyse der Sozialwahlen
- 14 Drei Fragen: Ulrike Elsner
- 15 Digital-Gesetz im Überblick
- 16 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
- 18 Gesundheit rund um die Geburt
- 20 Impulse für die Geburtshilfe
- 21 Wartezeiten bei Psychotherapie
- 24 Drei Fragen: Loek Caubo
- 25 #regionalstark
- 30 Interview: Prof. Dr. Stefanie Joos
- 35 Einwurf

## SCHWERPUNKT

- 38 Was von der Revolution übrig bleibt
- 40 Krankenhausreform: Relevante Begriffe
- 42 NRW als Vorbild für den Bund

## ERSATZKASSEN

- 44 Mehr Zahnprophylaxe
- 45 Hautkrebs-Fälle gestiegen
- 46 Mehr Preistransparenz bei Arzneimitteln

## VERMISCHTES

- 48 Urlaub für pflegende Angehörige
- 49 Podcast: Auf Herz und Nieren
- 50 PS: Schöne neue Pflanzenwelt
- 50 Impressum

# Abgabe- erleichterungen für Apotheken

Die Ersatzkassen haben ihre Erklärung zu Abgabenerleichterungen bei Arzneimittelversorgungsengpässen verlängert. Apotheker:innen können so weiterhin flexibler reagieren, wenn ein verordnetes Arzneimittel aufgrund von Engpässen nicht verfügbar ist. Die Erklärung zur Übernahme bestimmter Kosten über die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen hinaus war erstmalig im Januar 2023 als Reaktion auf Lieferengpässe bei Fieber- und Antibiotika-Säften für Kinder in Kraft getreten. Die Verlängerung gilt bis zum 30. September 2023. „Auch bei schwierigen Lieferverhältnissen sollen sich unsere Versicherten auf eine bestmögliche Versorgung mit Arzneimitteln verlassen können“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Der Deutsche Apothekerverband (DAV) begrüßt diese Selbstverpflichtung des vdek: Für die Apotheken falle viel Aufwand und Bürokratie weg, wenn die Ersatzkassen bei einem nachgewiesenen Versorgungsengpass die Kosten oberhalb des Festbetrages übernehmen und kein neues Rezept bei einer notwendigen Rezepturanfertigung verlangen. *pm*

→ [t1p.de/gor43](https://t1p.de/gor43)





## Stabwechsel beim Endoprothesenregister

Seit Juli 2023 ist **Timo Stehn** neuer Geschäftsführer der EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH. Er folgt auf Dr. Andreas Hey, der zuvor acht Jahre in dieser Position tätig war und aus Altersgründen ausschied. Stehn studierte Sozialökonomie mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik an der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik. Zu seinen beruflichen Stationen zählt unter anderem die PAV Card GmbH, zudem ist er Geschäftsführer der RSG Register Solutions gGmbH, deren Zweck der Aufbau und Betrieb von medizinischen Registern ist. *pm*



# 3,64

### DIE ZAHL

2024 wird der Anteil des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) am Bundeshaushalt den Tiefstwert von 3,64 Prozent erreichen, rechnet die DAK-Gesundheit anhand des Regierungsentwurfs vor. In absoluten Zahlen sind 2024 für das BMG Ausgaben von 16,2 Milliarden Euro eingeplant, das Gesamt- ausgabenvolumen beläuft sich auf 445,7 Milliarden Euro. Auch in den Folgejahren soll der Anteil des BMG am Bundeshaushalt weiter absinken.

Bereits im vierten Auszahlungsjahr erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum einen finanziellen Zuschlag, um hier die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch im kommenden Jahr bekommen 136 bedarfsnotwendige Krankenhäuser eine pauschale Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und die private Krankenversicherung. **Insgesamt werden 67,2 Millionen Euro zusätzlich zur normalen Krankenhausfinanzierung gezahlt.** Dabei richtet sich die Förderhöhe nach der Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen. Hält ein Krankenhaus eine oder zwei der notwendigen Fachabteilungen vor, erhält es einen Zuschlag von 400.000 Euro. Für jede weitere der bedarfsnotwendigen Fachabteilungen kommen 200.000 Euro dazu. Gesetzlich vorgegeben sind somit je Haus zwischen 400.000 und 800.000 Euro. Im Jahr 2024 verteilen sich die Zuschläge auf 95 Häuser mit je 400.000 Euro, 18 Häuser mit je 600.000 Euro und 23 Häuser mit je 800.000 Euro. Der Zuschlag wird auch dann ausgezahlt, wenn die entsprechenden Häuser kein Defizit haben. Krankenhäuser müssen die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß §136c Abs.3 S.2 SGB V erfüllen, um zuschlagsberechtigt zu sein. *pm*  
→ [t1p.de/a49ao](https://t1p.de/a49ao)

## Überblick über externe Qualitätssicherung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen aktuellen Tätigkeitsbericht für das Jahr 2022 vorgelegt. Darin informiert das Institut unter anderem über die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), die es im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im abgelaufenen Kalenderjahr durchführt hat. Daneben gibt es einen Überblick über die im Jahr 2022 vorgelegten Berichte und die weiteren Arbeitsergebnisse. Im Jahr 2022 führte das IQTIG insgesamt 15 QS-Verfahren gemäß der DeQS-RL im Auftrag des G-BA durch. Dabei wurden für die gesetzliche Qualitätssicherung rund vier Millionen Daten ausgewertet (Erfassungsjahr 2021). Insgesamt 39 Projekte, Berichte und spezifische Verfahren konnten abgeschlossen beziehungsweise teilabgeschlossen werden. Zudem erteilte der G-BA dem IQTIG 20 neue Aufträge, darunter zwei neue Spezifikationen. *pm*  
→ [t1p.de/db1yp](https://t1p.de/db1yp)



## AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

[g-ba.de](http://g-ba.de)

### Ersteinschätzung in Notaufnahmen

Der G-BA hat Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert. Er beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals. Mithilfe des Ersteinschätzungsverfahrens soll schnell und verlässlich beurteilt werden, wie dringend bei Hilfesuchenden der Behandlungsbedarf ist. Nur wenn ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wird, soll die Patientin oder der Patient ambulant im


Krankenhaus behandelt oder gegebenenfalls auch stationär aufgenommen werden.


### Neue Gesundheitstechnologien

Mithilfe von Health Technology Assessment (HTA) kann der Mehrwert neuer Gesundheitstechnologien für Patientinnen und Patienten im Vergleich zur aktuellen Standardtherapie bewertet werden. Ab 2025 erfolgt eine solche systematische Bewertung der klinischen Studien für neue Arzneimittel und Medizinprodukte auf europäischer Ebene in sogenannten EU-HTA-Berichten im Rahmen der EU-HTA-Verordnung. Ebenfalls 2025 starten auch die europäischen Beratungen, welche einen frühen Austausch zwischen Herstellern, Europäischer Arzneimittel-Agentur (EMA) und HTA-Organisationen in Europa ermöglichen.

### Medizinisches Cannabis

Bei der ärztlichen Verordnung von medizinischem Cannabis als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gilt seit Ende Juni 2023 die Arzneimittel-Richtlinie des G-BA. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte den Beschluss des G-BA rechtlich geprüft und im Ergebnis nicht beanstandet. Damit konnte er am 30. Juni 2023 in Kraft treten. Innerhalb des gegebenen gesetzlichen Rahmens sollen die Regelungen insbesondere in palliativen Behandlungssituationen eine möglichst bürokratiearme Versorgung mit medizinischem Cannabis als zusätzlicher Therapieoption sicherstellen. Sofern eine Genehmigung für eine Therapie mit Cannabis bereits vor Inkrafttreten der neuen Regelungen des G-BA erteilt wurde, gilt diese auch weiterhin. *pm*

 **19.–20.08.2023** Das Bundeskanzleramt, die Bundesministerien und das Bundespresseamt laden zum **Tag der offenen Tür der Bundesregierung** ein, um die Gelegenheit zu geben, hinter die Kulissen der Politik zu blicken.  
→ [t1p.de/oshu](http://t1p.de/oshu)

 **17.9.2023** Zum Welttag der Patientensicherheit richtet das Aktionsbündnis Patientensicherheit unter dem Motto **Patientenengagement zählt! Die Stimme der Patientinnen und Patienten stärken** bundesweit vielfältige Aktivitäten aus.  
→ [t1p.de/iwijz](http://t1p.de/iwijz)



## PRESSESCHAU

### Kooperation

„Schwärme sind der beste Schutz vor Haien – was zwar nicht gleichzeitig heißen muss, dass sich die Ärzteschaft mit kollektiver Intelligenz vor den tiefen Einschnitten der lauterbachschen Klinikreform in Sicherheit bringen könnte. Aber der ärztliche Erfolg und damit das Glück der Patienten steht und fällt auch hier mit dem Zusammenwirken.“

FAZ, 26.07.2023

### Einsparungen

„Was lange währt, wird endlich gut, oder wie war das? Viele Monate dauerte die Einigung von Bund und Ländern auf die Eckpunkte zur Krankenhausreform. Was dabei beschlossen wurde, schreit allerdings nach Einsparungen unter dem Deckmantel der Entökonomisierung, um die flächendeckende Versorgung und Behandlungsqualität zu sichern und zu verbessern.“

MÜNDENER ALLGEMEINE, 27.07.2023

### Planung

„Seit Jahr und Tag leisten sich die Länder den Luxus einer fein ziselierten Krankenhausplanung, die so unterschiedliche Ziele wie medizinischen Bedarf, Patientenwünsche nach kurzen Wegen, Trägervielfalt und deren Bedürfnis finanzieller Auskömmlichkeit im Blick haben muss. An den wirklichen Problemen geht das Ganze schon lange vorbei.“

ÄRZTE ZEITUNG, 27.07.2023





Bild links:  
Uwe Klemens,  
Verbandsvorsit-  
zender des vdek,  
gratulierte Ulrike  
Elsner, der Vor-  
standsvorsitzen-  
den des vdek, zu  
ihrer Wiederwahl;  
Bild rechts unten:  
Gastrednerin  
Dr. Ruth Hecker,  
Vorstandsvorsit-  
zende des  
APS, berichtete  
über die Arbeit  
des APS.

## Mitgliederversammlung des vdek

Auf der Mitgliederversammlung der Ersatzkassen am 5. Juli 2023 hat Uwe Klemens, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), die Politik aufgefordert, verantwortungsbewusster mit den Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber umzugehen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll im Rahmen des Gesamtetats des Bundes eine erhebliche Summe einsparen. „Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) folgt daraus, dass die Finanzierungsvorhaben des Koalitionsvertrages zur Stabilisierung des Beitragssatzes – vor allem zur Anhebung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und kostendeckenden Beiträgen für die Versorgung von Bürgergeldbeziehenden – nicht eingehalten werden“, kritisierte Klemens. „Stattdessen verkündet der Bundesgesundheitsminister, die Beitragssätze 2024 noch einmal zu erhöhen. Sie liegen bereits 2023 auf einem Rekordniveau von durchschnittlich 16,2 Prozent. Und mehr noch: In der sozialen Pflegeversicherung soll der Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro gestrichen werden. Hier wird deutlich, wie Bundeszuschüsse zur Verfügungsmasse für die Haushaltskonsolidierung werden. Auch für die Pflege gilt: Die Beitragszahlenden allein können die steigenden Kosten in der Pflege nicht schultern.“ Die Pflegeversicherung müsse nachhaltig und generationengerecht finanziert werden, betonte Klemens. Zudem müsse die Politik endlich auch die Ausgaben in den Blick nehmen.

Des Weiteren lenkte Klemens den Blick auf die soziale Selbstverwaltung, die sich nun nach der abgeschlossenen Sozialwahl 2023 neu konstituiert. „Wir als Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber werden auch weiterhin alles daransetzen, unsere Interessen deutlich zu machen und für die Stabilität der GKV

einzutreten.“ Die Politik habe immer wieder betont, wie wichtig die soziale Selbstverwaltung für den Erhalt und die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme sei. Lippenbekenntnisse reichten aber nicht aus, so Klemens. „Wir erwarten, dass die soziale Selbstverwaltung eng in die Zukunftsdebatte eingebunden wird.“

Die vdek-Mitgliederversammlung wählte zudem auf ihrer Sitzung Ulrike Elsner zum dritten Mal zur hauptamtlichen vdek-Vorstandsvorsitzenden. Die Entscheidung erfolgte einstimmig. Elsner bekleidet das Amt seit 2012. Sie bedankte sich für das Vertrauen und freute sich auf die weitere Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen und hauptamtlichen Vertreterinnen und Vertretern der Ersatzkassen.

Des Weiteren gab Dr. Ruth Hecker, Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS), als Gastrednerin einen Einblick in die Arbeit und Ziele des APS. Gemäß dem Grundsatz „Patientensicherheit geht alle an“ setzte sich der Verein für eine sichere Versorgung ein und beziehe Stellung zu relevanten Themen rund um Patientensicherheit. Das APS leiste auch ganz konkret Unterstützung in der Versorgung, beispielsweise mittels Checklisten für Versicherte zur Nutzung von Gesundheits-Apps oder durch Handlungsempfehlungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens, um eine Sepsis frühzeitig zu erkennen. Hecker hob die gute Zusammenarbeit mit dem vdek und den Ersatzkassen hervor, etwa als Premiumpartner bei der Kampagne „Deutschland erkennt Sepsis“ und hier jüngst die Förderung der Informationsvideos für pflegende Angehörige. *ake*  
→ Mehr dazu auf Seite 14



v. l. n. r.: AIM-Direktorin Sibylle Reichert sowie AIM-Präsidiumsmitglieder Yannick Lucas, Verena Nold, Alain Coheur, Marion von Wartenberg, Loek Caubo, Abdelaziz Alaoui, Alejandro Russo

## Neuwahl des AIM-Präsidiums

Die Generalversammlung der Association Internationale de la Mutualité (AIM) hat am 22. Juni 2023 in Genf das Präsidium neu gewählt. Das AIM-Präsidium wird für weitere drei Jahre von Loek Caubo vom niederländischen Dachverband der Krankenversicherer „Zorgverzekerings Nederland“ geleitet. Als deutsche Vizepräsidentin der AIM wurde Marion von Wartenberg wiedergewählt. Sie vertritt in dem internationalen Netzwerk von Krankenkassen die deutschen Mitglieder, zu denen auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gehört. Die studierte Pädagogin ist seit 2020 Vizepräsidentin der AIM. Darüber hinaus ist sie Mitglied im Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit.

Anlässlich ihrer Wiederwahl betonte von Wartenberg, dass die EU-Kommission derzeit mit dem europäischen Gesundheitsdatenraum und der Arzneimittelreform zwei gesundheitspolitische Mammutprojekte auf den Weg bringe. „Diese Vorhaben können nur gelingen, wenn die Perspektive der Krankenversicherungen

gehört und berücksichtigt wird. Dafür werde ich mich in meiner zweiten Amtszeit im Auftrag der deutschen AIM-Mitglieder einsetzen.“ Zum Präsidium der AIM gehören darüber hinaus Verena Nold (santésuisse), Alejandro Russo (Confederación Argentina de Mutualidades), Abdelaziz Alaoui (Caisse mutualiste interprofessionnelle marocaine), Yannick Lucas (National Federation of the French Mutuality) und Schatzmeister Alain Coheur (Solidaris).

Die AIM mit Sitz in Brüssel ist der Dachverband der Krankenkassen und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in Europa und der ganzen Welt. Durch ihre 50 Mitglieder in 26 Ländern bietet die AIM 240 Millionen Menschen weltweit, davon 209 Millionen in Europa, Gesundheitsschutz. Aus Deutschland sind neben dem vdek der IKK e. V. und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) vertreten. *pm*

→ [aim-mutual.org](https://aim-mutual.org) → Mehr dazu auf Seite 24

# Eigenanteile in stationärer Pflege steigen weiter

**E**ine Auswertung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) von Juli 2023 zeigt erneut einen starken Anstieg der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Die höchsten Mehrkosten im Vergleich zum Vorjahr haben Pflegebedürftige im ersten Jahr ihres Aufenthalts (s. Abb.). Hier stieg die monatliche Eigenbeteiligung innerhalb eines Jahres bundesweit im Durchschnitt um 348 Euro (2022: 2.200 Euro; 2023: 2.548 Euro). Pflegebedürftige mit einer Aufenthaltsdauer ab zwölf Monaten zahlen 292 Euro mehr (2022: 2.007 Euro; 2023: 2.299 Euro). Eine Aufenthaltsdauer ab 24 Monaten schlägt mit einem Plus von 236 Euro (2022: 1.814 Euro; 2023: 2.050 Euro) und ab 36 Monaten von 165 Euro (2022: 1.573 Euro; 2023: 1.738 Euro) zu Buche.

Dass die finanzielle Belastung je nach Aufenthaltsdauer variiert, hängt mit dem gestaffelten Zuschuss zusammen, den die Pflegekassen seit 2022 zu den pflegerischen Kosten, dem sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), beisteuern. Obwohl die Pflegekassen in diesem Jahr insgesamt

wohl mehr als vier Milliarden Euro für die Zuschüsse ausgeben werden, hat der EEE damit für Pflegebedürftige, die bis zu zwei Jahre im Pflegeheim sind, bereits das Niveau von vor der Einführung der Zuschüsse deutlich überschritten. Ende des Jahres 2021 lag der EEE für alle Pflegebedürftigen bei 912 Euro.

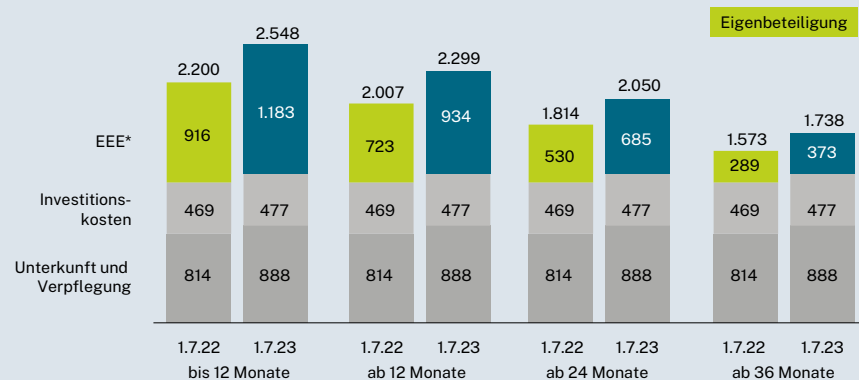
Grund für die starke Erhöhung des EEE ist vor allem die seit September 2022 geltende Tariftreue-Regelung, wonach das Pflegepersonal mindestens nach Tarif zu vergüten ist und diese Kosten eins zu eins in den Pflegesatz eingepreist werden müssen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Tarifentwicklung und der seit Juli 2023 umzusetzenden neuen Personalbemessung in der Pflege ist davon auszugehen, dass der EEE bis zum Jahresende weiter ansteigt.

