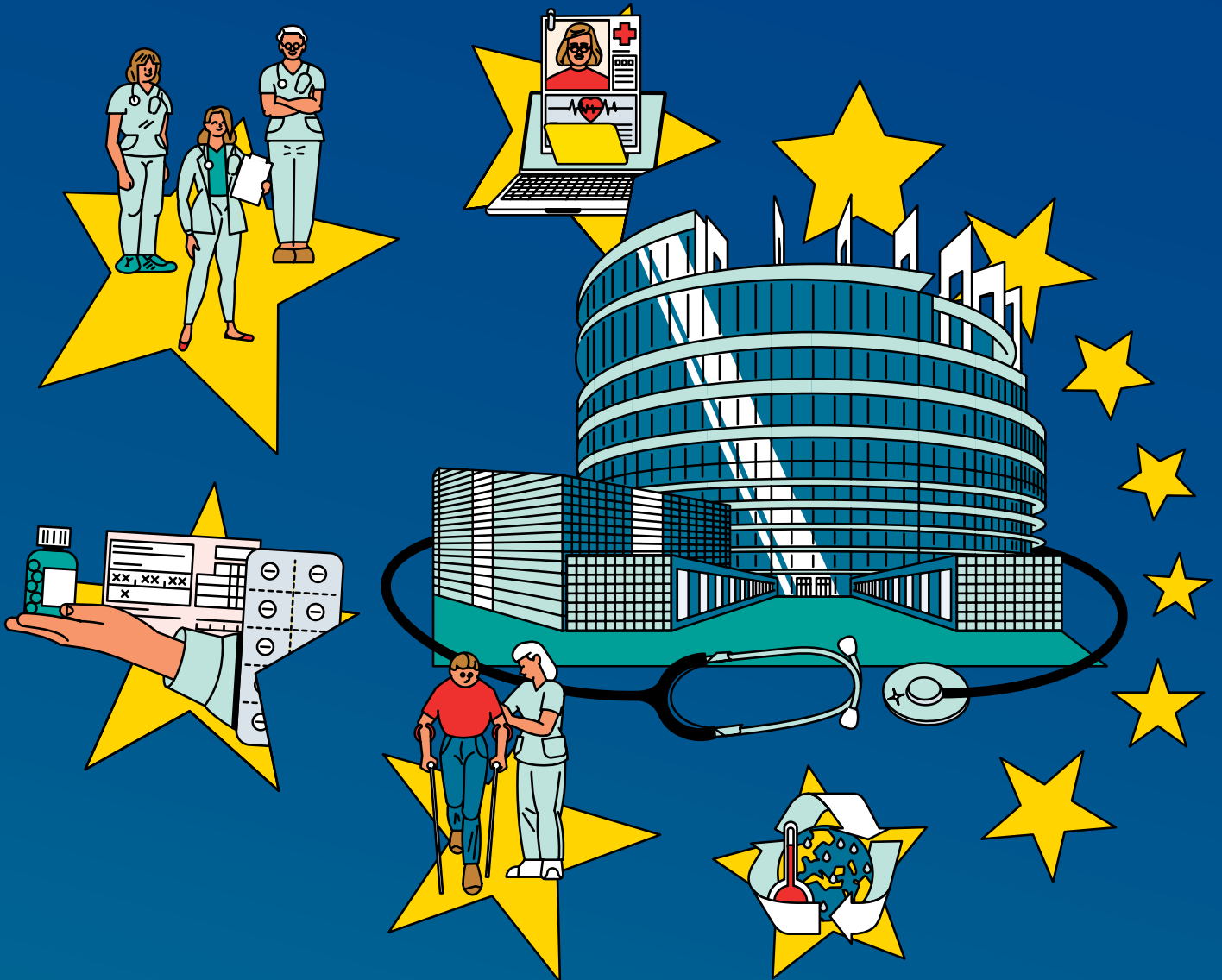


ersatzkasse magazin.

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

G 20634

4. AUSGABE 2024



Gesundheit in der EU

Europa wächst
auch mit Blick auf
die Versorgung
zusammen

»Wir müssen die Strukturen optimieren«

Prof. Dr. Michael Hallek
vom Sachverständigenrat
Gesundheit & Pflege
im Interview

GKV-Finanzlage weiterhin angespannt

Zusätzliche
Belastungen durch
gesundheitspolitische
Gesetzesvorhaben

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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

BARMER

BARMER

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

KKH

KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk Krankenkasse

28185 Bremen
Tel.: 04 21/36 55-0
Fax: 04 21/36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de
✉ @hkk_Presse
📍 hkk Krankenkasse



HEK – Hanseatische Krankenkasse

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

✉ @vdek_Presse Von der @gematik1 zur Digitalagentur:
Kabinett hat das #GDAG verabschiedet. Es soll Telematik-
infrastruktur nutzerfreundlicher aufstellen. Ziel ist richtig,
aber App-Entwicklung und -Betrieb sollten Krankenkassen
beauftragen.

✉ @vdek_Presse Notfall Rettung – Recherche von @SWRdata
zeigt deutliche Qualitätsunterschiede innerhalb des Rettungs-
dienstes. Das verdeutlicht: Reform der #Notfallversorgung muss
#Rettungsdienst mitdenken. Entwurf #NotfallGesetz greift
bislang zu kurz!



EDITORIAL

Finanzierung in den Blick nehmen

Es ist parlamentarische Sommerpause, doch die „Gesetzesoffensive“ des Bundesgesundheitsministers ist noch lange nicht zu Ende. Die beiden Großprojekte Krankenhausreform und Notfallreform wurden im Kabinett beschlossen, doch bei beiden gibt es noch viel Änderungsbedarf. So sollte bei der Notfallreform dringend auch der Rettungsdienst mitreformiert werden, denn viel zu viele Menschen landen unnötigerweise zum Beispiel mit einer sozialen Indikation im Krankenhaus, wie Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit & Pflege, im Interview bemängelt. So könnten viel Personal und Kosten eingespart werden. Der viel beschworene Fachkräftemangel muss deshalb relativiert werden. Fast völlig unbeachtet bleibt bei dem Reformeifer der Politik die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die wegen der teuren Gesundheitsgesetzgebung dramatisch verläuft. Bereits im 1. Quartal 2024 hat die GKV ein Defizit von 776 Millionen Euro eingefahren. Einige Krankenkassen sahen sich schon gezwungen, ihre Beitragssätze unterjährig anzupassen, 2025 werden weitere folgen. Diese Entwicklung sollte die Politik endlich wachrütteln. Nach der Europawahl blicken wir derweil gespannt nach Brüssel. Mehrere gesundheitspolitische Großthemen stehen auf der Agenda des neuen EU-Parlaments, darunter Datenaustausch, Arzneimittel und Klimaschutz. Unter anderem wird mit dem Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) der Weg frei gemacht für eine verbesserte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: eine große Vereinfachung für mobile Versicherte und ein starkes Zeichen für Europa.

Einen schönen Sommer wünscht Ihre

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) läuft in eine finanzielle Schiefelage. Der neue Bericht einer interministeriellen Arbeitsgruppe beschreibt verschiedene Finanzierungsoptionen. Darauf müssen politische Lösungen folgen.

→ Mehr dazu auf Seite 12

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht schwerstkranken und sterbenden Menschen ein würdevolles Leben in ihrer häuslichen Umgebung. Ein verbindlicher Rahmenvertrag schafft Versorgungssicherheit und Transparenz.

→ Mehr dazu auf Seite 22

10

GKV-Finanzlage weiterhin sehr angespannt

POLITIK & VERSORGUNG Für das aktuelle Jahr und für 2025 zeichnen sich große finanzielle Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ab. Zusätzliche finanzielle Belastungen entstehen für die GKV durch laufende gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben wie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und Medizinforschungsgesetz (MFG). Politisches Umdenken ist daher dringend notwendig.

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



30

Gesundheit in der EU

SCHWERPUNKT Europa wächst auch im Gesundheitsbereich zusammen. Dank der leistungsstarken Gesundheitssysteme in der EU und der europäischen Koordinierung der Sozialversicherungssysteme können sich mobile Versicherte bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit auf eine gute Absicherung verlassen. Auch für andere gesundheitspolitische Herausforderungen wie die Reform des EU-Arzneimittelrechts braucht es europäische Antworten.





15

»Wir müssen die Strukturen optimieren«

INTERVIEW Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege setzt sich in seinem aktuellen Gutachten mit Fachkräften im Gesundheitswesen auseinander. Um den Problemen beim Fachkräftebedarf entgegenzuwirken, sei es notwendig, den Arbeitsbereich der Fachkräfte zu verbessern, die Nachfrage nach Fachkräften zu verringern und das System strukturell weiterzuentwickeln, betont Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Sachverständigenrats, im Interview mit *ersatzkasse magazin*.

AKTUELL

- 6 Steigende Weltbevölkerung
- 7 Personalien
- 8 Aus dem G-BA
- 9 vdek-Mitgliederversammlung

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 GKV-Finzen
- 12 Finanzierung der Pflege
- 14 Eigenbeteiligung steigt weiter
- 15 Interview: Prof. Dr. Michael Hallek
- 20 Chancen der Ambulantisierung nutzen
- 22 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 24 #regionalstark
- 29 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 32 Gesundheitssysteme im Vergleich
- 36 Europawahl 2024
- 37 Drei Fragen: Beatrice Kluge
- 38 Reform des EU-Arzneimittelrechts
- 40 Leistungsstarke Gesundheitsversorgung

ERSATZKASSEN

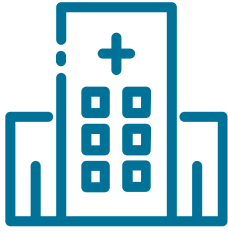
- 42 Was hält die Generation 50+ im Job?
- 43 Kosten für Arzneimittel steigen weiter an
- 44 Heilmittel-Ausgaben der GKV
- 45 Klettern statt Cannabis
- 46 Schaden in Millionenhöhe

VERMISCHTES

- 48 Zufriedenheit mit der Arbeit
- 49 Podcast: Wie Musik unsere Gefühle beeinflusst
- 50 PS: Kurzer Klick zum Wohlbefinden
- 50 Impressum

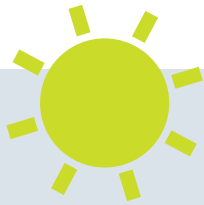
Steigende Weltbevölkerung trotz Rückgang der Geburten

Das Geburtenniveau sinkt und doch wächst die Weltbevölkerung weiter. Weltweit bekommen Frauen heute durchschnittlich ein Kind weniger als noch im Jahr 1990, wie aus der Vorausberechnung der Vereinten Nationen (UN) hervorgeht. Gegenwärtig haben Frauen weltweit im Durchschnitt 2,2 Kinder. Dennoch dauert es aufgrund der Trägheit demografischer Prozesse bis 2084, bevor die Weltbevölkerung bei knapp über zehn Milliarden Menschen ihr Maximum erreicht. Danach wird erwartet, dass die sinkende Zahl an Geburten durch die wachsende Zahl an Sterbefällen überholt wird und die Weltbevölkerung nicht nur altert, sondern auch zu schrumpfen beginnt. Für den Anstieg der absoluten Zahl der Menschen weltweit gilt Subsahara-Afrika als Schlüsselregion. Dort liegt das Geburtenniveau noch immer bei durchschnittlich 4,3 Kindern je Frau, was vor allem in der extrem jungen Altersstruktur begründet ist. In dieser Weltregion, wo über 40 Prozent der Menschen unter 15 Jahre alt sind, bekommen viele Mädchen immer noch sehr früh und in der Folge häufig mehr Kinder, als sie adäquat versorgen können. *pm*



Bereits im fünften Auszahlungsjahr beziehen bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum einen finanziellen Zuschlag, um hier die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Somit bekommen 121 bedarfsnotwendige Krankenhäuser

im Jahr 2025 eine pauschale Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). **Insgesamt werden 60,2 Millionen Euro zusätzlich zur normalen Krankenhausfinanzierung gezahlt.** Der Zuschlag für diese bedarfsnotwendigen Krankenhäuser wird auch dann ausgezahlt, wenn die entsprechenden Häuser kein Defizit haben. Krankenhäuser müssen die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 S. 2 SGB V erfüllen, um zuschlagsberechtigt zu sein. *pm*



1.500

DIE ZAHL Hitzschläge, Sonnenstiche und andere durch Hitze oder Sonnenlicht verursachte gesundheitliche Schäden führten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Durchschnitt der Jahre 2002 bis 2022 zu knapp 1.500 Krankenhausbehandlungen jährlich. Als direkte Todesursache lässt sich Hitze bei durchschnittlich 20 Fällen pro Jahr im selben Zeitraum allerdings selten feststellen.