„Wir unterstützen die Maßnahmen für eine faire Bezahlung des Pflegepersonals und die Sicherstellung einer angemessenen Personaldecke in Pflegeheimen“, sagte Dr. Jörg Meyers-Middendorf, Vertreter des vdek-Vorstandes. „Es kann aber nicht sein, dass die stetig steigenden Kosten zum Groß-

teil von den Pflegebedürftigen geschultert werden müssen. Wenn der Aufenthalt im Pflegeheim von immer mehr Menschen nicht mehr bezahlt werden kann, läuft etwas gründlich schief.“ Die durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz ab 2024 geltende Erhöhung der Zuschläge durch die Pflegekassen dürften den Trend nur kurzfristig abmildern, so Meyers-Middendorf weiter. „Es braucht zeitnah eine Lösung zur nachhaltigen Entlastung der Pflegebedürftigen, die nicht allein auf dem Rücken der Beitragszahler lastet. Dazu gehört es, die Bundesländer endlich zur Übernahme der Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen zu verpflichten. Das würde die Pflegebedürftigen ad hoc um durchschnittlich 477 Euro pro Monat entlasten.“ pm

## Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer; 1. Juli 2022 und 1. Juli 2023; Bundesgebiet



\*EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten) gilt einheitlich für alle Bewohner:innen einer Pflegeeinrichtung, variiert jedoch zwischen den Einrichtungen. Seit 1.1.2022: Reduzierung des EEE durch einen aufenthaltsabhängigen Leistungszuschlag (§ 43c SGB XI)

Quelle: vdek

# Analyse der Sozialwahlen

Text von **Ulf Schinke**

Die Sozialwahlen bei den Ersatzkassen sind abgeschlossen. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt ein geteiltes Bild. Die Online-Wahlen und die gestiegene Frauenquote sind wichtige Erfolge. Die Wahlbeteiligung ist allerdings zurückgegangen. Die **Soziale Selbstverwaltung** wird dies analysieren mit dem Ziel, wieder mehr Versicherte von einer aktiven Beteiligung zu überzeugen.

**V**on den 96 gesetzlichen Krankenkassen haben die TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk Urwahlen aufseiten der Versicherten durchgeführt. Damit waren insgesamt mehr als 22 Millionen Versicherte aufgerufen, ihre Vertreterinnen und Vertreter in die Gremien ihrer Ersatzkasse zu wählen. Die Kräfteverhältnisse in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen wurden im Wesentlichen bestätigt. Die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber können ihre wichtige Arbeit nun fortsetzen.

Eine genaue Bilanz der Ergebnisse der Sozialwahlen 2023 zeigt sehr unterschiedliche Facetten. Die Sozialwahlen 2023 waren die ersten gesetzlich vorgeschriebenen bundesweiten Wahlen mit der Möglichkeit einer digitalen Stimmabgabe. Die Soziale Selbstverwaltung hat an diesem Punkt Geschichte geschrieben und echte Pionierarbeit geleistet. Die Online-Wahlen wurden von den Krankenkassen intensiv vorbereitet. Sie mussten hohe technische Anforderungen erfüllen. Insgesamt haben mehr als 300.000 Versicherte ihre Stimme online abgegeben,

## Beteiligung an den Online-Wahlen bei den Ersatzkassen 2023

Abgegebene Stimmen	4.956.402
Online-Stimmen	334.166
Online-Anteil an abgegebenen Stimmen	6,74 %

das sind mehr als sechs Prozent der insgesamt eingegangenen Stimmen. Es ist als ein großer Erfolg zu bewerten, dass es den Ersatzkassen und den von ihnen beauftragten Dienstleistern gelungen ist, die Wahlen reibungslos und zuverlässig durchzuführen.

Die Online-Wahlen werden nun durch eine Evaluation vom Bundesministerium für Gesundheit ausgewertet. Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, dass die Möglichkeit von Online-Wahlen bei zukünftigen Sozialwahlen bestehen bleibt. Dafür wäre eine gesetzliche Neuregelung notwendig, da die Online-Wahlen 2023 als ein einmaliges Modellprojekt gestaltet waren.



Für die Sozialwahlen 2023 galt erstmals bei einer gesetzlichen Wahl eine verbindliche Geschlechterquote von je 40 Prozent für alle Listen, die zur Wahl antraten. Die gleichmäßige Partizipation beider Geschlechter in der Sozialen Selbstverwaltung wurde damit noch einmal deutlich gestärkt. In den Selbstverwaltungsgremien der Ersatzkassen war der Frauenanteil schon vor den Sozialwahlen 2023 hoch. Von der alten zur neuen Wahlperiode steigt dieser Anteil nun von fast 38 Prozent auf über 44 Prozent.

Die Sozialwahlen 2023 wurden in der Öffentlichkeit stark unterstützt. Bis hin zum Bundespräsidenten und zum Bundeskanzler reichte die Zahl der Politiker:innen, die sich mit einem Statement an die Wahlberechtigten gewandt und zur Beteiligung an der Wahl aufgerufen haben. Die Menge an Beiträgen in Presse, Rundfunk, Fernsehen und sozialen Medien übertraf die Berichterstattung bei vorherigen Sozialwahlen. Der vorherrschende Ton der Berichterstattung war ausgewogen, kritisch und gleichzeitig unterstützend gegenüber

Diese Erfolge und die positiven Aspekte können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die registrierte Wahlbeteiligung im Vergleich zu den vorhergehenden Sozialwahlen deutlich nachgelassen hat. Während die Zahl der Wahlberechtigten seit 2017 von 21,4 Millionen auf 22,3 Millionen um fast eine Million Menschen zugenommen hat, sind über 1,5 Millionen Stimmen weniger eingegangen als vor sechs Jahren. Die Wahlbeteiligung sank um über acht Prozentpunkte von 30,5 Prozent auf 22,2 Prozent. Diesen

### Entwicklung der Wahlbeteiligung 2011 bis 2023 bei den Ersatzkassen

	2023	2017	2011
<b>Wahlberechtigte</b>	22.328.660	21.345.777	18.130.079
<b>Abgegebene Stimmen</b>	4.956.402	6.511.860	5.587.530
<b>Wahlbeteiligung</b>	22,2 %	30,5 %	30,8 %

### Geschlechterquoten in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen 2011 bis 2023

	2023	2017	2011
<b>Männer</b>	55,6 %	62,1 %	73,0 %
<b>Frauen</b>	44,4 %	37,9 %	27,0 %

der Teilnahme an diesen demokratischen Wahlen. Die bei den Sozialwahlen angetretenen Kandidatinnen und Kandidaten berichten davon, dass sie im Vergleich zu vergangenen Wahlen mehr persönliche Anfragen von Versicherten dazu erhalten haben, welche sozialpolitischen Ziele sie verfolgen und wie sie die Versorgung weiterentwickeln wollen. Die Nachfrage der Versicherten nach direktem Austausch hat hier offenbar zugenommen. Viele haben sich anlässlich der Sozialwahlen 2023 persönlich mit der Arbeit der Sozialen Selbstverwaltung und ihrer Wahlentscheidung auseinandergesetzt und sich dafür auch direkt an die Kandidatinnen und Kandidaten gewandt.

Rückgang will die Soziale Selbstverwaltung nicht hinnehmen, denn ihre Legitimation stützt sich nicht zuletzt auf diese demokratischen Wahlen.

Daher und um die Arbeit und die Kommunikation für die Versicherten in der kommenden Wahlperiode neu auszurichten, werden die Ersatzkassen die Ergebnisse der Sozialwahlen extern evaluieren lassen. Für die Soziale Selbstverwaltung ist es wichtig, den Kontakt zu den Versicherten zu stärken und die Beteiligung an den Sozialwahlen wieder zu steigern. Demokratie lebt vom Mitmachen. Dafür werden sich die gewählten Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen in den nächsten sechs Jahren einsetzen. Entsprechend werden sie ihre Arbeit für die Versicherten und die Beitragszahler:innen in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen fortsetzen. ■

→ [soziale-selbstverwaltung.de](https://www.soziale-selbstverwaltung.de)



**Ulf Schinke** ist Referatsleiter in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

# Drei Fragen an

Ulrike Elsner

Von der Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Ulrike Elsner im Juli 2023 zum dritten Mal zur hauptamtlichen vdek-Vorstandsvorsitzenden gewählt worden, sie bekleidet das Amt seit 2012. Die Entscheidung erfolgte einstimmig. Nachfolgend wirft sie einen Blick auf das aktuelle gesundheitspolitische Geschehen und die künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen.

## Wie ist der vdek als Sprachrohr der Ersatzkassen aufgestellt?

Der Verband stellt sich seit mehr als 111 Jahren gemeinsam mit seinen Mitgliedskassen erfolgreich den vielfältigen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Die einzelnen Ersatzkassen sind Premiummarken, stehen für eine exzellente Versorgung und sind für die Versicherten sehr attraktiv. Mit mehr als 28 Millionen Versicherten ist die vdek-Gemeinschaft Marktführer unter den Kassenarten. Diesen Rückenwind aus der Versichertengemeinschaft nutzen wir im politischen und im Versorgungskontext. Mit einem hochkompetenten Team der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestalten wir eine moderne Versorgung und entwickeln Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung unter fairen Wettbewerbsbedingungen. Und schließlich unterstützen unsere IT-Expertinnen und -Experten mit spezifischem Know-how bei den vielfältigen Aufgaben im Datenmanagement.

## Welche Herausforderungen stehen konkret an?

Oben auf der Agenda steht der Umbau der Krankenhauslandschaft. Der medizinische Fortschritt macht mehr Behandlungen ambulant möglich und zugleich führt die Spezialisierung bei der

Behandlung zu einer besseren Qualität für die Patientinnen und Patienten. Die schließt eine Reform der Notfallversorgung mit ein. Leitplanken für den anstehenden Transformationsprozess sind daher die Konzentration von Leistungen und die ambulantenstationäre Verzahnung. Darüber hinaus brauchen wir ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Pflege und zwar bezogen sowohl auf ein modernes Versorgungsangebot als auch auf eine nachhaltige Finanzierung.



## Und welche Rolle spielen der demografische Wandel und die Digitalisierung?

Ja, unsere Gesellschaft wandelt sich: Die Babyboomer gehen demnächst in Rente und brauchen irgendwann mehr Versorgung und junge Menschen haben ihre eigenen Erwartungen an die Arbeitswelt. Uns als vdek-Gemeinschaft kommt beim Recruiting neuer Beschäftigter entgegen, dass wir als solidarische Kranken- und Pflegeversicherung positive Werte verkörpern. Das gilt auch für die Gesundheitsberufe – gleichwohl wird der Fachkräftemangel uns weiter begleiten. Deswegen

ist alles zu unterstützen, was die Digitalisierung weiter vorantreibt. Elektronische Patientenakte, E-Rezept und Videosprechstunden sind Beispiele für ihr enormes Potenzial für Qualität und Effizienz. ■

# Das Digital-Gesetz im Überblick

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Vier Monate nach Veröffentlichung der Digitalstrategie liegt nun der Referentenentwurf für das angekündigte **Digital-Gesetz** vor. Im Mittelpunkt stehen die Vorbereitungen zum sogenannten Opt-out-Verfahren bei der elektronischen Patientenakte (ePA), aber es gibt auch Neuigkeiten bei E-Rezept und Telemedizin.

**D**er Gesetzgeber gibt den Krankenkassen bis zum 15. Januar 2025 Zeit, die bisherigen ePA-Systeme zu einer Opt-out-Anwendung umzubauen. Das heißt, dass ab diesem Zeitpunkt für alle Versicherten eine Akte angelegt wird – es sei denn, sie widersprechen. Diese Regelung gilt auch für die Speicherung von Informationen in und den Abruf aus der ePA. In einem ersten Schritt soll dann ein vollumfänglicher digitaler Medikationsplan, unter anderem mit den Verwaltungsdaten der E-Rezepte, dort verfügbar sein. In nächsten Stufen sind eine Patientenkurzakte sowie die Bereitstellung von Laborbefunden vorgesehen. Um die Vertragsärzt:innen nicht zu stark zu belasten und gleichzeitig die Übersichtlichkeit zu verbessern, soll die ePA zukünftig möglichst automatisiert mit strukturierten Daten befüllt werden. Darüber hinaus sollen Versicherte die Möglichkeit haben, bestimmte Vorbefunde bei ihrer Krankenkasse zur Einstellung in die ePA einzureichen, soweit sie dazu nicht selbst in der Lage sind.

Weitere Änderungen sind beim E-Rezept vorgesehen: Seine Verwendung wird zum 1. Januar 2024 verpflichtend. Gleichzeitig bekommen die Krankenkassen die Möglichkeit, die Funktion zum Einlösen von Verordnungen auch in ihre eigenen Apps zu integrieren. Bisher ist für die Nutzung des E-Rezepts per Smartphone noch eine separate Anwendung der Gematik erforderlich. Damit der Austausch von Informationen zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen zukünftig reibungsloser

funktioniert, dürfen ab 2025 dort nur noch IT-Systeme zum Einsatz kommen, die durch das neu zu gründende Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen oder eine vergleichbare Stelle zertifiziert werden.

Daneben soll auch die Versorgung selbst besser digital aufgestellt werden:

- Die bisherige Begrenzung von Videosprechstunden auf 30 Prozent der Fallzahl soll aufgehoben werden. Gleichzeitig sollen Apotheken die Möglichkeit haben, Assistenzleistungen im Zusammenhang mit Telemedizin zu erbringen.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können zukünftig auch mit höherer Medizinprodukte-Risikoklasse zugelassen werden. Allerdings muss für sie ein medizinischer Nutzen von Beginn an nachgewiesen werden, eine Erprobungsphase ist nicht vorgesehen. Damit gelten strengere Regelungen als für DiGA mit geringem Risiko.
- Für Menschen mit Diabetes soll es zukünftig neben den bisherigen strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) separate DMP mit besonderen digitalen Versorgungsprozessen geben.

Das Gesetzesvorhaben, das außerdem auch eine dauerhafte Verstetigung des Innovationsfonds vorsieht, wird im Anschluss an die Kabinettsbefassung dann voraussichtlich nach Ende der parlamentarischen Sommerpause im Bundestag beraten. ■

→ Mehr dazu auf Seite 35



**Björn-Ingemar Janssen** ist Beauftragter für Digitale Versorgung beim vdek

# Vernetzte Versorgung sollte eigentlich das Ziel sein



Text von Boris von Maydell

Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen – mit diesen drei Projekten soll nach dem **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)** die regionale Versorgung auf Trab gebracht werden. Ob damit aber tatsächlich Versorgungsverbesserungen erreicht werden können, ist nach Bekanntwerden des Gesetzentwurfes und der Veröffentlichung der ersten Stellungnahmen zumindest fraglich.



**D**er in der Fachöffentlichkeit wohl am ambivalentesten diskutierte Reformansatz ist der Aufbau von Gesundheitskiosken. In besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen sollen auf Verlangen der jeweiligen Kommune niedrighschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention errichtet werden können. Neben der grundsätzlichen Problematik, dass durch eine neue Organisationsstruktur neue Schnittstellen und ein neuer Verwaltungsapparat geschaffen werden, steht auch die anteilige Finanzierung der Krankenversicherung (80 Prozent für gesetzliche Krankenversicherung/private Krankenversicherung) im Verhältnis zu den Kommunen (20 Prozent) in der Kritik. Das Verhältnis widerspricht der Empfehlung des Innovationsausschusses auf Basis des Innovationsfondprojektes INVEST Billstedt/Horn, dass eine angemessene finanzielle Beteiligung der beteiligten Sozialleistungsträger beziehungsweise Kommunen vorzusehen ist.

Inhaltlich gäbe es durchaus Alternativen zu den Gesundheitskiosken, die deutlich weniger neue Schnittstellen verursachen und keinen teuren Verwaltungsapparat benötigen. So fördert der Hamburger Senat den Einsatz einer Community Health Nurse in bestehenden Einrichtungen und belegt damit noch einmal die inhaltliche Schwerpunktsetzung dieser Aufgabe im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge. In eine ähnliche Richtung geht das Projekt Arztpraxisinterne Sozialberatung mit 13 niedergelassenen Arztpraxen in Berlin-Lichtenberg. Auch hier erfolgt die Beratung in einer bestehenden Einrichtung des Gesundheitssystems.

### **Konzept der Gesundheitsregionen bleibt vage**

Der zweite Reformansatz beschäftigt sich mit dem Aufbau von „Gesundheitsregionen“. Ein einheitliches Verständnis, was genau darunter zu verstehen ist, existiert weder in der gesundheitspolitischen Diskussion noch in dem Entwurf des GVSG. In Abs. 1 des neuen § 140b SGB V heißt es: „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam und einheitlich mit Kreisen Verträge mit dem Ziel der Behebung regionaler Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung, der Überwindung von Schnittstellen oder der Verbesserung des Zugangs zur regionalen Versorgung (Gesundheitsregion) schließen können.“

Deutlich mehr Klarheit über konkrete Lösungen sind auch aus Abs. 2 nicht zu entnehmen, sodass mögliche regionale Defizite wohl kaum zu beheben sind. Insbesondere vor dem Hintergrund, sodass mit dem Gemeinsamen Landesgremium gemäß § 90a SGB V bereits heute die Möglichkeit besteht, alle für die Gesundheitsversorgung relevanten Stakeholder zumindest auf Ebene des Bundeslandes zusammenzubringen, schaffen Gesundheitsregionen ohne konkreten Auftrag keinen Mehrwert für die Versorgung.