pm

Übernahme der Abteilungsleitung

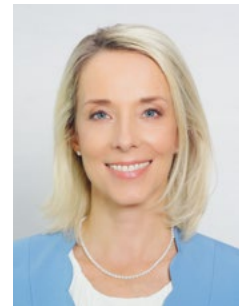


Zum 1. Juli 2024 hat **Antje Kapinsky**, bisher Referatsleiterin und stellvertretende Abteilungsleiterin der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), die Leitung der Abteilung übernommen. Sie erhielt damit den Staffelstab von Dr. Jörg Meyers-Middendorf, der

nach 16 Jahren erfolgreichem Einsatz für den Verband und seine Mitglieds-kassen aus Altersgründen aus-schied. Bevor die studierte Politik- und Staatswissen-schaftlerin im November 2022 beim vdek ihre Arbeit aufnahm, war sie nach Stationen beim Deutschen Bundestag, der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) langjährig als Fachleiterin Gesundheitspolitik bei der Techniker Krankenkasse (TK) tätig. Sie engagiert sich zudem in der 2018 von ihr mitgegründeten Initiative „Spitzen-frauen Gesundheit“. *pm*

Bestätigung als Vorstandsmitglied

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat **Stefanie Stoff-Ahnis** für weitere sechs Jahre als Mitglied des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes bestätigt. Stoff-Ahnis verantwortet seit ihrer ersten Wahl in den Vorstand vor fünf Jahren die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung



sowie Arznei- und Heilmittel. Darüber hinaus wurde beschlossen, dass sie ab dem 1. Juli 2024, zunächst bis zum Ende der aktuellen Wahlperiode, Gernot Kiefer als Nachfolgerin im stellvertretenden Vorstandsvorsitz folgt. Kiefer ging Ende Juni 2024 nach 13 Jahren im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes in den Ruhestand. *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Nebenwirkungen besser erfassen

Multiple Sklerose (MS) zählt zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems – allein in Deutschland sind über 250.000 Menschen betroffen. Der Innovationsausschuss beim G-BA fördert mehrere Projekte, bei denen diese Erkrankung im Fokus steht. Ein Projekt aus dem Bereich Versorgungsforschung konnte nun zeigen, dass auch Routinedaten die Erkenntnislage zu Nebenwirkungen von MS-Arzneimitteln verbessern können. Die Projektergebnisse werden daher an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weitergeleitet,

das prüfen soll, ob die Ergebnisse von der neuen zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle des BfArM genutzt werden können.


Zuständigkeiten der unparteiischen Mitglieder


In der ersten Sitzung der neuen Amtsperiode am 4. Juli wurden die fachlichen Zuständigkeiten der drei hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder festgelegt: Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, ist weiterhin für die Arbeitsbereiche „Arzneimittel“, „Bedarfsplanung“ und „Zahnärztliche Behandlung“ zuständig und leitet die entsprechenden Unterausschüsse. Karin Maag übernimmt wieder den Vorsitz der Unterausschüsse „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, „Disease-Management-Programme“, „Qualitätssicherung“ sowie „Post-Covid und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik“.

Dr. Bernhard van Treeck verantwortet die Leitung der Unterausschüsse „Methodenbewertung“, „Psychotherapie und psychiatrische Versorgung“ sowie „Veranlasste Leistungen“.

RSV-Prophylaxe bei Neugeborenen

Zur aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) einer Prophylaxe gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) bei Neugeborenen mit dem Wirkstoff Nirsevimab ist eine Klarstellung des G-BA erfolgt: Ein Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte kann in diesem Fall nicht durch die Schutzimpfungs-Richtlinie geregelt werden, da es nicht um eine klassische Schutzimpfung geht. Denn Nirsevimab ist kein Impfstoff gegen das RS-Virus, sondern ein monoklonaler Antikörper, dessen Gabe direkten Schutz bietet. *pm*

 **29.–30.08.2024** Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) lädt zu seiner Jahrestagung in das Universitätsklinikum Essen ein unter dem Motto „Mach mit! Für Patientensicherheit“. Es bietet Vertreter:innen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung Gelegenheit zum fachlichen Austausch und zur Fortbildung.
→ t1p.de/8tcot

 **02.09.2024** Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) setzt sich auf seiner digitalen Konferenz mit „Prävention und Gesundheitsförderung: gemeinsam weiterentwickeln und gestalten“ auseinander. In Vorträgen werden Ansätze zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung beleuchtet.
→ t1p.de/npa40



PRESSESCHAU

Pflegekosten

„Die Pflegeversicherung in Teilkasko stößt an ihre Grenzen. Stellschrauben gäbe es mehrere, die teils aber schmerzhaft Folgen mit sich bringen. [...] Hilfreich und rasch wirksam könnte es allerdings sein, pflegende Angehörige finanziell deutlich besser zu stellen. Das würde die Pflege daheim [...] deutlich stärken – und die Pflegegeheime entlasten.“

KÖLNISCHE RUNDSCHAU, 11. JULI 2024

Notfallreform #1

„Vorschriften des Bundes für die Länder [...] sind im deutschen Föderalismus immer eine Hochrisikokooperation. Ein Scheitern der Reform verbietet sich jedoch aus einem einfachen Grund. Denn in Deutschland sterben jeden Tag Menschen, weil unser System nicht richtig funktioniert. Mit der Notfall- und Rettungsdienstreform soll sich das ändern.“

TAGESSPIEGEL, 19. JULI 2024

Notfallreform #2

„Damit die Reform gelingt, kommt es vor allem auf zwei Dinge an: genug Personal [...] sowie Patienten, die sich besser steuern lassen – also nicht wegen jeder Kleinigkeit in die Notaufnahme kommen. Bisher steuern die sich im Grunde selbst. Der Rettungsdienst muss aber nicht wegen Nasenbluten und leichtem Fieber gerufen werden.“

MITTELDEUTSCHE ZEITUNG, 20. JULI 2024



Pflege solidarisch und generationengerecht finanzieren

Der Handlungsdruck mit Blick auf eine zukunftssichere Finanzierung ist groß. Die Ersatzkassen haben auf ihrer **vdek-Mitgliederversammlung** am 4. Juli 2024 die Politik aufgefordert, umgehend zu handeln und Lösungen auf den Weg zu bringen.

Die Ersatzkassen stehen für eine solidarisch und zukunftssicher finanzierte Pflegeversicherung, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit generationenübergreifend sozial absichert. Das bekräftigen sie in einem kürzlich vorgelegten Forderungspapier ([→ t1p.de/zq3wz](https://t1p.de/zq3wz)). Entsprechend betonte Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek: „Die Politik ist jetzt gefordert, die soziale Pflegeversicherung (SPV) als fünfte Säule der Sozialversicherung finanziell zukunftssicher aufzustellen.“ Er forderte schnell politische Lösungen, damit die SPV ihre Funktionsfähigkeit erhalte, die Beiträge nicht Jahr für Jahr weiter

die Politik ihre Zusagen eingehalten und für eine faire Lastenverteilung gesorgt hätte, so Klemens weiter. Dazu gehöre die im Koalitionsvertrag angekündigte Finanzierung der Beiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige über Steuermittel (Einsparungen etwa 3,6 Milliarden Euro beziehungsweise 0,2 Beitragssatzpunkte jährlich). Unverständlich sei auch, warum die SPV bisher auf den Zusatzkosten der Pandemie in Höhe von sechs Milliarden Euro sitzengeblieben ist und es keinen Ausgleich gab wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Verbandsvorsitzende forderte einen Finanzausgleich zwischen SPV und privater Pflegeversicherung (PPV), der die SPV um mindestens zwei Milliarden Euro jährlich entlasten würde. Forderungen, die das Leistungsniveau der SPV einschränken wollen und eine individuelle, kapitalgedeckte Absicherung des Pflegerisikos über private Versicherungen zum Ziel hätten, wies Klemens zurück: „Die Generationen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden, auch die jüngere Generation muss auf eine solidarisch finanzierte Pflegeversicherung vertrauen können.“ *pm*
→ Mehr dazu auf den Seiten 12 und 14

Oben: vdek-Mitgliederversammlung; unten: Uwe Klemens



stiegen und die Belastung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile nicht zu groß werde. „Schon 2025 droht der nächste Beitragssatzanstieg von etwa 0,2 Beitragssatzpunkten, um das erwartete Defizit von 3,4 Milliarden Euro zu decken.“ Wenn nichts geschehe, könnte es laut IGES Institut bis 2035 zu einer Steigerung der Beitragssätze von derzeit 3,4 Prozent auf maximal 4,7 Prozent vom Bruttoeinkommen kommen. Die SPV wäre heute auskömmlich finanziert, wenn

GKV-Finanzen: Zurück zu einnahme- orientierter Ausgaben- politik nötig

Text von Dr. Ines Koller

Für das aktuelle und kommende Jahr zeichnen sich finanzielle Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ab. Zusätzliche finanzielle Belastungen für die GKV entstehen durch die laufenden gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben. Was bedeutet dies für die **Finanzentwicklung** in 2025 und wie sollte darauf reagiert werden?

Die Finanzlage der GKV ist weiterhin sehr angespannt. Im 1. Quartal 2024 ergab sich ein hohes Defizit von 776 Millionen Euro. Dementsprechend haben bereits 15 Krankenkassen unterjährig ihren Zusatzbeitragsatz angehoben, sechs weitere werden zum August 2024 ihren Zusatzbeitrag erhöhen. Diese Entwicklung ist seit Einführung der Zusatzbeitragssätze in 2015 einzigartig. Normalerweise haben innerhalb eines Jahres durchschnittlich vier Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag erhöht oder abgesenkt.

Diese Entwicklung kommt nicht überraschend, ist sie doch unter anderem durch eine verfehlte Finanz- beziehungsweise Gesundheitspolitik der Ampelregierung wie auch der Vorgängerregierung bedingt. Seit Jahren warnen die Krankenkassen vor der teuren Gesundheitsgesetzgebung (zum Beispiel Terminalservice- und Versorgungsgesetz, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz oder Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz), mit der Leistungen ausgeweitet oder Preise etwa für ärztliche Leistungen erhöht

werden, ohne dass für eine solide Gegenfinanzierung gesorgt wurde. Dies führt dazu, dass die Ausgaben kontinuierlich und mit zunehmender Dynamik steigen, während die Einnahmen nicht in gleichem Maße zunehmen. So stiegen die Gesamtausgaben von 2013 auf 2023 um fast 60 Prozent von 194 Millionen Euro auf 306 Millionen Euro, durchschnittlich um 4,7 Prozent pro Jahr. Dagegen nahmen die beitragspflichtigen Einnahmen, die 90 Prozent der Gesamteinnahmen darstellen, im gleichen Zeitraum nur um knapp 40 Prozent und im Durchschnitt um 3,4 Prozent pro Jahr zu.

Für 2025 wird nach aktuellen Schätzungen ein weiterer Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,5 bis 0,7 Prozentpunkte ohne Berücksichtigung der aktuellen Gesetzesvorhaben erwartet. Dieser Anstieg ist vor allem durch Preis-, Struktur- und Mengensteigerungen bedingt, darunter vermehrt hochpreisige Arzneimittel oder hohe Preissteigerungen im Krankenhaus- und Heilmittelbereich.

Aktuelle Gesetzesvorhaben mit weiteren beitragsatzrelevanten Mehrausgaben

Neben der preis- und mengenbedingten Ausgabensteigerung in 2025 sind weitere Mehrausgaben durch die aktuellen Gesetzesvorhaben zu erwarten. Dies betrifft vor allem das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und das Medizinforschungsgesetz (MFG).

Darunter würde das KHVVG zu den höchsten Mehrausgaben für die GKV führen. Allein der Transformationsfonds, mit dem die Umstrukturierung des Krankenhauswesens finanziert werden soll, würde die GKV bis zu 25 Milliarden Euro kosten, verteilt auf jährlich 2,5 Milliarden Euro von 2026 bis 2035. Zusätzlich sollen ab 2024 Tariflohnsteigerungen der Krankenhäuser frühzeitig und vollständig durch unterjährige Neuvereinbarungen des Landesbasisfallwerts refinanziert werden (jährlich 350 Millionen Euro). Ab 2025 soll der bisherige anteilige Orientierungswert durch den vollen Orientierungswert (Höhe der Mehrausgaben abhängig vom Grundlohnwert) und Zuschläge für spezifische Bereiche wie die Pädiatrie oder Intensivmedizin verlängert beziehungsweise eingeführt werden (2025: 378 Millionen Euro; ab 2027: mindestens 705 Millionen Euro). Weitere hohe Mehrausgaben werden ab 2027 durch den



Dr. Ines Koller ist
Abteilungsleiterin
Finanzen/Versicherung
beim vdek

Wegfall der Einzelfallprüfung von Krankenhausrechnungen und der Einführung der Stichprobenprüfung entstehen.

Aus Finanzsicht verursacht beim GVSG die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen die höchsten Mehrausgaben in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro. Die Einführung zusätzlicher ambulanter Niederlassungsmöglichkeiten für Kinderärzt:innen sowie -psychotherapeut:innen führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrags ab 2026.

Das MFG hätte in seiner ursprünglichen Fassung zu sehr hohen Mehrausgaben geführt, indem vertrauliche Erstattungspreise für patentgeschützte Arzneimittel eingeführt werden. Auf Basis der Änderungsanträge wird es voraussichtlich weitgehende Anpassungen geben, wodurch vertrauliche Erstattungspreise nur in begrenztem Umfang umgesetzt würden. Dadurch würden sich die geschätzten Mehrausgaben für die GKV deutlich reduzieren.