### **Aufbau von Primärversorgungszentren**

Ein dritter Reformbaustein zur Stärkung der regionalen Versorgung besteht darin, dass zukünftig in Gebieten mit drohender oder bestehender Unterversorgung Primärversorgungszentren entstehen sollen. Diese Neuregelung übernimmt in Teilen Vorschläge, die der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) bereits mit dem Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) gemacht hat. Ansätze wie eine Mindestzahl von Hausarztstühlen sowie eine Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Leistungen sind zu begrüßen und stärken die Attraktivität einer Beschäftigung in einer unterversorgten Region. Leider geht der Gesetzentwurf aber nicht weit genug. Um tatsächlich eine Versorgung „unter einem Dach“ zu realisieren, sollten neben Hausärzt:innen auch Fachärzt:innen und andere Leistungserbringende direkt vor Ort präsent sein. Außerdem werden die geplanten Fördermaßnahmen zum Aufbau der Primärversorgungszentren nicht ausreichen, um einen Strukturwandel hin zu einer gemeinsamen, gesundheitsberufsübergreifenden und vernetzten Versorgung anzustoßen. Zwar helfen die neuen Regelungen zur Gründung von Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft. Dass aber nicht heute schon mehr MVZ im Sinne der neu angedachten Primärversorgungszentren existieren, ist eigentlich Beleg genug dafür, dass die bestehenden Anreize zur Gründung solcher Organisationseinheiten nicht ausreichen.

Insgesamt ist somit zu befürchten, dass jenseits der beabsichtigten und berechtigten Ziele die drei Instrumente des GVSG (Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren) ins Leere laufen und damit die Versorgung in Deutschland durch mehr Organisationseinheiten nicht transparenter und vernetzter, sondern noch zersiedelter und teurer wird. ■



**Boris von Maydell**  
ist Abteilungsleiter  
Ambulante Versorgung  
beim vdek

# Gute Qualität in der Geburtsversorgung

Text von Anika Reichelt und Theresa Meier

Im Fokus des aktuellen geburtshilflichen Diskurses um das nationale Gesundheitsziel **Gesundheit rund um die Geburt** steht die Gewährleistung einer optimalen Versorgung von Mutter und Kind. Es gilt, Wege zu finden, die sicherstellen, dass die Betreuung während dieser wichtigen Phase höchsten Ansprüchen gerecht wird.

**M**it dem nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde von der Bundesregierung 2017 ein ehrgeiziger Meilenstein für eine optimale geburtshilfliche Versorgung gesetzt. Es wurden Ziele festgelegt, um die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis hin zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes umfassend zu unterstützen. Ein breites und diverses Bündnis von über 140 Akteuren trägt diesen Maßnahmenkatalog mit. Obwohl seit Jahren fachlich fundierte Empfehlungen für den im Koalitionsvertrag versprochenen Aktionsplan vorliegen, fehlt dieser nach wie vor. Diese Lücke wirft eine drängende Frage auf: Wie können wir eine höhere Qualität in der Geburtsversorgung erreichen? Nachstehend werden zwei Instrumente vorgestellt.

## Höhere Qualität durch Mindestmengen

Konzentrierte Versorgungsstrukturen und eine entsprechend große Erfahrung des Behandlers gehen

mit einer erhöhten Behandlungsqualität einher. Nichtsdestotrotz gibt es in Deutschland eine Mindestmenge von (derzeit) 20 Leistungen pro Standort nur für Früh- und Reifgeborene mit einem Körpergewicht von unter 1.250 Gramm. Andere Instrumente wie beispielsweise (planungsrelevante) Qualitätsindikatoren sind bei einer Verletzung kaum mit Konsequenzen für den Leistungserbringer behaftet. In der Versorgungsrealität bedeutet dies, dass in 2022 rund 640 Standorte die knapp insgesamt 700.000 Geburten durchführten. Standorte mit weniger als 500 Geburten machen dabei 30 Prozent aus, versorgten aber nur acht Prozent der Fälle. Für die Versorgungsqualität ist diese fehlende Planung fatal. So liegt Deutschland bei der Mütter- und Neugeborenen-Sterblichkeit im internationalen Vergleich nur im Mittelfeld.

Andere Länder wie beispielsweise Finnland haben für Geburten eine Mindestmenge festgelegt. Für Deutschland wird von Fachexperten die Zahl von 500 Geburten pro Jahr als kritische Schwelle

**Anika Reichelt** ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

**Theresa Meier** ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek

für eine gute Versorgung gesehen. Bei Beibehaltung der bedarfsnotwendigen Standorte würde sich die Anzahl der Standorte dann von derzeit 640 auf etwa 500 Standorte (-22 Prozent) reduzieren (s. Abb.).

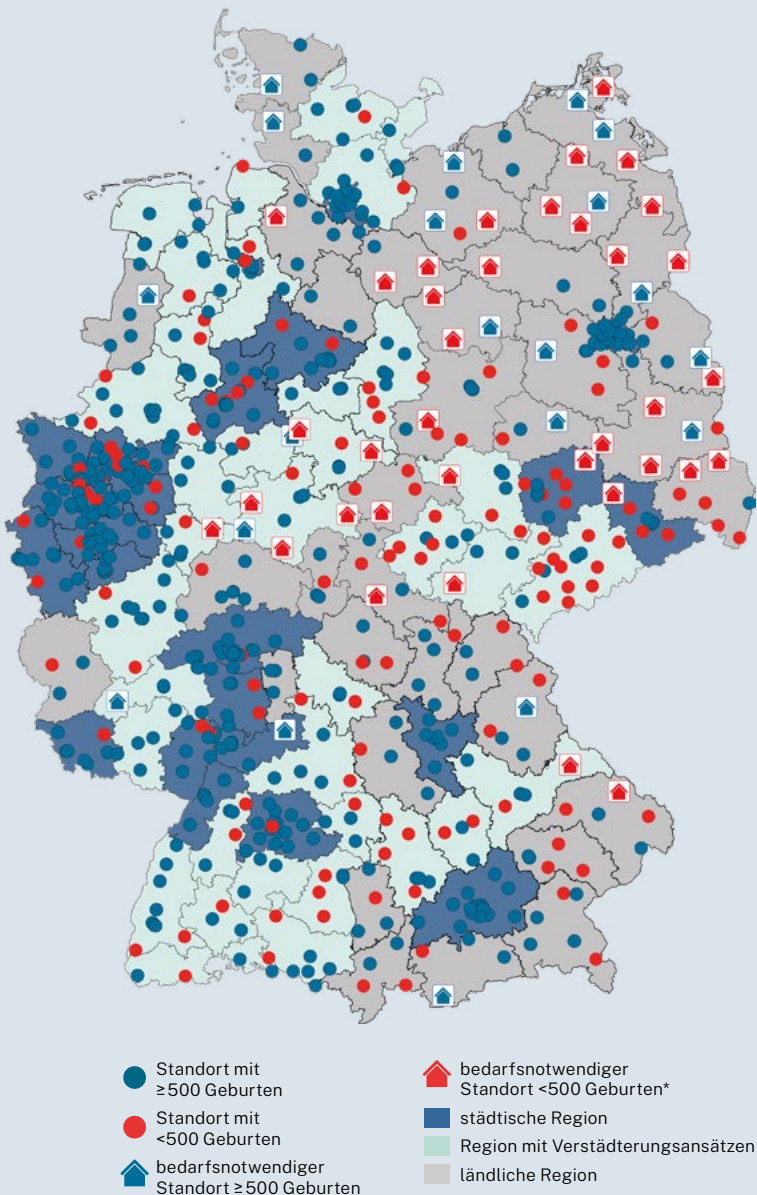
Diese Standorte befinden sich häufig in unmittelbarer Nähe zu anderen Standorten. Dadurch ließe sich nicht nur die Versorgungsqualität steigern, auch könnte das begrenzte Fachpersonal effizienter eingesetzt werden.

### Übergang ins häusliche Umfeld

Neben den Überlegungen, wo man sein Kind zur Welt bringen möchte, empfiehlt es sich auch, sich bereits frühzeitig Gedanken über die Zeit nach der Geburt zu machen. Die Suche nach einer Hebamme vor allem für das Wochenbett gestaltet sich schwierig. Immer wieder war und ist noch zu lesen, dass Hebammen den anfragenden Frauen absagen müssen, weil sie keine freien Kapazitäten mehr haben. Umso mehr ist ein Service der Kliniken zu begrüßen, wenn zukünftig angestellte Hebammen ebenfalls die Vor- und Nachsorge im häuslichen Umfeld übernehmen. Dies ist auch eine Forderung im Koalitionsvertrag der Bundesregierung.

Damit die Umsetzung aus dem Koalitionsvertrag wirklich gelingt, bedarf es entsprechender Maßnahmen. Vor allem braucht es mehr festangestellte Hebammen in den Kliniken. Auch wenn die Suche nach geeignetem Personal in den Kliniken nicht einfach ist, dürfte dies durch eine wie oben dargestellte Versorgungskonzentration abgefedert werden. Zudem dürfte in diesem Bereich ein Arbeitsumfeld entstehen, welches vor allem für bisher freiberuflich tätige Hebammen attraktiv sein dürfte. Um Geburtsvor- und -nachsorge durchführen zu können, müssen Hebammen freiberuflich tätig sein, damit obliegt ihnen auch der gesamte Aufwand für die Organisation und Abrechnung der Leistungen. Diese Leistungen zukünftig im Angestelltenverhältnis durchführen zu können, dürfte daher für einige der Hebammen eine willkommene Veränderung sein.

Für eine optimale Qualität in der geburtshilflichen Versorgung sind Mindestmengen sowie einheitliche und transparente Strukturvorgaben, die eine Konzentration der stationären Versorgung und damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität bedeuten würden, überfällig. Für die Qualität in der nachgeburtshilflichen Versorgung ist wiederum eine nahtlose Betreuung im häuslichen Umfeld unerlässlich. Nur so ist es möglich, den Weg für eine bestmögliche Betreuung von Müttern und ihren Kindern langfristig zu ebnet. ■



\*Beibehaltung der bedarfsnotwendigen Standorte bei Einführung einer Mindestmenge

Quelle: hochgerechnete Abrechnungsdaten der Ersatzkassen, 2022

# Impulse für die Geburtshilfe

Text von **Ilka Sille**

Im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit hat am 15. Juni 2023 das **vdek-Panel** „Tag der Versicherungen: Gesundheitsziel rund um die Geburt: Bessere Vernetzung der Akteure für mehr Qualität in der Geburtsversorgung“ stattgefunden. Bezug genommen wurde auch auf den im Koalitionsvertrag festgelegten Nationalen Aktionsplan rund um die Geburt.

v. l. n. r.:

Moderator  
Niels Reith (GVG),  
Dr. Mina Baumgarten (Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH), Staatssekretär Wolfgang Beck (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt),  
Ulrike Elsner (vdek), Ursula Jahn-Zöhrens (DHV)



**U**lrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, sprach sich dafür aus, dass der Übergang von der Geburt im stationären Setting zur ambulanten Weiterbetreuung von Mutter und Kind verbessert und dazu die Versorgung durch Klinik-Hebammen möglich werden müssen. Zudem zeigt der Blick nach Finnland, welche Chancen für die Versorgungsqualität auch Mindestmengen für Geburtsstationen bieten.

Wolfgang Beck, Staatssekretär des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt, wies auf die auf Grundlage des Gesundheitsziels 2019 in Sachsen-Anhalt gestarteten zwei Modellprojekte hebammengeleiteter Kreißsäle hin. Gerade in einem Flächenland gelte es, mit innovativen Versorgungsmodellen den Spagat zwischen Erreichbarkeit und Versorgungsqualität zu meistern. Die verschiedenen Phasen von

der Schwangerschaft bis zum ersten Jahr nach der Geburt nahm Ursula Jahn-Zöhrens vom Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) in den Blick und betonte, dass Hebammen als einzige Profession über die Kompetenz verfügten, diesen gesamten Betreuungsbogen zu begleiten. Diese werde jedoch zu wenig abgerufen. Dr. Mina Baumgarten von der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH stellte das Konzept eines „digitalen Kreißsaals“ vor. Durch Nutzung digitaler Tools könne eine niedrigschwellige Nachsorge beispielsweise per Telemedizin gewährleistet werden.

Einig waren sich alle Beteiligten, dass mit dem Gesundheitsziel „Versorgung rund um die Geburt“ eine fachlich fundierte Blaupause für den Aktionsplan der Bundesregierung vorliege, aber auch, dass dessen Umsetzung drängt – im Sinne einer strukturierten Zusammenarbeit und Vernetzung für eine höhere Versorgungsqualität. ■



**Ilka Sille** ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

# Moderate Wartezeit auf Psychotherapie

Text von **Sibylle Malinke**

Immer wieder stehen die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie zur Diskussion. Eine **vdek-Analyse** von 1,2 Millionen Abrechnungsdatensätzen der Ersatzkassen aus den Jahren 2019 bis 2021 zeigt ein positiveres Bild als häufig in der Öffentlichkeit dargestellt.

**Ü**ber die Wartezeiten zur ambulanten Psychotherapie gibt es unterschiedliche Darstellungen aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen (s. Abb. 1). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gibt knapp 142 Tage durchschnittliche Wartezeit an, betrachtet dabei aber die komplette Zeit von der ersten Sprechstunde bis zur ersten Therapiestunde. In einer deutlich differenzierteren und methodisch nachvollziehbaren Veröffentlichung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) warten Versicherte im Bundesland Bayern von der ersten Sprechstunde bis zur ersten Therapiestunde im Median 97 Tage, im Durchschnitt 139 Tage. Weitere Erhebungen beruhen auf Befragungen von Therapeut:innen bzw. Versicherten. Bei der jüngsten Befragung des GKV-Spitzenverbandes, die im Dezember 2022 veröffentlicht wurde, gaben 74 Prozent der Versicherten an, nicht mehr als 21 Tage bis zur ersten Sprechstunde zu warten und 83 Prozent warten nicht länger als 21 Tage nach der ersten

Sprechstunde bis zum Therapiebeginn – wobei hier zu bedenken ist, dass Versicherte Probatorik und Therapiebeginn womöglich gleichsetzen. Die Ergebnisse wurden von Therapeut:innen als nicht valide und nicht plausibel kritisiert.

Diese Gemengelage war für den vdek Anlass genug, einen Blick in die Abrechnungsdaten der Ersatzkassen zu werfen. Zum ersten Mal wurde anhand von 1,2 Millionen Abrechnungsdaten der Ersatzkassen aus den Jahren 2019 bis 2021 untersucht, wie lange die Versicherten zwischen den einzelnen Psychotherapiemodulen Sprechstunde, Probatorik und Richtlinien-therapie warten mussten. Dabei wurde angenommen, dass die Zeit, in der Sprechstunde oder Probatorik durchgeführt werden, keine Wartezeit ist. Im Falle der Sprechstunde handelt es sich um einen erforderlichen Baustein der Diagnostik und Steuerung in die geeignete Weiterbehandlung, die übrigens nicht zwingend eine Psychotherapie ist. Bei der Probatorik handelt es sich darum, die Passung zwischen Patient:in

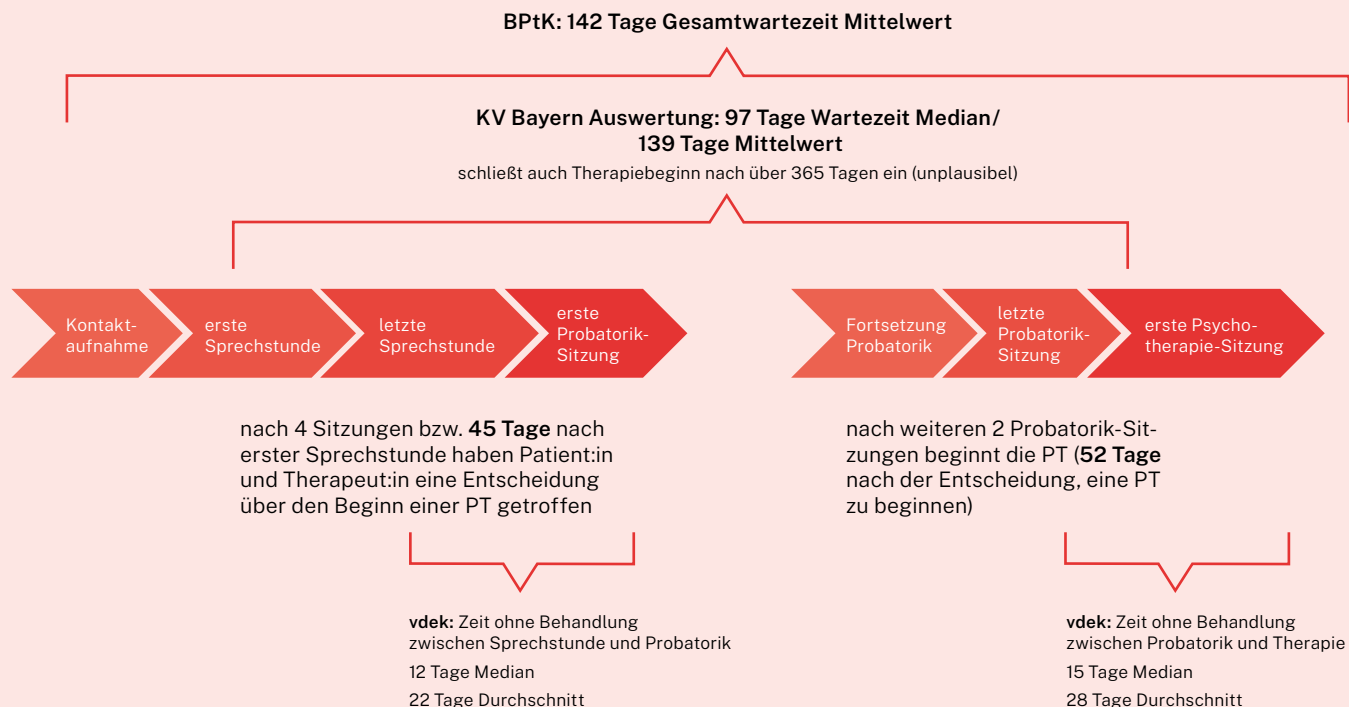


**Sibylle Malinke** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Medizin der Abteilung Gesundheit beim vdek





## Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie (PT) (Abb. 1)



Quelle: Datenanalyse der Ersatzkassen

und Therapeut:in sowie das Verfahren zu testen. Von besonderem Interesse war dabei, nicht nur die bereits bekannten Median- oder Durchschnittswerte zu ermitteln, sondern eine differenzierte Abbildung der Versorgungssituation zur ermöglichen.

**D**ie Auswertung ergab, dass 75,1 Prozent der Versicherten der Ersatzkassen innerhalb von drei Wochen nach der letzten Sprechstunde ihre erste Probatorik erhielten, wobei 9,5 Prozent länger als sechs Wochen warten müssen (s. Abb. 2). Ähnlich positiv ist das Bild im Anschluss an die Probatorik, wobei an dieser Stelle hinzukommt, dass zwischen Antragstellung und Genehmigung durch die Krankenkassen zwischen drei und fünf Wochen (im Falle der Einschaltung eines Gutachters beispielsweise bei Langzeittherapie) vergehen dürfen. Dennoch können auch hier 61,5 Prozent der Versicherten ihre Therapie drei Wochen nach der letzten Probatorik beginnen,

16,3 Prozent warten allerdings länger als sechs Wochen (s. Abb. 3). Auch Median und Durchschnitt wurden betrachtet. Demnach warten die Hälfte der Versicherten nicht länger als zwölf Tage, der Durchschnitt wartet 15 Tage. Zwischen Probatorik und der ersten Therapiestunde wiederum dauert es bei der Hälfte der Versicherten nicht länger als 15 Tage, der Durchschnitt wartet jedoch mit 28 Tagen erkennbar länger. Ebenfalls bemerkenswert ist, dass es in den beiden ersten Pandemie-jahren 2020 und 2021 nicht, wie vielfach kolportiert, zu einem Anstieg der Wartezeiten gekommen ist, tatsächlich sind diese leicht gesunken. Warum ein kleiner Teil der Versicherten deutlich länger als wünschenswert wartet, kann aus den Abrechnungsdaten nicht herausgelesen werden. Wahrscheinlich spielen unterschiedliche Einflüsse, unter anderem auch Urlaub oder Krankheit, eine Rolle, aber auch erforderliche Wechsel der Therapeutin bzw. des Therapeuten oder komplexere Diagnosen.

Dass Median und Durchschnitt so weit auseinander liegen, liegt daran, dass es einige Versicherte gibt, die deutlich kürzer warten – ein paar aber eben auch deutlich länger bis hin zu vielen Monaten. Der Durchschnitt ist in so einer Situation ein wenig aussagekräftiger Wert. Viel hilfreicher wäre es zu prüfen, warum dieser kleine Teil der Versicherten so viel länger warten muss als der Rest.

**A**ußerdem ist zu berücksichtigen, dass zwischen der ersten Sprechstunde bis zu drei Sprechstunden und vier probatorische Sitzungen bei Erwachsenen stattfinden, bei Kindern und Jugendlichen etwas mehr. Diese Behandlungen als Wartezeit zu definieren und zusätzlich nur den Durchschnittswert zu nehmen, ist eine berufspolitisch einzuordnende Strategie der Psychotherapeutenkammern. Anders als bei den meisten Arztgruppen werden mehr Psychotherapeut:innen ausgebildet als Versorgungsaufträge frei werden. Das Ziel der Kammern ist es, die Lage möglichst dramatisch darzustellen, um mehr Psychotherapeut:innen den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Hilfreich für eine ernstzunehmende Debatte der Versorgungssituation sind solche Darstellungen nicht.

Auch die Analyse des vdek hat ihre Grenzen. Wie lange Versicherte vor der ersten Sprechstunde warten, kann mit Abrechnungsdaten nicht untersucht werden. Die vorliegenden Versichertenbefragungen deuten jedoch darauf hin, dass auch hier ein guter Teil der Versicherten schnell versorgt wird.

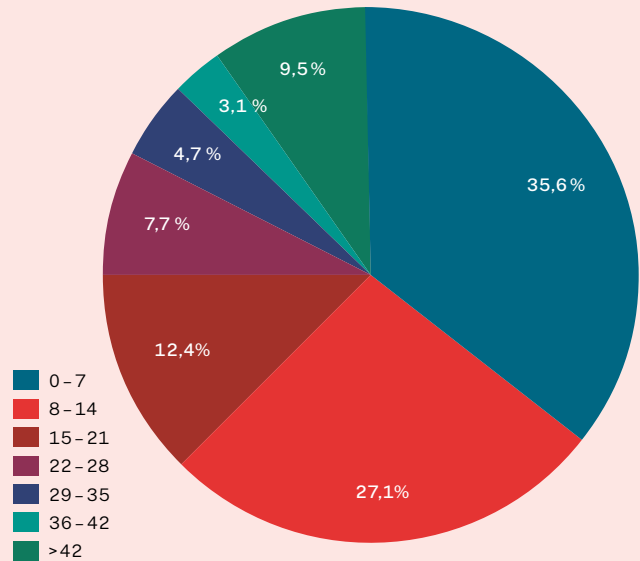
### Forderungspapier der Ersatzkassen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein sehr gutes Angebot an Psychotherapie in Deutschland besteht mit einer deutlich schnelleren Versorgung als bei einigen Fachärzten. Ungeklärt ist, warum eine kleine Gruppe an Versicherten deutlich länger wartet. Dies kann auch an ihrem Krankheitsbild liegen, daher ist es gerade bei Psychotherapiepraxen wichtig, dass diese professionell organisiert und gut erreichbar sind und dass auch die Terminservicestellen ihrer Vermittlungspflicht nachkommen. Entsprechend veröffentlichte der vdek bereits im Januar dieses Jahres „Forderungen der Ersatzkassen zur Bedarfsplanung und Reform der Versorgungsstrukturen in der ambulanten Psychotherapie“.

→ [t1p.de/7zziq](https://t1p.de/7zziq) → [t1p.de/h6v8h](https://t1p.de/h6v8h)

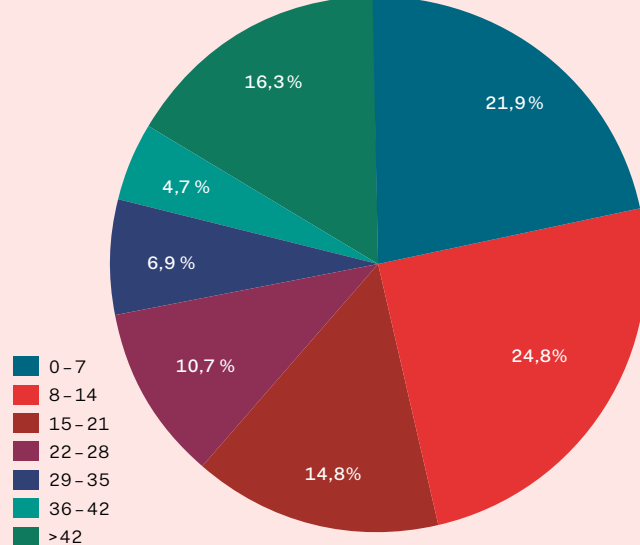
### Abstand zwischen Sprechstunde und Probatorik (Abb.2)

in Tagen; 2021



### Abstand zwischen Probatorik und Therapie (Abb.3)

in Tagen; 2021



Quelle: Datenanalyse der Ersatzkassen

# Drei Fragen an

Loek Caubo

Auf der Generalversammlung der Association Internationale de la Mutualité (AIM) wurde Loek Caubo vom niederländischen Dachverband der Krankenversicherer „Zorgverzekeraars Nederland“ für drei Jahre als AIM-Präsident wiedergewählt. Er wirft einen Blick auf Aufgaben und Erfolge.

## Was haben Sie sich für Ihre nächste Amtszeit vorgenommen?

Mein oberstes Ziel ist es sicherzustellen, dass die Menschen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Angesichts einer Reihe von Entwicklungen wie der alternden Bevölkerung, des zunehmenden Personalmangels und eines starken Preisanstiegs bei Medikamenten und medizinischen Behandlungen ist dies eine große Herausforderung. Die AIM leistet einen wichtigen Beitrag für ihre Mitglieder: Sie bietet eine Wissensplattform, beeinflusst die EU-Gesundheitspolitik und arbeitet auf das UN-Ziel der allgemeinen Gesundheitsversorgung hin. Voraussetzung dafür sind die Aufrechterhaltung und Stärkung der gegenseitigen Solidarität. Für die AIM und ihre Mitglieder ist die Solidarität ein zentraler Wert; sie bildet den Kitt unserer sozialen Sicherungssysteme. Gemeinsam müssen wir daran arbeiten, das Prinzip der Solidarität lebendig zu halten.

## Wo hat sich die AIM in den letzten Jahren erfolgreich für die Versicherten eingesetzt?

Ganz oben stehen unsere Bemühungen, die Preise insbesondere für neue und sehr teure Medikamente zu beeinflussen. Hier haben wir noch einen weiten Weg vor uns, aber mit unserem „Rechner für faire Preise“ bringen wir uns erfolgreich ein. Zudem sind die Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung der Gesundheit zu nennen. Brüssel ist hier zu Recht sehr aktiv und es liegt an uns, dafür zu sorgen, dass unsere Anliegen und

die Interessen der Versicherten im Vordergrund stehen. Das tun wir erfolgreich. Unsere Positionen fließen frühzeitig in die europäische Gesetzgebung ein und wir schmieden Allianzen mit anderen gleichgesinnten Organisationen. Und drittens unser

Engagement für Prävention: Wir haben verschiedene Informationsblätter für unsere Mitglieder entwickelt und gemeinsam mit anderen Parteien dafür gesorgt, dass der EU-Plan zur Krebsbekämpfung einen starken Präventionspfeiler hat und die Empfehlungen zum Screening angepasst wurden.

## Inwiefern wirkt sich die länderübergreifende Zusammenarbeit der AIM positiv aus?

Ich denke, es gibt viele Dinge, die wir voneinander lernen können, aber lassen Sie mich einen Punkt hervorheben, in dem unsere europäischen Mitglieder von denen in Afrika und Lateinamerika lernen können, und das ist die Einbeziehung junger Menschen in unsere Organisationen. Alle AIM-Mitglieder sind, wie die deutschen Krankenkassen, Versicherungsvereine auf Gegenseitig-

keit: Organisationen von und für die Menschen. Die Zukunft erfordert, dass auch junge Menschen die Grundsätze der Gegenseitigkeit kennen und bereit sind, sich aktiv zu beteiligen. Denn wie gesagt: Solidarität ist unser zentraler Wert, und wir sollten sicherstellen, dass auch für zukünftige Generationen die Basis für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erhalten bleibt. ■







**#regionalstark**

ist eine gemeinsame  
Öffentlichkeitsinitiative  
der Ersatzkassen

v. l. n. r.: Prof. Dr. Reinhard Busse (Expertenkommission), Prof. Dr. Kerstin von der Decken (Gesundheitsministerin in Schleswig-Holstein), Claudia Straub (Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein), Axel Post (Geschäftsführer der Klinik Manhagen)

VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

## „Gespräche am Wasser“: Diskussion über Krankenhausreform

**D**er Wettergott hat es gut gemeint mit dem vdek, denn zum ersten Mal seit 15 Jahren konnten die traditionellen „Gespräche am Wasser“ zur Kieler Woche wieder unter freiem Himmel stattfinden. Gut 100 Gäste waren am 22. Juni 2023 im Innenhof des Sell-Speichers dabei, als Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, unter anderem mit Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU) und Prof. Dr. Reinhard Busse aus der Expertenkommission der Bundesregierung über die geplante Krankenhausreform diskutierte. „Die aktuelle Krankenhauslandschaft in Deutschland passt weder zum Qualitätsanspruch noch zum Versorgungsbedarf“, begründete Busse den dringenden Handlungsbedarf. Er verteidigte den Vorschlag der Kommission, alle Kliniken in Versorgungs-Level einzuordnen. Von der Decken betonte die Planungshoheit der Länder und

bekräftigte ihre Kritik an den Leveln. Sie warb für Leistungsgruppen als Grundlage der Krankenhausplanung. Angesichts steigender Patientenzahlen bei gleichzeitig schrumpfenden personellen und finanziellen Ressourcen sagte die Ministerin: „Wir brauchen die Sicherstellung von Notfall- und Grundversorgung in der Fläche und eine Konzentration bei der Spezialisierung.“ **Auch Straub betonte die Notwendigkeit der Konzentration und Spezialisierung: „Die gute Versorgung von Patientinnen und Patienten muss im Mittelpunkt stehen, nicht der Erhalt aller Kliniken.“** Außerdem mahnte sie, bei der Finanzierung der Krankenhäuser nicht nur auf die Betriebskosten zu blicken. Ein großes Problem sei die seit vielen Jahren unzureichende Investitionskostenförderung durch die Bundesländer, die maßgeblich zu den aktuellen Problemen vieler Kliniken beigetragen habe. Hier müssten die Länder unbedingt ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen. *fu*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

## Fachkonferenz Prävention & Gesundheitsförderung erstmals im Open-Space-Format

**G**emeinsam gestalten WIR Gesundheit!“ – unter diesem Motto fand die 5. Sächsische Fachkonferenz Prävention und Gesundheitsförderung am 14. Juni 2023 in Dresden statt. Im erstmalig genutzten Open-Space-Format konnten die 100 Teilnehmenden mit ihren Themen und Fragen zu Gesundheitsförderung und Prävention miteinander die Inhalte der Veranstaltung entwickeln. **Peter Voigt, Stellvertreter der Vorsitzenden des Steuerungsgremiums P. SACHSEN und Referatsleiter Ambulante Versorgung der vdek-**

**Landesvertretung, eröffnete die Fachkonferenz:** „Gemeinsam gestalten WIR Gesundheit!‘ ist für uns keine Worthülse. Das Motto ist vor allem für heute und natürlich auch im Anschluss hieran eine Einladung, Gedanken und Vorschläge zu Prävention



v.l.n.r.: Anne-Katrin Olbrich (vdek), Jenny Müller (GKV-Bündnis für Gesundheit), Josy Simon, Peter Voigt (beide vdek), Tobias Carius (TK), Anett Wagner (BARMER), Kathleen Naujokat, Ines Enke (beide DAK-Gesundheit)

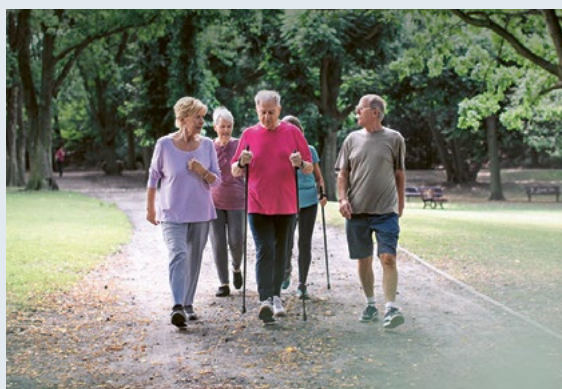
und Gesundheitsförderung in und für Sachsen zu teilen.“ **In drei Arbeitsrunden wurden unter reger Ersatzkassenbeteiligung insgesamt 19 Themen vertieft**, darunter Gelingensfaktoren von nachhaltiger Prävention für Kinder und Jugendliche, geschlechtersensible Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe, gelebte Inklusion in Betrieben sowie der Übergang in den Ruhestand als Herausforderung für die Prävention. Voigt betonte nach einem ergebnisreichen Konferenztag im neuen Format noch einmal den gewinnbringenden Austausch: „Es

war eine Bereicherung, wie viel und intensiv wir zusammengearbeitet haben. Deutlich wurde insbesondere, dass Gesundheitsförderung und Prävention nur gemeinsam gut und nachhaltig gestaltet werden kann.“ *cb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SAARLAND

## Positives Fazit: Gesund bleiben in Molschd


**M**it einem großen Finale endete am 6. Juni 2023 das Präventionsprojekt „Gesund bleiben in Molschd“. Die Projektpartner – der AWO Landesverband Saarland und die vdek-Landesvertretung Saarland – feierten gemeinsam mit den Teilnehmer:innen aus Saarbrücken-Malstatt die erfolgreiche Umsetzung des im Oktober 2020 gestarteten Projekts. Beim Finale wurden auch die Ergebnisse der Evaluation der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) vorgestellt. **Insgesamt wurden mit den Angeboten des Projektes 1.056 Senior:innen erreicht.** Doch was hat das Projekt „Gesund bleiben in Molschd“ nun bewirkt? Da waren sich alle Teilnehmer:innen einig: Neben der Verbesserung der eigenen Gesundheit waren es vor




allem das Miteinander und die gemeinsamen Erfahrungen, die das Projekt nachwirken lassen. Susanne Holfeld-Heinrich, die das Quartiersprojekt der AWO in Malstatt leitet, ist sich sicher: „Das Projekt wird weitergehen. Konkret ist bereits ein gemeinsames Tanzprojekt geplant, das die Bewohner:innen in Malstatt im doppelten Sinne bewegen wird.“ **Die Kooperation mit der AWO Saarland und dem vdek geht ebenfalls**

**weiter, denn seit Ende 2022 läuft das gemeinsame Projekt „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“ in St. Ingbert-Mitte.** Dabei wird aus den positiven Erfahrungen mit dem Projekt „Gesund bleiben in Molschd“ nun viel Tatendrang für das gemeinsame Projekt in St. Ingbert-Mitte mitgenommen. Profitieren werden davon vor allem die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer vor Ort. *aml*



 **@vdek\_SL** Weil **#Pflege|bedürftige** eine Risikogruppe für eine **#Sepsis** sind, ist es besonders wichtig **#Pflegen-deAngehörige** über die Risiken aufzuklären. **@MASFG\_SL**, **@APS\_eV** & **#vdek\_SL** tun dies in einer gemeinsamen Erklärung.

 **@vdek\_NDS** In **#Niedersachsen** erhalten 60.000 Menschen Hilfe im Rahmen der ambulanten psychiatrischen **#Pflege**. Gut, dass sich alle Beteiligten in diesem Bereich auf ein faires Modell zur Vergütung von **#Pflegekräften** geeinigt haben.