Insgesamt führen die drei Gesetzesvorhaben zu einer weiteren Belastung der GKV in Milliardenhöhe. Alleine dadurch würde der durchschnittliche Zusatzbeitrag um mindestens 0,1 Prozentpunkte in 2025 steigen. Für die Folgejahre müsste mit weiteren hohen Mehrausgaben gerechnet werden.

Politisches Umdenken notwendig

Die aktuellen Finanzergebnisse und die Aussicht auf 2025 sollten die Politik endlich wachrütteln. Der Gesetzgeber hat für 2025 außer dem regulären Bundeszuschuss keine Stabilisierungsmaßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite vorgesehen. Nach aktuellen Schätzungen würde für 2025 unter Berücksichtigung der laufenden Gesetzesentwürfe ein weiterer Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags um 0,6 bis 0,8 Prozentpunkte erfolgen. Die Politik muss endlich grundlegende Reformen angehen, die zu einer soliden und nachhaltigen Finanzierung der GKV führen. Auf der Einnahmenseite sollte die Politik, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, den Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen dynamisieren und eine kostendeckende Finanzierung der Bürgergeldempfänger:innen einführen. Gleichzeitig benötigen wir auf der Ausgabenseite dringend eine Rückbesinnung auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit eine Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. ■



Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Text von Oliver Blatt

Statt einer dringend anstehenden Pflegefinanzreform hat das Bundeskabinett am 3. Juli 2024 den **Bericht einer interministeriellen Arbeitsgruppe** zur zukünftigen Finanzierung der Pflege beschlossen. Das rund 130 Seiten starke Werk beschreibt unterschiedliche Finanzierungsoptionen für die Pflegeversicherung und soll Kompass für politische Entscheidungen sein. Diese sind längst überfällig, denn die soziale Pflegeversicherung (SPV) läuft in eine finanzielle Schieflage.

Zum Ende des Jahres 2024 wird der SPV ein Defizit von mindestens 1,5 Milliarden Euro prognostiziert, nächstes Jahr werden es vermutlich rund 3,5 Milliarden Euro sein. Damit wird der Mittelbestand Anfang 2025 bereits unterhalb einer Monatsausgabe liegen, die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds kann nur mühsam aufrechterhalten werden. Diese sich zuspitzende Lage kommt nun wirklich nicht überraschend. Der stetige hohe Anstieg der Leistungsbezieher, die einmalig hohe Zuführung in den Pflegevorsorgefonds und der seit 2024 ausgesetzte Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro sind wahrlich nicht erst gestern „vom Himmel gefallen“.

Umfassende Analyse

Die Einhaltung der Finanzzusagen aus dem Koalitionsvertrag zur Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger oder die vollständige

Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben würde die Situation kurz- bis mittelfristig zumindest entschärfen. In dieser Situation legt nun eine unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) eingesetzte interministerielle Arbeitsgruppe einen umfassenden Bericht zur Finanzsituation vor. Dieser enthält keine politischen Festlegungen, zeigt stattdessen viele denkbare Handlungsoptionen wertfrei auf. Beim Lesen des Werks muss man hingegen aufpassen, nicht den Überblick zu verlieren, beschreibt es doch so viele Eventualitäten und Szenarien, dass man den roten Faden leicht verlieren kann.

Zunächst geht der Bericht umfänglich auf den Status quo ein und hebt die starke Zunahme der Leistungsempfänger seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 hervor. Die Zahl ist jährlich um durchschnittlich 300.000 und zuletzt um 360.000 angestiegen. Das BMG kündigt hier eine weitere wissenschaftliche Analyse dieser



Oliver Blatt ist
Abteilungsleiter
Gesundheit beim
vdek

Entwicklung an. Weiter wird eingehend untersucht, wie sich die finanziellen Rahmenbedingungen in einem Teilleistungssystem beziehungsweise einer Pflegevollversicherung entwickeln und wie eine künftige Finanzierungslücke durch (verpflichtende) ergänzende Maßnahmen zur Kapitaldeckung oder im Umlageverfahren geschlossen werden können. Damit geht der Bericht auf Festlegungen im Koalitionsvertrag ein, wo seinerzeit festgehalten wurde, dass die Bundesregierung prüfen wird, inwieweit die SPV um eine freiwillige paritätisch finanzierte Pflegevollversicherung ergänzt werden sollte.

Vier Grundszzenarien

Es werden vier Grundszzenarien behandelt: Zwei Szenarien gehen von einem Teilleistungssystem aus, einmal mit Weiterführung des Status quo und einmal mit einer verpflichtenden, ergänzenden individuellen Vorsorge (organisiert durch Privatwirtschaft). Die beiden anderen Szenarien beschäftigen sich mit einem Volleistungssystem, einmal mit Bezug zum heutigen Teilleistungssystem ergänzt um einen solidarisch finanzierten Kapitalstock und einmal mit einem kompletten Umbau zum Volleistungssystem

im Umlageverfahren. Alle durchgespielten Grundszzenarien werden anhand der drei wesentlichen Merkmale Leistungsdynamisierung, Lohnentwicklung und Pflegeprävalenz auf jeweils in der Zukunft entstehende Finanzierungslücken sowie den notwendigen ausgabendeckenden Beitragssatz hin untersucht. Hier gilt: Je besser die allgemeine Lohnentwicklung und je mehr es gelingt, die Steigerung der Pflegeprävalenz abzumildern, desto geringer ist der Finanzierungsbedarf. Zudem kamen die Experten zu dem Ergebnis, dass eine Vollversicherung wegen des damit verbundenen „moral hazards“ eher kritisch gesehen wird, da die Versicherten davon befreit werden, für potenziell kostspielige Folgen ihres eigenen Handelns einzustehen.

Auch werden grundsätzliche Ansätze zur Stärkung der Einnahmenseite, zum Beispiel Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Einbeziehung weiterer Einkunftsarten sowie Einbeziehung der privat Pflegeversicherten, sowie zur Entlastung der Ausgabenseite durch beispielsweise mehr Prävention und Veränderung des Zugangs zur SPV beschrieben.

Politisches Handeln gefragt

Der Bericht bleibt insgesamt konkrete Handlungsempfehlungen (kurz- und langfristig) schuldig. Dennoch liegt nun erstmals ein umfassender Baukasten neutral beschriebener Optionen vor, der auch vermeintlich unpopuläre Maßnahmen – wie beispielsweise einkommensabhängige Ausgestaltung der Leistungszuschläge oder auch die vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) seit Längerem ins Spiel gebrachte Option eines Risikoausgleichs zwischen SPV und privater Krankenversicherung (PKV) – wertungsfrei darstellt. Deutlich wird dabei, dass es um die finanzielle Zukunft der SPV nicht so schlecht bestellt ist, wie es die PKV gern in ihren derzeitigen Kampagnen darstellt. Der Bericht ist daher geeignet, den weiteren politischen Diskurs auf eine sachliche Grundlage zu stellen und das solidarische System zu stärken. Die Vielfalt der aufgezeigten Stellschrauben und Szenarien zeigt, dass es nicht die „Ideallösung“ geben wird, sondern die Stabilisierung der Pflegeversicherung ein politisches Maßnahmenbündel erfordert, das einzelne Zielkonflikte lösen oder auch hinnehmen muss. Nun ist die Politik mehr denn je gefragt, endlich politische Lösungen zu präsentieren. Die Zeit drängt und die Fakten liegen spätestens jetzt allesamt auf dem Tisch. ■

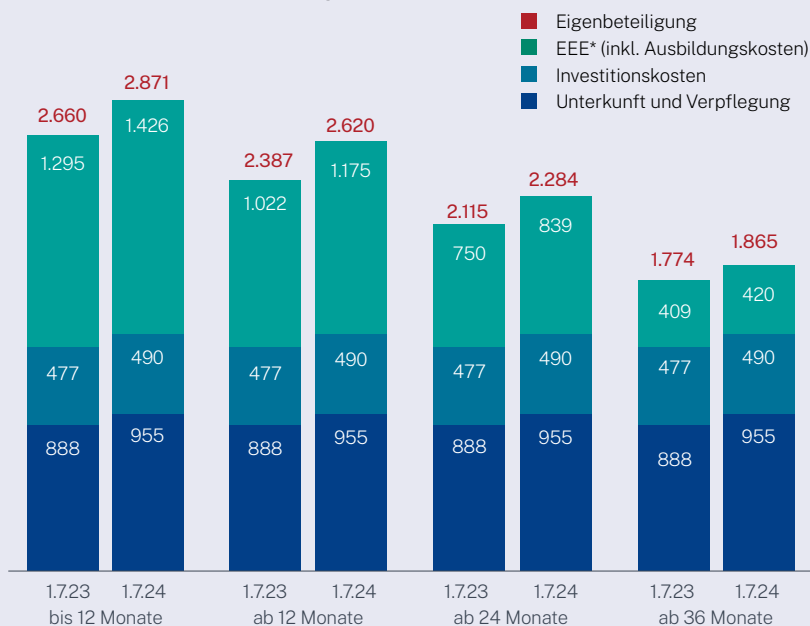


Finanzielle Eigenbeteiligung steigt weiter

Der Anteil, den **Pflegebedürftige in Pflegeheimen** aus eigener Tasche bezahlen müssen, ist erneut angestiegen. Das zeigt eine Auswertung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) vom 1. Juli 2024.

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim

in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer;
1. Juli 2023 und 1. Juli 2024; Bundesgebiet



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

Quelle: vdek

Die von den Pflegebedürftigen zu tragende Eigenbeteiligung setzt sich aus drei Komponenten zusammen (→ Abb.): den Kosten für Unterkunft und Verpflegung (1. Juli 2024 im Bundesdurchschnitt 955 Euro/Monat), den Investitionskosten (1. Juli 2024 im Bundesdurchschnitt 490 Euro/Monat) und dem sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Dieser beinhaltet vor allem Kosten für das Pflegepersonal (1. Juli 2024 im Bundesdurchschnitt 1.678 Euro/Monat). Dass die Eigenbeteiligung mit zunehmender Aufenthaltsdauer geringer wird, ist durch die Zuschüsse begründet, die die Pflegekasse zum EEE dazugibt. Aktuell betragen die Zuschüsse im ersten Aufenthaltsjahr 15 Prozent des zu zahlenden EEE, im zweiten Aufenthaltsjahr 30 Prozent, im dritten Aufenthaltsjahr 50 Prozent und ab dem vierten Aufenthaltsjahr 75 Prozent des zu zahlenden EEE. Die Zuschüsse waren zum Jahresanfang um jeweils fünf Prozent erhöht worden, für das erste Aufenthaltsjahr sogar um zehn Prozent.

Dass die Eigenbeteiligung so hoch ist, liege auch daran, dass die Länder ihre Verantwortung ignorierten, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Allein die Übernahme der Investitionskosten, wie gesetzlich vorgesehen, würde Heimbewohnerinnen und -bewohner um durchschnittlich 490 Euro im Monat entlasten.“ Auch sei es Aufgabe des Staates, die Ausbildungskosten zu übernehmen. Dass diese Kosten anteilig von Pflegeheimbewohnenden querfinanziert werden, sei keine faire Lastenverteilung. Ausbildung sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte aus Steuermitteln bezahlt werden. „Die Ampelfraktionen haben im Koalitionsvertrag vereinbart, diese Ungerechtigkeit zu beseitigen. Wir erwarten, dass dieses Versprechen im Rahmen der von Minister Lauterbach angekündigten umfassenden Pflege-reform eingelöst wird.“ Das brächte beispielsweise für die Pflegebedürftigen in Heimen im ersten Aufenthaltsjahr eine finanzielle Erleichterung von weiteren 112 Euro im Durchschnitt im Monat. pm

→ t1p.de/fruyj



»Wir müssen die Strukturen optimieren«

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege setzt sich in seinem aktuellen Gutachten mit Fachkräften im Gesundheitswesen und dem nachhaltigen Einsatz einer knappen Ressource auseinander. **Prof. Dr. Michael Hallek ist Vorsitzender des Sachverständigenrats** und erklärt im Interview, wo die Probleme liegen, welche Veränderungen nötig sind und wieso mehr Personal allein keine Lösung sein kann.

Interview von **Michaela Gottfried** und **Annette Kessen**





Fehlen uns Fachkräfte im Gesundheitswesen?

PROF. DR. MICHAEL HALLEK Der Fachkräftebedarf ist eine der größten Herausforderungen. Wir scheinen in allen Branchen und damit auch im Gesundheitswesen zu wenig Personal zu haben. Das liegt vor allem an dem demografischen Wandel und im Gesundheitswesen zudem an der Tatsache, dass immer mehr Menschen versorgungspflichtig werden, während gleichzeitig weniger Menschen nachkommen, die diese Versorgung übernehmen. Daher haben wir immer wieder Schwierigkeiten, Fachkräfte zu finden, zumindest in der Pflege und mit Blick auf medizinische Fachangestellte. Bei den Hausärzten gibt es eindeutig einen Mangel, ebenso in bestimmten spezialfachärztlichen Berufen. Deshalb waren wir im Sachverständigenrat überrascht, als wir uns die Datelage genauer angeschaut haben. Es ist nämlich so, dass wir im internationalen Vergleich bezogen auf die Bevölkerung – man kann auch sagen gerechnet auf 100.000 Einwohner – mehr praktisch tätige Pflegekräfte und Ärzte haben als fast alle europäischen Nachbarn.