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG RHEINLAND-PFALZ

## „Miteinander gesünder“-Projekt in Mainz hat Zukunft

**E**s ist soweit: Eine neues Angebot des Präventionsprojekts „Miteinander gesünder“, präsentiert vom vdek zusammen mit Mehr Zeit für Kinder e. V. (MZfK), erwartet die Senioren der ProSeniore Residenz in Mainz. Als acht Kinder der Kindertagesstätte St. Franziska eintreten, gehen alle Mundwinkel nach oben. Es kann losgehen! Das generationenübergreifende Präventionsprojekt „Miteinander gesünder“



bringt Kindertagesstätten und stationäre Pflegeeinrichtungen zu den Themen Stressmanagement und Ernährung zusammen und fördert die Achtsamkeit zwischen Jung und Alt. In Mainz nehmen an dem Projekt derzeit zwei Kindertagesstätten und zwei Pflegeeinrichtungen teil. „Ich habe euch heute Entspannung mitgebracht“, führt Lena Kubiak vom MZfK in das Treffen ein. Mit Luftballon-Spielen und Phantasie Reisen lockert sie den Kreis

spielerisch und weckt bei Gustav Ringshausen sogar Erinnerungen an Wanderungen als junger Mann: „Die Tiroler Alpen hatten es in sich, aber das war toll dort.“ Die Kinder hören ihm gerne zu, bis Kubiak ein Fühlsäckchen mit Schätzen des Waldes austeilte und die Jungen mit den Alten rateten. Da strahlte Heike Frick, als sie mit den Kindern Arian und Meriam von der Feder bis zum Stein alles erfuhr (siehe Foto). „Das Zusammen-

sein hier gibt den Jungen und Alten unheimlich viel“, schwärmen Kita-Leiterin Bea Schnettker und die Eventmanagerin der Seniorenresidenz Constanze Schmidt. „Die monatlichen Treffen wollen wir auf jeden Fall weiterführen!“ Dann wären das Projekt, das im August 2023 endet, ein voller Erfolg für den vdek und den MZfK und das aktive gesunde Miteinander der Generationen nachhaltig gesichert. *drs*

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

## Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege: Bayernweite Roadshow erfolgreich

**U**nter dem Motto „Gesund arbeiten in der Pflege“ haben der vdek, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und das Bayerische Landesamt für Pflege in diesem Sommer eine gemeinsame landesweite Roadshow organisiert. In mehreren stationären Pflegeeinrichtungen fanden Infoveranstaltungen über die Themen Beschäftigtengesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) statt. Dabei stellte der vdek sein Angebot MEHRWERT:PFLEGE vor. Viele Beschäftigte in der Pflege sind dauerhaft extrem hohen Belastungen ausgesetzt, daher ist es besonders wichtig, die betriebliche Gesundheitsförderung nicht aus den Augen zu verlieren. Das Kernstück des Konzeptes ist eine BGM-Prozessberatung. MEHRWERT:PFLEGE bietet



Maßnahmen und Begleitung an, die individuell auf die jeweilige Einrichtung ausgerichtet sind: von der Bedarfsermittlung über die Maßnahmenplanung und -ausgestaltung bis hin zur Erfolgskontrolle. Die Roadshow „Gesund

arbeiten in der Pflege“ informierte außerdem über Unterstützungsmaßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten in der Langzeitpflege. Der Freistaat Bayern stellt knapp 18 Millionen Euro für Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der Resilienz zur Verfügung. Diese Maßnahmen wie Team-Coaching und Resilienztraining richten sich an Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und können kostenfrei durch die Einrichtungen abgerufen werden. Die Roadshow stieß bei den Pflegeeinrichtungen auf großes Interesse. *sesa*



Minister Dr. Andreas Philippi (l.) und der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen, Hanno Kummer (r. v. l.), überreichen den Selbsthilfepreis.

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

## Ersatzkassen verleihen dritten Selbsthilfepreis

**E**s waren viele glückliche Gesichter zu sehen im Alten Rathaus von Hannover. Dort zeichneten die Ersatzkassen am 7. Juni zum dritten Mal Selbsthilfegruppen aus ganz Niedersachsen für ihr tolles Engagement aus. **Thema diesmal: Sucht. Wie wichtig Selbsthilfeangebote in diesem Bereich sind, betonte Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi:** „Ungefähr jeder und jede Sechste in Niedersachsen zeigt abhängige Verhaltensweisen und die Zahl der indirekt Betroffenen ist noch weitaus größer. Unzählige Selbsthilfegruppen leisten hier einen sehr wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft, sie begleiten Menschen über eine lange Zeit des oftmals sehr steinigen Weges.“ Neben zahlreichen Vertreter:innen der Selbsthilfe konnte der Leiter der vdek-Landesvertretung, Hanno Kummer, auch Gäste aus den Reihen der Wohlfahrtsverbände, der Ärzteschaft, des Medizinischen Dienstes, der Ersatzkassen und weiterer Organisationen begrüßen. **„Mitglieder von Selbsthilfegruppen**

**nehmen Belange in die eigene Hand, das heißt, sie wandeln ihre Rolle in eine aktive und können damit auch Kompetenz in eigener Sache gewinnen“, so Kummer.** „Die Selbsthilfe ist deshalb eine wertvolle Ergänzung zu den professionellen Angeboten im Gesundheitswesen.“ Gemeinsam mit Gesundheitsminister Philippi nahm Kummer dann die Preisverleihung vor. Fünf Gruppen konnten sich über ein Preisgeld von je 1.000 Euro freuen. Aber auch weitere Gruppen wurden mit einer Urkunde ausgezeichnet. Überhaupt: Es ging weniger ums Gewinnen als darum, der Selbsthilfearbeit ein Forum zu bieten und das ehrenamtliche Engagement zu würdigen. So zeigten sich beim Imbiss im Anschluss insbesondere die Vertreter:innen der verschiedenen Selbsthilfegruppen zufrieden. Tenor: Die wertschätzenden Worte in lockerer Atmosphäre, der musikalische Rahmen und die zahlreichen Gespräche hätten für einen rundum gelungenen Nachmittag gesorgt. *siko*

## Premiere: Ersatzkassen und Unfallkasse fördern gemeinsames Präventionsprojekt in Korbach

**F**ür einen gelungenen Kita-Aufenthalt von Kindern sind vor allem zwei Dinge wichtig: eine auf die Bedürfnisse der einzelnen Kinder zugeschnittene, persönliche Betreuung sowie eine hohe fachliche Qualität der Einrichtung insgesamt. Darüber hinaus sollen auch in Kitas gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Hier setzt das Präventionsprojekt „Entspannung erlernen und vermitteln“ an. Es richtet sich an Auszubildende am Evangelischen Fröbelseminar in Korbach und soll diese sowie ihre Lehr- und Leitungskräfte dabei unterstützen, bereits in der Ausbildung aktiv Entspannungseinheiten für Kita-Kinder zu entwickeln und in den Einrichtungen umzusetzen. **Das Projekt wird durch den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) im Auftrag der Ersatzkassen in Hessen und durch die Unfallkasse Hessen für zwei Jahre**



v. l. n. r.: Dr. Torsten Kunz (Präventionsleiter der Unfallkasse Hessen), Karl-Friedrich Frese (Erster Kreisbeigeordneter des Landkreises Waldeck-Frankenberg), Claudia Ackermann (Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen), Melanie Brück (Standortleitung des Evangelischen Fröbelseminar-Fachschule für Sozialpädagogik, Korbach)

**gefördert und ist damit das erste gemeinsame Präventionsprojekt zweier Sozialversicherungsträger in Hessen.** Am 12. Juli 2023 wurde das Projekt in Korbach gemeinsam mit Karl-Friedrich Frese, Erster Kreisbeigeordneter des Landkreises Waldeck-Frankenberg, vorgestellt. Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, betonte: „Bei Schülerinnen und Schülern an beruflichen Schulen und Kita-Kindern im ländlichen Raum schafft der Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen mehr gesundheitliche Chancengleichheit für alle. **Hierbei**

**dürfen weder der Wohnort noch die Lebenssituation eine Rolle spielen.** Die Lebenswelten Kindertagesstätte und berufliche Schulen sind der ideale Ort, um den Grundstein für gesundheitsförderndes Handeln und die Entwicklung von Gesundheitskompetenz zu legen.“ *hk*

## Konstruktiver Austausch im Abgeordnetenhaus

**E**nde Mai hatte Petra Krebs MdL, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Grünen im Landtag und Vorsitzende des AK Soziales, Gesundheit und Integration, die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg in das Abgeordnetenhaus nach Stuttgart eingeladen. Mit dem Leiter der vdek-Landesvertretung Michael Mruck (im Bild links) sowie dem stellvertretenden Leiter Frank Winkler wurden aktuelle Themen besprochen, darunter: Krankenhausstrukturreform, Qualität und Investitionskostenfinanzierung. Darüber hinaus war die Pflegereform ein zentrales Thema. Krebs ist Sprecherin für Soziales, Gesundheit und Pflege und Mitglied im AK Umwelt, Klima und Energiewirtschaft. **Ein besonderer inhaltlicher Schwerpunkt waren die für Baden-Württemberg in die Praxis umzusetzenden „Health in all policies“ (Hiap)-Projekte mit**



**den Kommunen.** Auf Wunsch von Krebs stellte Winkler das Konzept des GKV-Hiap-Gesundheitsförderungs- und Umweltprojektes vor. Dieses wurde gemeinsam mit den Städten Mannheim und Singen, der Deutschen Umwelthilfe sowie der GKV Baden-Württemberg initiiert. Das Modellprojekt „Bewegt im Stadtquartier“ soll „die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner machen“. **Präventive und gesundheitsförderliche sowie gesundheitsfördernde Effekte werden die Verantwortlichen nur dann erzielen, wenn nicht nur an den Symptomen herumgedoktert, sondern die Ursachen bekämpft werden.** Hierzu müssen die Bereiche Umwelt, Klima und Gesundheit ganzheitlich zusammengedacht werden. Diesen Ansatz unterstützt die stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Grünen nachdrücklich. *wi*



# »Wir müssen den ambulanten Bereich grundlegend reformieren«

Interview von Annette Kessen und Dr. Tanja Gloom

Seit Februar dieses Jahres ist **Prof. Dr. Stefanie Joos** Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Sie bringt vor allem ihre Expertise als Allgemeinmedizinerin und Versorgungsforscherin ein. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht sie über die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung und wirft einen Blick auf das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG).





**Frau Prof. Dr. Joos, Sie sind Mitglied im Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, der im Februar dieses Jahres neu berufen wurde. Wie bewerten Sie Ihre Berufung unter dem Blickwinkel Ihrer Expertise?**

**PROF. DR. STEFANIE JOOS** Ich bringe in den Sachverständigenrat mein Wissen als Allgemeinmedizinerin und Versorgungsforscherin mit der Schnittstelle klinische Forschung ein, aber natürlich geht es auch darum, die gesamte Gesundheitsversorgung im Blick zu haben. Diese breite systemische Perspektive hat mich schon immer interessiert. Es geht darum, über den Tellerrand der einzelnen Sektoren und des eigenen Fachs hinauszuschauen. Mein Profil wird zudem dadurch erweitert, dass ich mich in den vergangenen Jahren intensiv mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem ÖGD, auseinandergesetzt habe.

**Welchen Einfluss hat der Sachverständigenrat?**

Ich schätze den Einfluss als sehr hoch ein. Die Empfehlungen und Gutachten des Sachverständigenrats sind in Gesetzesvorlagen und finalisierten Gesetzen enthalten. Beispiele hierfür sind die aktuellen Gesetzesvorlagen für die Digitalisierungsgesetze und Konzepte zu Primärversorgungszentren, die erstmals im 2014er Gutachten vorgeschlagen wurden, in weiteren Gutachten detailliert und nun im anstehenden Versorgungsgesetz aufgenommen wurden. Der Sachverständigenrat kann eigene Themen setzen. Das Thema Fachkräftesituation, das wir gerade bearbeiten, beruht auf einem Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums.

**Stichwort Fachkräfte: Was sollten Hausärztinnen und Hausärzte mitbringen?**

Sie sind die ersten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten und benötigen dafür ein breites Wissen vom Bewegungsapparat über internistische Erkrankungen bis hin zur Psychiatrie und Psychosomatik. →



Dafür braucht es eine gute Ausbildung an den Universitäten und eine gute Weiterbildung, die für diese Versorgungsebene – die Primärversorgung – taugt. Zusätzlich sind kommunikative Fähigkeiten wichtig, einerseits für die Patientinnen und Patienten, andererseits für die vielen Schnittstellen, die es

zu den anderen Versorgungsebenen gibt. Hinzukommen Empathie und Organisations-talent, wenn es darum geht, eine Praxis oder ein Zentrum zu führen.

**Hausärztinnen und Hausärzte der geburtenstarken Jahrgänge werden in absehbarer in den Ruhestand gehen. Wie lässt sich dem befürchteten Hausärztemangel entgegenwirken?**

Ein wichtiger Punkt ist, die Erwartungen der nachrückenden Generation, die beispielsweise gerne im Angestelltenverhältnis arbeiten möchte, zu berücksichtigen. In der Allgemeinmedizin gab es vor rund zehn Jahren noch keine angestellten Hausärztinnen und Hausärzte – jetzt liegt der Anteil bei gut einem Viertel. Wenn es uns gelingt, gut ausgestattete und organisierte Primärversorgungszentren in Deutschland zu etablieren, wie es auch der Entwurf für ein neues Versorgungsgesetz vorsieht, würden diese Zentren den jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit bieten, angestellt oder auch in Teilzeit zu arbeiten. Auch ein Ortswechsel wäre einfacher möglich. Aus dem Ausland wissen wir, dass es angesichts des demografischen Wandels diese Zentren und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen braucht.

**Wie kann es gelingen, junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung vor allem in ländlichen Regionen zu begeistern?**

Wir benötigen beides – sowohl Hausarztstühle in städtischen, insbesondere prekären Gebieten als auch im ländlichen Raum müssen nachbesetzt werden. Aber es stimmt natürlich, dass es mehr Anstrengungen im ländlichen Raum braucht. Das Wissenschaftsministerium Baden-Württemberg fördert diesen Aspekt beispielsweise in dem Sinne, dass die an der Gesundheitsversorgung beteiligten

Akteurinnen und Akteure in den Regionen und Landkreisen einbezogen werden und wir gemeinsam Lehrangebote vor Ort anbieten. Die Studierenden sollen die Arbeit vor Ort kennenlernen und sehen, dass es sich um gut organisierte Praxen handelt, in denen anspruchsvolle, leitlinienbasierte Medizin gemacht wird.

**Muss Allgemeinmedizin insgesamt ein stärkeres Gewicht bekommen?**

Ich betrachte diese Entwicklung als Prozess. Vor rund 25 Jahren hatte nicht einmal ein Drittel der medizinischen Fakultäten in Deutschland einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Und wenn es keine Lehrstühle gibt, sind die Lehrenden auch nicht auf Augenhöhe mit dem Lehrpersonal anderer Professionen. Zum Glück hat die Politik hier nachgesteuert. Fast überall gibt es jetzt an den medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Angesichts der Tatsache, dass die Gesundheitsversorgung zukünftig einen deutlich größeren Anteil an Hausärztinnen und Hausärzten benötigt, muss die Allgemeinmedizin unbedingt noch stärker im Studium und in der Approbationsordnung verankert werden. Daher erwarten wir dringend einen positiven Beschluss zur neuen Änderung der Approbationsordnung, die diese Stärkung enthält.

**Wo sehen Sie Nachholbedarf in der hausärztlichen Versorgung?**

Eigentlich benötigen die Hausärztinnen und Hausärzte Rahmenbedingungen, die ihnen ermöglichen, das Gelernte auszuführen. Dazu braucht es als Grundlage eine funktionierende Informationsweitergabe. Wenn man von seiner Patientin oder seinem Patienten, die oder der vor einem sitzt, nicht alle Befunde kennt oder nicht einmal weiß, welche anderen Ärztinnen und Ärzte eventuell noch aufgesucht wurden, können die hausärztlichen Kompetenzen nicht richtig zum Tragen kommen. Leider sind die Arztpraxen noch immer nicht digitalisiert. Briefe werden noch mit Fax und Post verschickt, das kostet viel Zeit und ließe sich mit einer elektronischen Patientenakte (ePA) deutlich vereinfachen; und das mit Blick sowohl auf die Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten als auch auf die Kooperationen zwischen den verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen wie auch anderen Gesundheitsberufen, beispielsweise der Physiotherapie.

**»Ein wichtiger Punkt ist, die Erwartungen der nachrückenden Generation, die beispielsweise gerne im Angestelltenverhältnis arbeiten möchte, zu berücksichtigen.«**



### **Geht Ihnen die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu schlep-pend voran?**

Zur Digitalisierung wird viel geforscht. Das ist gut. Was aber in den Hintergrund gerät bei dem nachvollziehbaren Hype um ChatGPT und Co., ist die praktische Umsetzung einfacher digitaler Tools wie Telekonsile zwischen Fachärztinnen und Fachärzten. Das Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen hat eine Studie zu teledermatologischen Konsilen durchgeführt. Diese digitale Möglichkeit eignet sich gerade für Menschen, die im ländlichen Raum wohnen und lange Anfahrtswege oder Wartezeiten bei Hautärztinnen und Hautärzten haben. Wir wissen heute, dass die Befundung von Bildern in 70 Prozent der Fälle genauso gut funktioniert, als würde die Patientin oder der Patient im Behandlungszimmer sitzen. Natürlich kommt es auf die Erkrankung an, deswegen spreche ich hier bewusst nicht von 100 Prozent, aber von einem sehr großen Anteil. Auch die Videosprechstunde gehört zu den einfachen digitalen Tools. Hier kommt es darauf an, was für ein Beratungsanlass vorliegt. Wenn es um Wadenschmerzen und einen Verdacht auf eine Thrombose geht, lässt sich das nicht per Videosprechstunde klären – bei einem einfachen grippalen Infekt aber schon.

### **Spielt die Digitalisierung im Medizinstudium inzwischen eine größere Rolle?**

Ja, allerdings ist das Medizinstudium immer noch stark fachlich auf einzelne Erkrankungen ausgerichtet und weniger auf Fragen der praktischen Versorgung. Bei der Digitalisierung sprechen wir natürlich über ein weites Feld, das von der Videosprechstunde bis zur künstlichen Intelligenz reicht. Neue Tools wie ChatGPT befördern den digitalen Fortschritt ungemein und insofern fordern die Studierenden das berechtigterweise ein.



**Prof. Dr. Stefanie Joos**, geboren 1970 in Karlsruhe, studierte von 1990 bis 1997 Medizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg, wo sie auch 1998 promovierte. Ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin absolvierte sie 1997 bis 2003 an der Medizinischen Klinik I der Universität Erlangen Nürnberg sowie in einer Chirurgischen und in einer Hausärztlichen Praxis in Karlsruhe. 2004 erwarb sie die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und 2010 die Zusatzbezeichnung Akupunktur. Von 2004 bis 2014 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, ab 2008 als Stellvertretende Leiterin und Leitende Oberärztin. 2010 habilitierte sie sich im Fach Allgemeinmedizin und wurde 2013 von der Universität Heidelberg zur außerplanmäßigen Professorin ernannt. Seit 2015 ist sie Lehrstuhlinhaberin für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Tübingen und leitet das Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, zudem ist sie Gründungsvorsitzende des Zentrums für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV). Seit Februar 2023 ist sie Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege.

**Wo sehen Sie die größte Herausforderung im hausärztlichen Bereich?**

Wir müssen den ambulanten Bereich grundlegend reformieren. Dabei müssen wir sektorenübergreifend an die Sache herangehen, aber den ambulanten Bereich immer stark mitdenken. Vor allem die Ineffizienz der Versorgung ist ein Problem. Die doppelte Facharztschiene gekoppelt mit der freien Arztwahl führt dazu, dass Patientinnen und Patienten mit Schnupfen zur HNO-Praxis gehen können und mit unkomplizierten Rückenschmerzen zur orthopädischen Praxis. Dies führt zu einem ineffizienten übertersorgenden System. Unsere Versorgung wird durch den schlechten Informationsaustausch und das knappe Zeitbudget der Ärztinnen und Ärzte immer ineffizienter. Dabei bietet doch gerade die Primärversorgungsebene die Chance, Patientenwege zu koordinieren. Deshalb müssen wir dahin kommen, dass Hausärztinnen

und Hausärzte mit ihren Teams diese Funktion des Gatekeepings übernehmen.

**Damit kommen wir zum anstehenden Gesundheits-versorgungsstärkungsgesetz (GVSG). Ein Ansatz ist die Stärkung der Primärversorgungsebene.**

Das begrüße ich sehr. Die hausärztliche Versorgung soll demzufolge als zentrale Schaltstelle im Fokus stehen und Kooperationen mit den einzelnen Facharztgruppen steuern. Die hausärztliche Praxis sollte dabei als Teampraxis verstanden werden, in der weitere Gesundheitsberufe – seien das medizinische Fachangestellte oder weiterqualifizierte medizini-

nische Fachangestellte wie die sogenannten VERAHS und NÄPAs – zusammenarbeiten und verschiedene Aufgaben übernehmen. Das ist ja seit Jahren auch die Richtung, in die wir in meinem Institut arbeiten. Wir evaluieren hier verschiedene Ansätze und Konzepte, wie beispielsweise das multiprofessionelle PORT-Gesundheitszentrum auf der Schwäbischen Alb. Und ich habe mir Primärversorgungszentren in

Kanada angeschaut, in denen verschiedene Professionen auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Das war sehr beeindruckend. Welche Professionen man da braucht, entscheidet sich an den Bedarfen der Region, aber beispielsweise auch an der Möglichkeit mit Telekonsilen zu arbeiten.

**Der vdek hat alternativ sein Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) eingebracht, das etwas weiter geht, beispielsweise indem es die stationäre Grundversorgung, etwa ein OP-Zentrum, sowie die Kurzzeitpflege miteinbezieht.**

Das Modell der RGZ macht insofern Sinn, dass die Pflege einen deutlich höheren Stellenwert in der Teampraxis und in Primärversorgungszentren bekommt, wo dann Pflegefachpersonen zum Einsatz kommen, die akademisch qualifiziert sind. Dies ist auch im internationalen Raum üblich. Wir arbeiten selbst viel mit der Pflegewissenschaft zusammen und wenn wir Gäste aus dem Ausland empfangen, fragen diese uns häufig, wo denn bei uns in der ambulanten Versorgung die Pflege angesiedelt ist. Ja, es gibt die ambulante Pflege natürlich, aber sie arbeitet zumeist sehr separiert von den hausärztlichen Praxen. Hier liegt ein großes Potenzial für Verbesserungen.

**Der Entwurf für das GVSG sieht auch den Aufbau sogenannter Gesundheitskioske in benachteiligten Regionen für vulnerable Gruppen vor. Was halten Sie davon?**

Grundsätzlich finde ich die Denkrichtung, dass es niedrigschwellige Beratungsangebote braucht, um auch vulnerable Gruppen zu erreichen, und mehr Präventionsangebote zu machen, gut. Aber ich sehe bei den Gesundheitskiosken das Risiko, eine neue Einrichtung und damit Doppelstrukturen zu schaffen, ohne die Maßnahmen, über die wir eben gesprochen haben, sprich beispielsweise die Verbesserung der Informationsweitergabe durch die ePA, voranzutreiben. Von daher würde ich sehr stark dafür plädieren, solche Aufgaben lieber bei den Primärversorgungszentren oder auch beim ÖGD anzudocken.

**Zuletzt noch ein Blick auf die Gesundheitsregionen, von denen im Gesetzesentwurf die Rede ist.**

Im Gesetzesentwurf bleibt es relativ offen, was genau damit gemeint ist. Hier heißt es abzuwarten, was genau dahintersteckt. Damit ist es für mich erst einmal nichts Durchschlagendes. ■

**»Angesichts der Tatsache, dass die Gesundheitsversorgung zukünftig einen deutlich größeren Anteil an Hausärztinnen und Hausärzten benötigt, muss die Allgemeinmedizin unbedingt noch stärker im Studium und in der Approbation verankert werden.«**



EINWURF

# Gute Ansätze für den Digitalisierungsschub

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

**N**un ist es also da, das Digital-Gesetz, und zwar als Referentenentwurf, der am 1. August 2023 in die Fachanhörung beim Bundesministerium für Gesundheit ging. Gut so, denn in keinem anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens besteht derartiger Nachholbedarf wie bei der Digitalisierung. Umso erfreulicher ist es, dass sich der Entwurf stark an der im Frühjahr vorgestellten Digitalstrategie orientiert, die unter Beteiligung vieler Stakeholder – wie auch des vdek – entwickelt wurde.

Ein wichtiger Inhalt ist das lang erwartete Opt-out-Verfahren bei der elektronischen Patientenakte (ePA), das bis Anfang 2025 umgesetzt sein soll und damit die Krankenkassen sicherlich vor Herausforderungen stellt. Der eingeschlagene Weg ist dennoch richtig, denn nur mit einer Widerspruchslösung, auch für das Speichern und Abrufen von Informationen, kann die ePA eine kritische Masse erreichen und möglichst vielen Versicherten echte Versorgungsverbesserungen bringen. Die Ersatzkassen haben sich in den letzten Jahren immer wieder dafür ausgesprochen, dass dabei zuerst die Anwendungen entwickelt werden sollten, von denen die Patient:innen und alle an ihrer Versorgung Beteiligten am meisten profitieren. Ein digitales Medikationsmanagement, das

die Verordnungen aus dem E-Rezept automatisch berücksichtigt und dabei helfen kann, die Therapie-sicherheit zu steigern, ist der richtige erste Schritt. Mit der endlich geplanten Möglichkeit, E-Rezepte auch über die ePA-App einzulösen, können diese Anwendungen zu einer Komplettlösung für digitales Gesundheitsmanagement werden.

Damit das alles am Ende in Arztpraxis, Apotheke und Krankenhaus auch funktioniert, müssen die Softwareanbieter stärker in die Pflicht genommen werden. Denn nichts ist frustrierender als digitale Prozesse, die vor Ort unnötig kompliziert sind oder überhaupt nicht funktionieren. Deshalb ist die vorgesehene Zertifizierungspflicht für IT-Systeme ein entscheidender Schritt.

Sicherlich gibt es im Gesetzentwurf auch einige Regelungen, die angepasst werden sollten wie die sogenannte „assistierte Telemedizin“ in Apotheken – eine Idee, die zunächst einmal in Regionen mit konkretem Versorgungsbedarf erprobt werden sollte, bevor sie über das ganze Land ausgerollt wird. Oder geplante Parallelstrukturen durch zusätzliche „digitale“ DMP, statt die bestehenden Behandlungsprogramme mit digitalen Elementen zu verbessern. Insgesamt aber hat der Gesetzentwurf das Potenzial, die digitale Gesundheitsversorgung in den Alltag der Versicherten zu integrieren. ■



# Krankenhausreform: Mehr Qualität in der Versorgung

Nach langen und zähen Verhandlungen hat sich Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach am 10. Juli 2023 mit den Ländern auf **Eckpunkte zur Krankenhausreform** geeinigt. Das gemeinsame Eckpunktepapier eröffnet Chancen, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern. Dass die Qualitätskriterien für Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert werden sollen, ist gut. Positiv ist auch, dass mit Blick auf die Leistungsgruppen der Ansatz in NRW als Vorbild genommen werden soll. Zugleich aber bleiben wichtige Fragen offen. Anlass zur Kritik beispielsweise geben die mit der Reform verbundenen Finanzierungspläne.

# Was von der Revolution übrig bleibt

Text von **Dr. Jörg Meyers-Middendorf und Antje Kapinsky**

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat sich am 10. Juli 2023 auf ein **Eckpunktepapier** geeinigt. Im Herbst soll ein Gesetzentwurf vorgelegt und bis Ende des Jahres verabschiedet werden. Mit einem Mix aus einer stärkeren Qualitätsorientierung und der neuen Vorhaltekostenvergütung soll eine bessere Versorgung erreicht werden. Ob das wirklich gelingt, ist noch unklar. Klar ist aber, dass die Mehrausgaben voraussichtlich von den Beitragszahlenden geschultert werden müssen.

**V**eränderungen der Krankenhausstruktur sind seit jeher das dickste politische Brett in der deutschen Gesundheitspolitik. Die letzte wirkliche Reform erfolgte vor zwanzig Jahren, als man sich von der bettenbezogenen Finanzierung verabschiedete und die DRG (Diagnosis Related Groups) einführte. Mit diesen Fallpauschalen wurde damals das Anreizsystem in der stationären Versorgung radikal geändert. Die Erbringung von Leistungen trat ins Zentrum des Interesses und die Belegung von Betten rückte in den Hintergrund. Seinerzeit übrigens maßgeblich mitbeteiligt war der jetzige Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. Aus heutiger Sicht lässt sich resümieren, dass man mit dieser Reform über

das Ziel hinausgeschossen ist. Die Zahl der Betten ging zwar zurück, aber die Fallzahlen sind im internationalen Vergleich mit am höchsten. Seit längerem schon war sich die Fachwelt deshalb einig, dass in Deutschland zu schnell und zu viel operiert wird und dabei mancherorts nicht die beste Expertise für die jeweiligen Eingriffe vorhanden ist – eine Entwicklung, die auch durch die fehlenden Investitionen der Länder und daraus resultierenden wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser unterstützt wurde.

Die Politik tut deshalb richtig daran, das ändern zu wollen. Der Anpassungsbedarf ist durch wachsende Personalengpässe der vergangenen Jahre weiter gestiegen. Vor diesem Hintergrund waren die Vorschläge der Regierungskommission



zur Krankenhausreform im vergangenen Dezember ein guter Aufschlag. Der sich anschließende Verhandlungsprozess in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe legte jedoch wie ein Kaleidoskop die ganze Misere der deutschen Krankenhauspolitik offen. Zwischen Kostenträgern, Bund und Ländern geteilte Verantwortlichkeiten für die Planung und Finanzierung sowie eine öffentlich geführte Debatte um ein drohendes Krankenhaussterben ließen die hochfliegenden Pläne schnell erlahmen. Wichtige Strukturinstrumente wie die Ordnung der Landschaft in Versorgungsstufen (Level) wurden schon recht früh wieder einkassiert. Es blieb ein zähes Ringen um die Konzipierung von Leistungsgruppen und die Ausgestaltung der Vorhaltekostenfinanzierung sowie um die Finanzierung der Transformation. Dass die Krankenkassen als Kostenträger über den ganzen Verhandlungsprozess hinweg Zaungäste bleiben, konnte und sollte für die Beitragszahlenden nichts Gutes bedeuten.

### **Bundeseinheitlich definierte Qualitätskriterien**

Eine Einigung zwischen Bund und Ländern kam nur mithilfe von Ausnahmeregelungen zustande wie die Möglichkeit für das Krankenhaus, Leistungsgruppen auch dann zugewiesen zu bekommen, wenn es dazu Kooperationen und Verbünde mit anderen Krankenhäusern eingeht. Immerhin konnte man seitens des Bundes durchsetzen, dass Qualitätskriterien für Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert werden. Das ist für die bundesweit aufgestellten Ersatzkassen eine wichtige Nachricht. Auch dass als Einstieg in die Welt der Leistungsgruppen grundsätzlich der in Nordrhein-Westfalen verfolgte Ansatz gewählt wurde (→ [Mehr dazu auf Seite 42](#)), ist zunächst positiv. Jedoch bedarf es dann einer zeitnahen Weiterentwicklung zur größeren Differenzierung ohne langwierige Abstimmungsprozesse. Bei der laienverständlichen Offenlegung über das Leistungsangebot und die Qualität der stationären Versorgung soll

**Vieles spricht dafür, dass die finanzielle Hauptlast in Form von neuen Zuschlägen und Vorhaltekosten für nicht erbrachte Leistungen voraussichtlich von den Krankenkassen zu tragen sein werden.**

es jedoch ein weiteres Gesetz geben. Und auch das Finanzierungskonstrukt enthält ungedeckte Schecks, ohne dass es Finanzierungszusagen aus der Regierungskoalition gäbe. So spricht vieles dafür, dass die finanzielle Hauptlast in Form von neuen Zuschlägen (Koordinierungszuschläge für bestimmte Kranken-

häuser und zusätzliche Sicherstellungszuschläge für sechs Versorgungsbereiche) und Vorhaltekosten für nicht erbrachte Leistungen voraussichtlich von den Krankenkassen zu tragen sein werden. Der Übernahme von Kosten für den Transformationsprozess durch den Staat hat der Gesundheitsminister bereits eine Absage erteilt. Auch eine konkrete Verpflichtung der Länder auf Tragung ihres Investitionskostenanteils sucht man vergeblich im Eckpunktepapier.

Mit den neuen sektorenübergreifenden Versorgern bzw. Level II-Krankenhäusern könnte zwar keine Revolution,

aber doch eine tragfähige Lösung für die so wichtige Bereitstellung einer wohnortnahen Grundversorgung gelingen. Hier scheint sich ein guter Weg zu einer integrierten Versorgung zu eröffnen, mit dem vorhandene Strukturen sinnvoll umgebaut, Versorgungsprobleme mit niederschweligen Angeboten adressiert und auch eine bessere Kooperation zwischen den medizinischen und weiteren Gesundheitsberufen gelingen kann. Wichtig wäre es, Level II-Krankenhäuser konsequent dort entstehen zu lassen, wo Versorgungsprobleme bestehen oder sich abzeichnen.

Was von der angekündigten Revolution bleibt, sind die Leistungsgruppen und die Vorhaltefinanzierung. Ob die strukturverändernde Revolution der Krankenhausversorgung gelingt, wird sich erst zeigen, wenn der Gesetzentwurf auf dem Tisch liegt, an dessen Erarbeitung die Länder über ein Redaktionsteam beteiligt werden. Danach folgt ein parlamentarisches Verfahren, das noch viele Veränderungen zulassen könnte. In den vergangenen Wochen ist jedoch deutlich geworden, dass beide Seiten, Bund und Länder, ein übergeordnetes Interesse an der Einführung von Vorhaltekosten haben und die Reform deshalb nicht scheitern wird. ■



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



**Antje Kapinsky** ist stellvertretende Abteilungsleiterin Politik/Selbstverwaltung beim vdek

# Relevante Begriffe zur Krankenhausreform

## Vorhaltekostenfinanzierung

Eine Vorhaltekostenfinanzierung entspricht einer leistungsunabhängigen Vergütung, die einen Anbieter vor nachfragebedingten Mengenrückgängen, zum Beispiel in ländlichen Regionen, oder vor einer nur eventuellen Inanspruchnahme des Leistungsangebotes, beispielsweise von Sonderisolierstationen, schützen soll (ökonomischer Ansatz). Die Regierungskommission hat der Vorhaltekostenvergütung eine Selektionsfunktion gegeben, da nur die Krankenhäuser profitieren, die eine Leistungsgruppe erbringen dürfen. Die Bund-Länder-AG sieht die Vorhaltekostenvergütung als Mittel gegen angebotsbedingte Mengenrückgänge vor, die gegenwärtig vom Fachkräftemangel ausgehen (Schutzfunktion).

## DRG / Fallpauschalen

Die DRG bzw. Fallpauschalen sind Bestandteile des Entgeltsystems, das die Art und die Anwendung der Pflegesätze oder auch Abrechnungseinheiten regelt. Es besteht aus vier Bereichen:

### Leistungsdefinition

DRG ergeben sich aus Diagnosen und Prozeduren sowie weiteren soziodemografischen Faktoren.

### Leistungseinheit

DRG sind in der Regel fallbezogene Vergütungen, denkbar ist aber eine tagesbezogene Vergütung.

### Leistungsbewertung

DRG werden in erster Linie durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bewertet. Dies geschieht, indem für jede DRG ein Relativgewicht im DRG-Katalog ausgewiesen wird. Die Relativgewichte werden jährlich aktualisiert. Durch die Multiplikation des Relativgewichts einer DRG mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert ergibt sich die Vergütungshöhe für jede DRG.