»In Deutschland behandeln wir in den Krankenhäusern doppelt bis drei Mal so viele Fälle wie viele europäische Nachbarländer.«

Die knappe Ressource Personal, von der Sie im Gutachten sprechen, hat also etwas mit unseren Strukturen zu tun?

Ja, und das erkennt man, wenn man die Personalsituation in Relation zu den Fallzahlen setzt. In Deutschland behandeln wir in den Krankenhäusern doppelt bis drei Mal so viele Fälle wie viele europäische Nachbarländer. In der Folge entstehen demnach sehr viele Krankenhausfälle, welche das Krankenhaus-Personal belasten. Also lassen sich Engpässe nicht einfach durch zu wenig Personal erklären. Die Zahlen weisen auf eher strukturelle Defizite hin. Daher können wir auch nicht davon ausgehen, dass sich die Situation zum Guten wendet, wenn wir einfach mehr Menschen ausbilden oder einstellen. Im Gegenteil, man darf befürchten, dass die Einstellung von mehr Personal die Defizite der Strukturen weiter verstetigt oder fördert.

Wie wirkt sich das auf die Versorgung aus?

Ein Effekt ist, dass Krankenhäuser ihre Funktionsfähigkeit verlieren, weil das Personal – vor allem das Pflegepersonal – aufgrund der Belastungen nicht mehr im Krankenhaus arbeiten möchte und in andere Bereiche, etwa in ambulante Strukturen, wandert. Dadurch sind etliche, darunter auch viele große Krankenhäuser nicht mehr voll

leistungsfähig. Sie müssen Operationssäle und Abteilungen schließen, was Krankenhäuser in die Insolvenz treibt. Entsprechend können Patienten nicht immer zeitnah optimal versorgt werden. Auffällig ist auch, dass es immer schwieriger wird, einen schwerkranken, chronisch kranken oder komplex erkrankten Patienten in eine vernünftige Versorgungssituation zu bringen. Das ist eine Gemengelage, die mir Sorge macht. Der früher sehr einfache Zugang zum deutschen Gesundheitswesen scheint sich im Moment zu verschlechtern, es findet sich nicht mehr so leicht für jedes Problem eine Anlaufstelle. Man muss aber auch klar sagen, dass wir in den Daten keine dramatischen Versorgungsengpässe in Krankenhäusern feststellen konnten.

Und im ambulanten Bereich?

Auch hier konnten wir noch keine massive Unterversorgung feststellen. Es wird viel getan, Pflegekräfte oder Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen zu rekrutieren. Trotz einiger Personalengpässe wissen wir, dass der Beruf der Medizinischen Fachangestellten zurzeit der am häufigsten gewählte Ausbildungsberuf ist in Deutschland, vor allem von Frauen. Es ist also nicht so, dass dem Arbeitsplatz Gesundheitswesen die Leute systematisch weglaufen. Zwar gibt es einen Rückgang durch ein natürliches Ausscheiden aus Altersgründen, aber es gibt auch viele Pflegekräfte, die länger im Beruf bleiben oder zurückkehren. Daher: Mangelsituation ja, aber nicht so dramatisch wie erwartet.

Inwieweit sind dann die Anwerbung von ausländischen Fachkräften und Ausweitung von Medizinstudienplätzen sinnvoll?

Man sollte differenzieren. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist anzunehmen, dass wir insbesondere in der Langzeitpflege durchaus Bedarf an zusätzlichen Pflegekräften haben werden. Aber die Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte würde nur bedingt helfen. Und jetzt mehr Medizinstudienplätze zu schaffen, kann die beabsichtigte Wirkung verfehlen; denn bis die Studierenden als Fachärzte tätig sind, ist das demografische Problem vielleicht schon fast vorbei, denn die Zahl der zu versorgenden Bürger nimmt nach 15 bis 20 Jahren wieder ab. In 20 Jahren haben wir dann womöglich zu viele Ärzte für zu wenige Patienten.





Was also schlagen Sie vor?

Als Sachverständigenrat sehen wir drei große Bereiche vor, um die Situation zu verbessern: erstens das Angebot an Fachkräften qualitativ und quantitativ verbessern, zweitens die Nachfrage nach Fachkräften verringern und drittens das System strukturell weiterentwickeln. Mit Blick auf den ersten Punkt sollte die Anstrengung dahin gehen, den Arbeitsplatz attraktiver zu machen und die Arbeitsbedingungen umzugestalten. Dazu gehört, mehr Eigenständigkeit für die Tätigkeit der Pflegefachkräfte herzustellen. Ein großes Manko ist, dass wir in Deutschland auch viele ausländische Pflegefachkräfte wieder verlieren, weil sie weniger eigenständig tätig sein dürfen als im Ausland. Wir müssen den Pflegefachkräften mehr zutrauen und ihnen Aufstiegsmöglichkeiten bieten. Verbesserungswürdig ist trotz eingeführter Tarifpflicht und neuer Tarifverträge auch die Vergütung, auch als Zeichen der Wertschätzung.

Der zweite Punkt: Wie lässt sich die Nachfrage verringern?

Wir haben einen Vorschlag für die Pflege gemacht, den ich persönlich sehr gut finde. Gerade in der Langzeitpflege ist es häufig so, dass der regionale Überblick darüber, wer eigentlich wen versorgt, ungenügend ist. Daher empfehlen wir,

Pflegekoordinationszentren einzurichten, die den Einsatz in definierten Gebieten nach dem Bedarf steuern können. Dadurch könnten Fachkräfte sinnvoller eingesetzt und Ausfälle leichter kompensiert werden. Und damit wären wir beim dritten Punkt: Wir müssen die Strukturen optimieren und dies wäre ein Beitrag dazu.

Stichwort Strukturveränderungen: Wo sehen Sie da die größten Effekte?

Große Effekte versprechen wir uns von der Notfallreform. Wir haben Erkenntnisse, dass Kranken- und Rettungsdiensttransporte in bis zu 60 Prozent unnötig sind. Es werden Patienten ins Krankenhaus gebracht, obwohl sie möglicherweise vor Ort hätten versorgt werden können. Daher wäre die Befähigung des Rettungsdienstes, selbst tätig zu werden, eine wesentliche Verbesserung. Derzeit wird der Rettungsdienst im Grunde nur für den Transport bezahlt. Ein Beispiel: Ein Pflegeheim ruft nachts den Rettungsdienst, dem nichts anderes übrigbleibt, als die Person ins Krankenhaus zu fahren, weil kein Arzt vor Ort ist. Oder: Ein Patient verbleibt im Krankenhaus, weil seine Wohnsituation – fünfter Stockwerk ohne Aufzug – eine Rückkehr nach Hause verhindert und er sich im häuslichen Umfeld nicht mehr mit dem Nötigsten versorgen kann. Wir haben viele solche sozialen Indikationen, die zu Krankenhausaufenthalten führen. Würde man solche Versorgungslücken schließen und Fehlanreize entgegensteuern, könnte man bis zu 30 Prozent der stationären Belegungstage reduzieren.