### Regeln und Ausnahmen

Für das DRG-System werden Abrechnungsregeln auf Bundesebene zwischen den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband) vereinbart.

DRG werden mit Fallpauschalen gleichgesetzt, was aber nicht richtig ist, denn sie können auch einen Tagesbezug haben. Häufig wird auch vom DRG-System gesprochen. DRG sind aber kein System im engeren Sinne, sondern ein Instrument. Hierzulande werden sie hauptsächlich im Rahmen eines landesweiten

Festpreissystems eingesetzt. Sie können aber auch als Budgetverteilungsinstrument oder in einem Selbstkostensystem eingesetzt werden.

Der DRG-Katalog weist mehr als 1.200 vom InEK mit Relativgewichten bewertete DRG aus. Neben den DRG-Fallpauschalen gibt es noch mehr als 1.000 bewertete Zusatzentgelte, circa 55 unbewertete fallbezogene DRG, circa 5.000 unbewertete Zusatzentgelte, circa 55 unbewertete tagesbezogene DRG, etwa 2.500 Zusatzentgelte für „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB), circa 100 Entgelte für besondere Einrichtungen und circa 126 gesonderte Zusatzentgelte für Leistungen, die im System nicht sachgerecht vergütet werden können.

## Krankenhausplanung

Die Bundesländer haben den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung. Um diesem Auftrag nachzukommen, stellen sie Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Dabei orientieren sie sich an Versorgungsstufen, Betten und Fachabteilungen. Die Krankenkassen werden an diesem Prozess nur beteiligt, obwohl sie die Folgekosten der Investitionsvorhaben finanzieren.



## Kontrahierungszwang

Krankenhäuser, die im Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen sind, erhalten einen Versorgungsvertrag. Dieser ist für alle Krankenkassen im Inland verbindlich. Die Krankenkassen müssen mit diesen Krankenhäusern Budgetvereinbarungen schließen; im Konfliktfall entscheidet eine Schiedsstelle.

## Investitionsfinanzierung

Die Investitionskosten werden im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt. Hierzu zählen die Kosten der Errichtung von Krankenhäusern, die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Anlagegüter (Erstausrüstung) sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der Anlagegüter, jedoch nicht Kosten von Grundstücken. Die Finanzierung der Investitionskosten obliegt den Bundesländern. Hierzu stellt jedes Bundesland ein Investitionsprogramm auf. Die Folgekosten, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind, sind zu beachten. Daher sind zwischen den Bundesländern und den beteiligten Krankenkassen einvernehmliche Regelungen anzustreben. Alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan und somit in das Investitionsprogramm aufgenommen sind, haben Anspruch auf Förderung. Eine teilweise Förderung ist möglich.

Die Länder fördern auf Antrag eines Krankenhausträgers die Investitionskosten (Einzelförderung), zum Beispiel bei Errichtung oder Schließung eines Krankenhauses, zur Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren. Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge mit Zweckbindung (Pauschalförderung).

## Versorgungsstufen (Level)

Level entsprechen den Versorgungsstufen, so wie sie sich seit Jahrzehnten in den Krankenhausplänen der meisten Bundesländer wiederfinden. Level sind als eigener Abschnitt aus dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG gestrichen worden und finden sich dort nur noch in der Präambel wieder. Level dienen auf Bundesebene – neben den Leistungsgruppen – der Transparenz für Patient:innen und sollen veröffentlicht werden. Der Bund weist den Krankenhäusern Level zu. Dieses Vorhaben setzt der Bund durch ein eigenes Gesetz um. Die Level haben allerdings nur noch deklaratorischen Charakter und werden keine indirekte Finanzwirkung entfalten können.

### Versorgungsstufen gliedern sich wie folgt:

- Grundversorgung
- Regel- und Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung, wobei die Universitätskliniken von den anderen Maximalversorgern abgegrenzt werden sollen

### Die Grundversorgung soll in zwei Bereiche unterteilt werden:

- Grundversorger mit Notfallversorgung (Level I<sub>n</sub>)
- Grundversorger der integrierten ambulanten/stationären Versorgung (Level I<sub>i</sub>)

Die Level I<sub>i</sub>-Kliniken sollen allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten verbinden und sich durch die enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen Versorgung auszeichnen. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärzt:innen und Pflegepersonal spielen. Perspektivisch sind sie für

die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen und das Case Management geeignet.

## Leistungsgruppen

Leistungsgruppen bündeln medizinisch homogene Leistungen. Sie beinhalten die Zuordnung von Prozeduren beziehungsweise Operationen sowie Diagnosen. Zudem sollen jeder Leistungsgruppe bundeseinheitliche Qualitätskriterien zugewiesen werden. Diese können aus strukturellen und personellen Anforderungen bestehen. Nach der Vorstellung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform können sich Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen auf Verbünde und Kooperationen beziehen.

## Koordinierungs- und weitere Zuschläge

Zusätzlich zu den Sicherstellungszuschlägen (Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG und Zuschläge zur Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG) sollen künftig nach Leistungsumfang gestaffelte Zuschläge aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereitgestellt werden. Hierzu zählen die (über-) regionalen Koordinationsaufgaben von Unikliniken und hierzu geeignete Versorger sowie die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Stroke Unit, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin. ■

# NRW als Vorbild für den Bund

Text von **Helmut Watzlawik**

Im Grunde genommen sind sich alle, die für den Krankenhausbereich Verantwortung tragen, einig: So wie bislang kann es nicht weitergehen. Nordrhein-Westfalen (NRW) hat sich deshalb bereits im Jahr 2018 auf den Weg gemacht, eine **Reform der Krankenhauslandschaft** vorzubereiten. Diese Vorarbeiten sollen nun Grundlage der Krankenhausreform auf Bundesebene werden. Darauf haben sich Bund und Länder am 10. Juli 2023 in Berlin verständigt.



**A**us den Überlegungen in NRW entstand eine Krankenhausplanung auf Grundlage von Leistungsgruppen, mit der die Qualität der Versorgung verbessert und der ruinöse Wettbewerb um Patientinnen und Patienten, Fallzahlen und Personal beendet werden soll. Nicht jeder soll alles machen. Spezialisierung und Sicherung einer Krankenhausversorgung in der Fläche sind wesentliche Grundgedanken der NRW-Krankenhausreform.

Bereits im Jahr 2018 war klar, dass die Planung auf Grundlage von Betten ausgedient hat. Nur: Wie kann man die Strukturen einer gewachsenen Krankenhauslandschaft mit rund 330 Krankenhäusern und sechs Universitätskliniken im bevölkerungsreichsten Bundesland besser steuern und auf die Zukunft vorbereiten? Wie bekommt man es geregelt, dass sich Patientinnen und Patienten darauf verlassen können, dass ein Krankenhaus die für die Behandlung einer Erkrankung erforderliche personelle und apparative Ausstattung vorhält und genügend Expertise vorhanden ist? Und welche Leistungen werden in den Krankenhäusern derzeit angeboten? Wie soll die Krankenhausplanung der Zukunft aussehen, wenn das Bett als Planungsgröße ausgedient hat?

Um diese Fragen zu klären, beauftragte das Gesundheitsministerium NRW unter Leitung von Minister Karl-Josef Laumann 2018 ein Gutachterteam. Die Bestandsaufnahme war im Herbst 2019

abgeschlossen. Die Gutachter hatten sich die Krankenhausplanung im Kanton Zürich angesehen und vorgeschlagen, auch in NRW Leistungsbereiche und Leistungsgruppen einzuführen. Die Grundidee war dabei, vor allem für medizinisch komplexe und oft auch finanziell attraktive medizinische Leistungen konkrete, überprüfbare Qualitätsvorgaben beispielsweise hinsichtlich der personellen und apparativen Ausstattung sowie für die Erreichbarkeit festzulegen und ein System aus Leistungsgruppen zu entwickeln, das die ärztliche Weiterbildung ermöglicht.

### Einbeziehung der Praxis

Von Anfang an war klar, dass der Vorschlag der wissenschaftlichen Gutachter nicht die Blaupause für eine Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes und des Krankenhausplans sein kann, sondern dass zunächst die Expertise der Praktiker gefragt ist. Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sind grundsätzlich nicht einfach. Krankenhäuser gehören zu den wichtigsten Einrichtungen der Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene. Die Strukturen sind häufig über Jahrhunderte gewachsen, Krankenhäuser sind oft der größte Arbeitgeber am Ort. Deshalb ist es nicht nur eine Frage von Emotionen, wenn ein Krankenhaus schließt. Und gerade deshalb ist es wichtig, die Praxis frühzeitig in Strukturveränderungen einzubeziehen. Wir haben deshalb „die klügsten Köpfe“ an einen Tisch geholt und die Krankenhausgesellschaft, die beiden Ärztekammern, die Krankenkassen, die kommunalen Spitzenverbände, die Kirchen, die Pflege und Patientenvertreter eng in den Arbeitsprozess eingebunden. Aus heutiger Sicht muss man sagen, dass es eine richtige Entscheidung war, die wesentlich zur Akzeptanz der neuen Planungssystematik beitrug. Dutzende gemeinsame Arbeitsgruppensitzungen brachten gegenseitiges Verständnis und Vertrauen hervor. Am Ende stand ein pragmatischer Krankenhausplan NRW mit 60 somatischen und vier psychiatrischen Leistungsgruppen, der einvernehmlich im gesetzlich vorgeschriebenen Landesausschuss für Krankenhausplanung NRW verabschiedet wurde.

Der hohe fachliche Zuspruch für den neuen Krankenhausplan führte letztendlich auch dazu, dass der Landtag der Landesregierung 2,5 Milliarden Euro zur Umsetzung des neuen Krankenhausplans zur Verfügung stellt. Damit kann das Land Kosten des Transformationsprozesses unterstützen. Der neue Krankenhausplan schafft rechtliche

Verbindlichkeit, die Haushaltsmittel sind für die Krankenhäuser ein hoher Anreiz, Strukturveränderungen zu wagen.

## Wir können feststellen, dass seit 2019 etwas in Bewegung geraten ist.

Aber auch unabhängig von diesem Geld können wir feststellen, dass seit 2019 etwas in Bewegung geraten ist. Krankenhäuser reden miteinander und treffen Absprachen, auch dort, wo man es nicht erwartet hätte. Seit Herbst 2022 laufen auch offiziell die Verhandlungen zu den sogenannten regionalen Planungskonzepten. Das Land

übernahm im Mai 2023 die Federführung von den Krankenkassen. Bis Ende 2024 sollen alle Krankenhäuser in NRW einen neuen Feststellungsbescheid erhalten und damit verbindlich wissen, welche Leistungsgruppen sie zukünftig anbieten dürfen.

Als wir 2019 mit der Arbeit am neuen Krankenhausplan begonnen haben, war nicht absehbar, dass sich im Jahr 2023 auch ein historisches Zeitfenster öffnet, um die Krankenhausfinanzierung auf Bundesebene zu reformieren. Dass sich Bund und Länder im Juli 2023 auf Eckpunkte zur Reform der Krankenhausfinanzierung verständigten, ist sozusagen ein „Glücksfall“ für die Krankenhausplanung in NRW. Unsere Leistungsgruppen entfalten eine größere Wirkung, wenn sie durch eine Reform der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser flankiert werden. Es ist auch großartiges Lob für alle Beteiligten, dass unsere Vorarbeit in NRW nun die Reform auf Bundesebene und Grundlage für einen wesentlichen Teil der Krankenhausplanung in ganz Deutschland sein wird. Die hier mit der Praxis erarbeiteten somatischen Leistungsgruppen werden, ergänzt um fünf weitere Leistungsgruppen, neben der Vorhaltekostenfinanzierung den eigentlichen Kern der Bundeskrankenhausreform darstellen. Die Länder behalten die Planungshoheit und erhalten ein Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Ähnlich wie in NRW soll ein gesetzlicher Leistungsgruppen-Ausschuss eingerichtet werden, geleitet von Bund und Ländern, in dem die Bundesärztekammer, Vertreter der Pflege, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vertreten sind, damit auch auf Bundesebene die Praxis eng und frühzeitig eingebunden wird. Damit wird die Krankenhausreform auf Bundesebene sehr deutlich auch die Handschrift Nordrhein-Westfalens tragen. ■



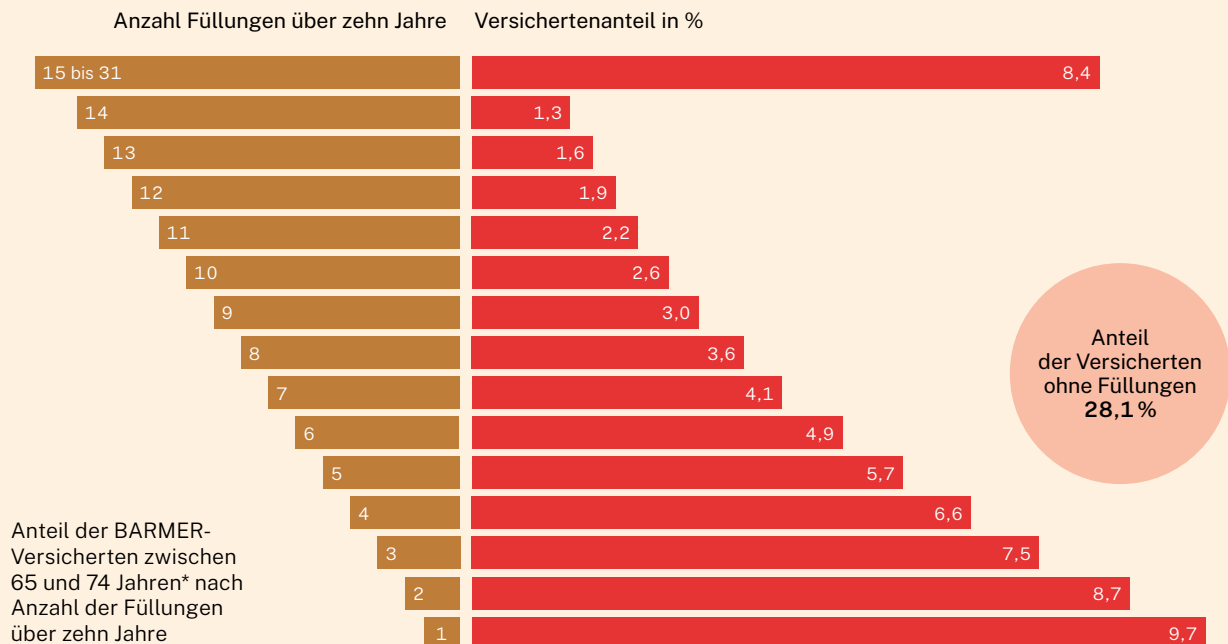
**Helmut Watzlawik** ist Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

# Mehr Zahnprophylaxe und Prävention für Risikogruppen

**BARMER** Die Häufigkeit von Zahnbehandlungen ist bei Erwachsenen sehr ungleich verteilt. Das geht aus dem aktuellen Zahnreport der BARMER hervor. Demnach werden bei den oberen zehn Prozent der erwachsenen Versicherten zwischen 25 und 74 Jahren zum Teil sehr viele Füllungen gelegt. Bei einer durchschnittlichen Patientin oder einem durchschnittlichen Patienten dieser Gruppe waren es innerhalb von zehn Jahren beispielsweise etwa 18 Füllungen. Im obersten Prozent waren es sogar 35 Füllungen. „Der Zahnreport zeigt auf, dass die individuelle Mundgesundheit in Deutschland im Langzeitverlauf sehr heterogen ist. Denn die obersten zehn Prozent der Versicherten weisen einen hohen zahnmedizinischen Therapiebedarf auf. Damit Prävention und Prophylaxe dort wirken können, müssen diese an den individuellen Bedarf angepasst sein“, sagte der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. med. Christoph Straub. Zwar sei die Mundgesundheit der Menschen in Summe gut, zugleich aber sollten die Verbesserungspotenziale in der Vorsorge für die etwa zehn Prozent der Patientinnen und Patienten mit der höchsten Krankheitslast und einem kontinuierlichen Therapiebedarf stärker ausgeschöpft werden. *pm*

→ [barmer.de](http://barmer.de) → [t1p.de/xy7uk](http://t1p.de/xy7uk)

## Kleine Patientengruppen brauchen besonders viele Füllungen



Quelle: BARMER-Zahnreport 2023

\*Altersangabe bezieht sich auf 2012

## Hautkrebs-Fälle gestiegen



**HKK** Im Jahr 2022 waren 13,7 Prozent mehr Versicherte wegen Hautkrebs in Behandlung als noch vor zehn Jahren. Das zeigt die Analyse von ambulanten Abrechnungsdaten von rund 833.000 Versicherten der hkk Krankenkasse. Insgesamt waren 1,7 Prozent aller hkk-Versicherten im Jahr 2022 von Hautkrebs betroffen. Davon hatten 0,4 Prozent ein malignes Melanom (schwarzen Hautkrebs) und 1,3 Prozent hellen Hautkrebs. Am bösartigen schwarzen Hautkrebs erkrankten in den vergangenen zehn Jahren rund 18 Prozent mehr hkk-Versicherte. Beim hellen Hautkrebs (Basalzell- und Stachelzellkarzinom) stiegen die Erkrankungen im selben Zeitraum um 14 Prozent. Der sicherste Schutz, unabhängig von allen anderen Risiken für die Entstehung von Hautkrebs, besteht darin, übermäßige Sonneneinwirkung im gesamten Lebensverlauf zu vermeiden. *pm*

→ [hkk.de](https://www.hkk.de) → [t1p.de/4glttd](https://www.t1p.de/4glttd)

## Stress als Treiber von Herzdiagnosen ernst nehmen



**TK** Wie der Gesundheitsreport 2023 der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt, ist mehr als jede und jeder dritte Studierende Burnoutgefährdet. „Studierende haben bisher immer zu der Bevölkerungsgruppe gehört, der es gesundheitlich überdurchschnittlich gut geht. Das hat sich geändert.“

Die Studie zeigt, dass die Gesundheit der Studierenden sich deutlich verschlechtert hat und jetzt auf dem Niveau aller Erwachsenen liegt“, erklärt TK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jens Baas. *pm*

→ [tk.de](https://www.tk.de)

→ [t1p.de/ho5d1](https://www.t1p.de/ho5d1)



**KKH** Klimakrise und Inflation, Ärger am Arbeitsplatz, Streit in der Familie, Mobbing in sozialen Medien: Immer mehr Menschen stehen unter Druck. Laut einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse fühlen sich 84 Prozent der 18- bis 70-Jährigen zumindest gelegentlich gestresst, 43 Prozent sogar häufig oder sehr häufig. Das Alarmierende: Die Belastung nimmt offenbar zu. So hat gut jede/r zweite Befragte das Gefühl, dass das Leben in den vergangenen ein bis zwei Jahren anstrengender und stressiger geworden ist. Daten der Ersatzkasse zeigen zudem, dass bei Versicherten mit kardiovaskulären Diagnosen, sprich Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße wie beispielsweise Bluthochdruck, Angina Pectoris und Herz-Rhythmusstörungen, der Anteil der Patient:innen mit stressbedingten psychischen Leiden um rund ein Viertel höher ist als im Allgemeinen. *pm*

→ [kkh.de](https://www.kkh.de) → [t1p.de/icxpy](https://www.t1p.de/icxpy)



**DAK** Ein Fünftel der Deutschen hatte 2023 bereits Gesundheitsprobleme durch extreme Hitze. Bei den Über-60-Jährigen war sogar ein Viertel betroffen. Das zeigt der aktuelle Hitzereport der DAK-Gesundheit. **Laut forsa-Umfrage im Auftrag der Krankenkasse machen Hitzewellen und Extremwetter zwei Drittel der Menschen große Sorgen.**

Klare Erwartungen richten die Befragten an Politik und Verwaltung: 72 Prozent sind der Meinung, es müsse mehr zum Schutz der Bevölkerung vor extremer Hitze getan werden. *pm*

→ [dak.de](https://www.dak.de)

→ [t1p.de/33jow](https://www.t1p.de/33jow)



# Mehr Preis- transparenz bei Arzneimitteln

Text von **Dr. Ghainsom Kom** und **Tim Steimle**

Arzneimittel sind der zweitgrößte Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). **Patentgeschützte Arzneimittel** sind seit Jahren die Preis- und Ausgabentreiber im Arzneimittelbereich. Für die Versichertengemeinschaft bedeutet dies, viel Geld für Arzneimittelinnovationen aufzubringen, die jedoch oftmals gar keine echten Innovationen sind.



**Dr. Ghainsom Kom** ist Mitglied im Team Arzneimittel-Verordnungssteuerung bei der TK



**Tim Steimle** ist Leiter des Fachbereichs Arzneimittel bei der TK

**D**ie Ausgaben der GKV für neue und damit patentgeschützte Arzneimittel haben sich innerhalb von fünf Jahren fast verdoppelt. Das ist ein Ergebnis des neuen Reports „Arzneimittel-Fokus – Pillen, Preise und Patente“, den die Techniker Krankenkasse (TK) gemeinsam mit dem aQua-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) erstellt hat. Lagen die Bruttoausgaben für patentgeschützte Arzneimittel im Jahr 2018 noch bei rund 14,6 Milliarden Euro, gab die GKV im Jahr 2022 rund 28 Milliarden Euro aus – das entspricht fast der Hälfte der Arzneimittelausgaben insgesamt. Dabei machen patentgeschützte Arzneimittel jedoch lediglich rund sechs Prozent des Gesamtverbrauchs aus. Dies verdeutlicht die Schere der Preise zwischen generischen und patentgeschützten Arzneimitteln.

Doch wie sind angesichts des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) und der Erstattungsbetragsverhandlungen derartige Preise nach wie vor möglich? Dieser Frage geht der Report



**Lagen die Bruttoausgaben für patentgeschützte Arzneimittel im Jahr 2018 noch bei rund 14,6 Milliarden Euro, gab die GKV im Jahr 2022 rund 28 Milliarden Euro aus.**

ebenfalls nach und zeigt Marktstrategien auf, wie die Pharmaindustrie den Patentschutz möglichst lange aufrechterhält, um von der damit verbundenen Marktexklusivität und den hohen Preisen zu profitieren.

Diese Strategien sind zwar legal, doch angesichts des steigenden Kostendrucks und des nicht immer nachgewiesenen Zusatznutzens für die Patientinnen und Patienten muss die Frage gestellt werden, ob sie in einem solidarisch finanzierten System möglich sein sollten.

#### Verschiedene Marktstrategien

Als Beispiel für diese Strategien findet sich zum Beispiel die Nicht-Zulassung des bekannten Wirkstoffes Rituximab für die neue Indikation Multiple Sklerose (MS). Als sich in ersten Studien zeigte, dass Rituximab, welches bereits lange in der Krebsbehandlung zugelassen war, auch gegen

MS wirkt, gab der Hersteller keine weiteren Studien für eine Zulassung in der Indikation MS in Auftrag.

Stattdessen brachte derselbe Hersteller etwas später einen leicht abgewandelten Wirkstoff (Ocrelizumab) neu auf den Markt, der dann im Gegensatz zu Rituximab dem Patentschutz unterlag.

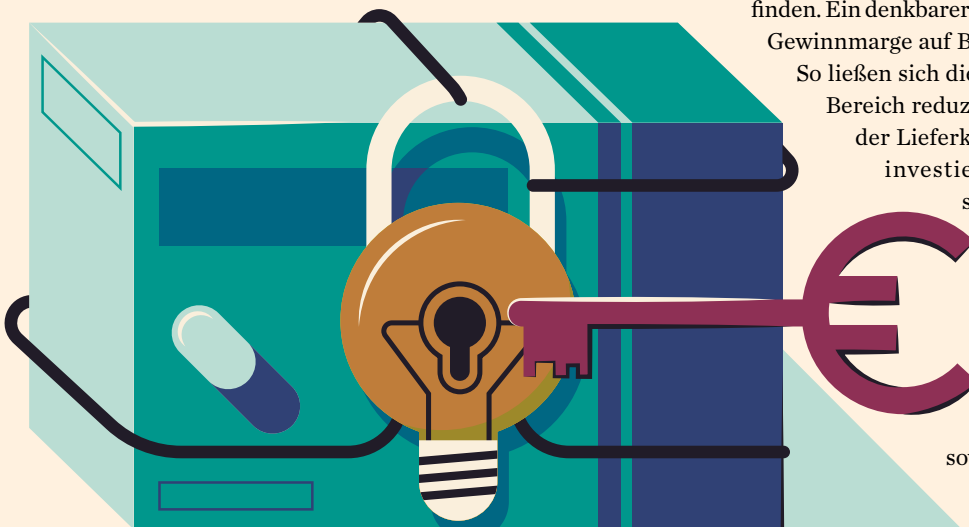
Eine weitere Marktstrategie ist das sogenannte Evergreening, bei dem durch geringfügige Änderungen die Patentdauer eines Arzneimittels verlängert wird. Die Wirksamkeit wird dadurch jedoch nicht wesentlich verändert oder gar verbessert. Als typische Beispiele finden sich kleinste Veränderungen an einzelnen Molekülen oder die Änderung der Darreichungsform. Statt in die Vene wird unter die Haut gespritzt, der Wirkstoff bleibt dabei gleich und die Neuerung kommt kurz vor Patentablauf auf den Markt – natürlich mit neuem Patentschutz und damit verbundenen Markt- und Preisvorteilen.

Besonders hohe Preissteigerungen zeigen sich bei der Strategie, ein Medikament, das für die Behandlung einer Krankheit zugelassen ist, vom Markt zu nehmen, um es dann für eine andere Indikation wieder auf den Markt zu bringen – und das zum Vielfachen des ursprünglichen Preises. So stieg der Preis für den Wirkstoff Alemtuzumab um das 42-fache, der des Wirkstoffes Ofatumumab um das 23-fache. Beide Wirkstoffe waren zunächst zur Behandlung von Krebs zugelassen und kamen dann als Arzneimittel zur Behandlung von MS auf den Markt.

Doch wie lassen sich diese ungerechtfertigten Preise verhindern und gleichzeitig echte Innovationen und therapeutischer Fortschritt angemessen honorieren? Da das AMNOG nicht ausreichend schützt, braucht es ergänzende Ansätze. Die tatsächlichen Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionskosten müssen dringend transparenter werden und in den Arzneimittelpreisen Berücksichtigung finden. Ein denkbarer Ansatz wäre die Deckelung der Gewinnmarge auf Basis der tatsächlichen Kosten.

So ließen sich die Preise im patentgeschützten Bereich reduzieren, sodass in die Sicherheit der Lieferketten im generischen Bereich investiert werden könnte. Zudem sollte die Geheimhaltung der Preise im patentgeschützten Bereich in Erwägung gezogen werden. In jedem Fall bedarf es einer grundsätzlichen gesellschaftlichen Diskussion um das Thema „Arzneimittelpreise“ sowie entsprechender politischer Lösungen. ■

→ [t1p.de/m015i](http://t1p.de/m015i)







## Urlaub für pflegende Angehörige

Die Pflege von Angehörigen braucht viel Kraft und Durchhaltevermögen. Die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege können pflegende Angehörige entlasten und sind innerhalb eines Jahres nutzbar. Bei der **Verhinderungspflege kann eine pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 vertraute Menschen oder einen Pflegedienst als Ersatz für die abwesende Pflegeperson beauftragen**, sofern sie von dieser bereits ein halbes Jahr in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Dafür stellen die Pflegekassen bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für bis zu sechs Wochen zur Verfügung. Bei der Kurzzeitpflege wird die pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut. Dafür zahlt die Pflegekasse bis zu 1.774 Euro für längstens acht Wochen im Kalenderjahr. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Einrichtung werden nicht von der Pflegekasse übernommen. Die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege können auch aufgrund einer Erkrankung oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für die Pflege genutzt werden. *pm*



Die Hitzebelastung in Deutschland hat in den letzten Jahren stetig und für alle spürbar zugenommen, damit einhergehend auch die gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung. Da pflegebedürftige Menschen zur Hochrisikogruppe für hitzeassoziierte Erkrankungen und Todesfälle gehören, stehen nach Aussage von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach unter anderem Pflegeeinrichtungen bei der Versorgung der ihnen anvertrauten Menschen in der Sommerzeit vor zusätzlichen Herausforderungen. **Um Pflegekräfte in ihrer wichtigen Arbeit zu unterstützen, stellt das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen seiner 2020 ins Leben gerufenen Initiative „Pflegenetzwerk Deutschland“ gebündelt Informationen zum Hitzeschutz in der Pflege zur Verfügung.** Dort finden sich unter anderem Wissenswertes rund um den Umgang mit Hitzewellen und Klimaschutz sowie konkrete praktische Arbeitshilfen für die berufliche Tätigkeit, die speziell für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste aufbereitet sind. *ake*  
→ [t1p.de/8h9e8](https://t1p.de/8h9e8)

 **@vdek\_Presse** Gut, dass #Mindestmenge für Frühgeburten 2024 wie geplant steigt. Mindestmengen sind bewährtes Instrument für hohe #Versorgungsqualität. Zusätzlich wäre Mindestmenge für Geburten insgesamt sinnvoll – kann helfen, Kindersterblichkeit und Kaiserschnitttrate zu senken.

 **@vdek\_Presse** Studienprotokoll veröffentlicht. Wichtiger Schritt bei der Evaluierung von #ALIVE. Das #Innovations|fondsprojekt der #Ersatzkassen hat das Ziel, die Impfquoten bei Menschen ab 60 zu verbessern. @Zi\_Berlin @unioldenburg @AnsmannLena @kbv4u

## Was tun bei Quallenkontakt?

**PODCAST** Die meisten Menschen verbinden ihre Urlaubsreisen mit schönen Erlebnissen, Entspannung, sportlicher Aktivität, Badevergnügen und grandiosen Landschaften. Doch mitunter können Krankheiten und Unfälle am Urlaubsort das Ferienglück eintrüben. Was in die Reiseapotheke gehört und welche Selbsthilfemaßnahmen bei Magen-Darm-Infekten oder auch bei Quallenkontakt helfen, wird in der Folge „Krank im Urlaub? Erste Hilfe und Prävention“ des FOCUS-Gesundheitspodcasts „Auf Herz und Nieren“ geklärt. Mit von der Partie ist der Reise- und Tropenmediziner Dr. Markus Frühwein, der im Gespräch mit den Medizinredakteurinnen Andrea und Eva zahlreiche Tipps für eine sichere Reise gibt und über wichtige Impfungen für ferne Reiseländer aufklärt. tag → [t1p.de/5wlpq](https://t1p.de/5wlpq)



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



Weitere aktuelle Fachliteratur → [vdek.com/buecher](https://vdek.com/buecher)

### Gesundheitliche Ungleichheiten

Es geht um die Gesundheitschancen von LGBTQ+-Personen in der Schweiz im Vergleich zur übrigen Bevölkerung. Betrachtet werden Bereiche wie psychische und sexuelle Gesundheit, Diskriminierung und Gewalterfahrungen, Barrieren in der Gesundheitsversorgung und Substanzkonsum. Die Studie bildet den aktuellen Forschungsstand ab und gibt Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheit von LGBTQ+-Personen.

Paula Krüger, Andreas Pfister, Manuela Eder, Michael Mikolasek | **Gesundheit von LGBTQ+-Personen in der Schweiz** | 2023, 276 S., € 64 | Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

### Unterstützung für den Familienalltag

Körpergefühl, Motorik und Konzentration sind Fähigkeiten, die in der kindlichen Entwicklung eine entscheidende Rolle spielen. Wenn diese Fähigkeiten aus dem Gleichgewicht geraten, können Streit und Stress entstehen. Dieser Ratgeber zeigt, inwiefern die Wahrnehmung die Ursache für Konflikte sein kann und wie Eltern ihr Kind dabei unterstützen können, sich optimal zu entwickeln.

Inke Hummel | **Mit allen Sinnen wachsen. Körpergefühl – Motorik – Konzentration – Miteinander. Wie du die Superkraft der Wahrnehmung unterstützt** | 2023, 240 S., € 22 | humboldt, Hannover

# PS: Schöne neue Pflanzenwelt

Die positive Wirkung von Pflanzen auf ihre Umgebung ist allgemein bekannt. Dass aber auch virtuelle Pflanzen die geistige Produktivität, die Gedächtnisleistung und das Wohlbefinden von Menschen steigern sollen, ist bemerkenswert. Herausgefunden hat dies ein internationales Team des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung unter Leitung des Fachbereichs Informatik der Universität Hamburg. Die Studienteilnehmenden schnitten bei Anwesenheit virtueller Pflanzen sowohl bei Aufgaben für das Kurzzeitgedächtnis als auch bei Kreativitätsaufgaben deutlich besser ab als Personen, die keine Pflanzen in den virtuellen Büros hatten. Werden wir also demnächst in virtuellen Büros arbeiten, die wie Gewächshäuser aussehen und in denen Bürostühle und -tische in Pflanzeninseln Platz finden? Und in denen Produktivität eine ganz neue Dimension bekommt? Eines ist klar: Ein Leben ohne echte Pflanzen ist weder vorstellbar noch möglich. Bei aller Digitalisierung sollten wir weiter im Einklang mit der Natur leben.

*Ihre Redaktion*



## IMPRESSUM

*ersatzkasse magazin.*

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

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

**Gesamtverantwortung** Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

**Redaktionsleitung**  
Annette Kessen

**Redaktion** Dr. Tanja Glootz,  
Matthias Wannhoff

**Kontakt**  
Askanischer Platz 1 10963 Berlin  
Tel. 0 30/2 69 31-12 05  
Fax 0 30/2 69 31-29 00  
redaktion@vdek.com  
vdek.com/magazin  
[@vdek\\_Presse](#)

**Layout** Festland Berlin GbR  
festland-berlin.de

**Illustrationen**  
Anton Hallmann | Sepia  
(Titel, S. 4/5, 16, 36/37, 46/47)  
antonhallmann.com

**Druck & Versand** DRUCKZONE,  
Cottbus; siblog, Dresden

**Erscheinungsdatum**  
August 2023 | 103. Jahrgang  
*ersatzkasse magazin.* erscheint  
sechs Mal im Jahr.

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 4: Nicolay Kazakov | S. 6: nadia\_bormotova/iStock/Getty Images Plus | S. 7: Arlett Mattescheck\_Thomas Hedrich | S. 9: vdek/Sibylle Malinke; Sibylle Reichert | S. 10: AIM | S. 13: privat | S. 14: vdek/Nicole Janke | S. 15: privat | S. 17: vdek/Georg J. Lopata | S. 20: vdek/Tobias Mayer; privat | S. 21: privat | S. 24: AIM | S. 25: vdek/Jörg Brekeller | S. 26: vdek/Claudia Beutmann; alvarez/iStock/Getty Images | S. 27: vdek/Sarah Dreis; vdek | S. 28: vdek/Simon Kopelke | S. 29: www.bestechend.de; Fraktion GRÜNE im Landtag von Baden-Württemberg | S. 30: Nikolay Kazakov | S. 31: Nikolay Kazakov | S. 33: Nikolay Kazakov | S. 35: vdek/Georg J. Lopata | S. 39: vdek/Georg J. Lopata | S. 42: upixa/iStock/Getty Images Plus | S. 43: privat | S. 45: tomczykbartek/iStock/Getty Images E+; Jay Yuno/iStock/Getty Images E+ | S. 46: TK | S. 48: SilviaJansen/ iStock/Getty Images Plus E+ | S. 49: FOCUS Gesundheit | S. 50: Takoyaki Tech/iStock/Getty Images Plus

## DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 400 Beschäftigten sowie mehr als 30 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

### vdek-Zentrale

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

### Baden-Württemberg

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

### Bayern

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

### Berlin/Brandenburg

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

### Bremen

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

### Hamburg

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

### Hessen

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

### Mecklenburg-Vorpommern

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

### Niedersachsen

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



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

### Nordrhein-Westfalen

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

### Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

### Rheinland-Pfalz

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

### Saarland

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

### Sachsen

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

### Sachsen-Anhalt

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

### Schleswig-Holstein


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

### Thüringen

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

# vdek online

vdek.com

 @vdek\_Presse



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