Bislang ist der Rettungsdienst aber nicht Teil der Notfallreform.

Der Rettungsdienst muss auf jeden Fall mitgedacht werden. Derzeit werden nur die Leitstellen zusammengelegt, das ist vielleicht zu wenig. Man sollte zumindest versuchen, miteinander koordinierte und kommunizierende Systeme zu schaffen. Die gemeinsamen Leitstellen könnten in dieser Hinsicht einen großen Effekt haben, weil dadurch die niedergelassenen Versorger und die Krankenhäuser gemeinsam und gleichberechtigt die Notfallversorgung organisieren. Wenn wir die Versorgung sinnvoller kanalisieren, können wir die Zahl der Krankenhausaufnahmen dramatisch reduzieren, ohne dass es zu einer schlechten Versorgung kommt.

Prof. Dr. Michael Hallek (geboren am 19. Juli 1959 in Hof) ist Internist mit Schwerpunkt interne Onkologie und molekulare Hämatologie. Seit 2003 ist er Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Uniklinik Köln sowie seit 2007 Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO). Zuvor war er Oberarzt an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er studierte von 1978 bis 1985 Medizin in Regensburg, München und Paris, daran schloss sich bis 1994 die Ausbildung als Hämatologe und Onkologe in München und Harvard an. Er engagiert sich in verschiedenen Gremien, unter anderem im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und des Robert Koch-Instituts. Seit Februar 2023 ist er Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit & Pflege.

Zugleich wird um die Krankenhausreform gerungen, die den Abbau von Überkapazitäten vorsieht. Dass Krankenhäuser schließen, stößt in der Bevölkerung teilweise auf Bedenken und die Politik tut sich schwer damit, Schließungen zu kommunizieren.

Hier brauchen wir tatsächlich mehr Aufklärung. Ziehen wir Dänemark als Vergleich heran: Das Land hat etwa 30 öffentliche Krankenhäuser, es leben dort sechs Millionen Menschen. Entsprechend bräuchten wir in Deutschland etwa 400 Krankenhäuser – wir haben derzeit etwa 1.700 Krankenhäuser. Jetzt könnte man sagen, die geringe Anzahl an Krankenhäusern sei eine Katastrophe für die dänische Bevölkerung. In Wahrheit ist dies aber nicht so, und das ist der entscheidende Punkt. Die durchschnittliche Lebenserwartung in Dänemark ist höher als bei uns und die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen sowie das Vertrauen in das System sind hoch. Dies liegt auch daran, dass ein riesiger Teil der Versorgung ambulant stattfindet. Selbst manche intensive Chemotherapie wird nicht mehr stationär durchgeführt. Mit dem Ergebnis, dass die Überlebenszahlen in Dänemark eher besser sind als bei uns und die Versorgung dazu noch preiswerter. Es ist wichtig, den Bürgern zu erklären, dass die zeitnahe Behandlung von Notfällen – vor allem Schlaganfällen und Herzinfarkten, auch schweren Unfällen – sichergestellt wird und für alles andere etwas weitere Fahrtwege in Kauf genommen werden müssen für eine optimale Behandlungseinstellung. Das versteht meines Erachtens jeder und ich wundere mich immer wieder, wieso das so schwer sein soll zu kommunizieren. Ich verstehe, dass es in ländlichen Regionen bedrückend sein kann, wenn das Krankenhaus schließt und die Hausarztpraxis leer steht. Das ist aber eine strukturpolitische Aufgabe, die mit einem Krankenhaus nicht gelöst wird. Um es überspitzt zu formulieren: Die allgemeinärztliche Versorgung über Krankenhäuser zu organisieren, ist unsinnig und zu teuer.

Brauchen wir mehr Ambulantisierung?

Auf jeden Fall. Wir sollten versuchen, Eingriffe im Krankenhaus zu reduzieren, die ambulant genauso gut, wenn nicht besser erfolgen können. Ich denke da beispielsweise an Endoskopien und Punktionen. Die Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs für das ambulante Operieren ist in dieser Hinsicht eine sinnvolle Weiterentwicklung. Es lässt sich mindestens die Hälfte des Personals einsparen, wenn bestimmte medizinische Maßnahmen ambulant erfolgen oder eine Klinik zu einer Tagesklinik wird. Das ist ein Trend, den wir stärken sollten. Was wir außerdem vorschlagen, sind Primärversorgungszentren. Bei dem Konzept sucht der Patient primär den Hausarzt auf, der entscheidet, ob der Patient wirklich einen Spezialisten benötigt, ob er ins Krankenhaus überwiesen werden muss oder ob eine anderweitige Behandlung sinnvoll ist. Das reduziert sowohl die ambulante, spezialfachärztliche Inanspruchnahme als auch Krankenhausaufnahmen.

Der vdek hat im Rahmen seines Konzepts der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) das Modell der „Regionalen Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ auf den Weg gebracht. Dort können unter anderem auch Fachärzte vor Ort sein und Physician Assistants sowie Case und Care Manager unterstützen die Ärzte. Auch das ist sehr gut. Diese Überlastung von Anfragen an Fachärzten kann auf diese Weise reduziert werden. Wir haben in Deutschland die doppelte Facharztschiene, so gesehen ist die Integration von Fachärzten in solche Zentren gut. Dennoch schien uns im Sinne der Über- und Fehlversorgung sinnvoll, Einschreibungssysteme zu etablieren, in denen primär der Hausarzt aufgesucht wird. In Dänemark und den Niederlanden beispielsweise ist es nicht möglich, einfach zum Facharzt gehen, da muss man vorher beim Generalisten gewesen sein.

Und wie viel Potenzial steckt in der Digitalisierung?

Da sehe ich riesige Potenziale. Wir haben hohe Zeit- und Effizienzverluste durch zu viel Bürokratie. Wir müssen oft viele Befunde aus unterschiedlichen Quellen zusammentragen und auf CD brennen, weil Systeme nicht angeglichen sind. Das muss dringend verbessert werden. Und natürlich muss dokumentiert werden, aber wie und wie intensiv ist die Frage. Da kann uns die Künstliche Intelligenz enorm helfen. Es gibt es zum Beispiel inzwischen so gute Spracherkennungsprogramme, mit denen sich Befunde präzise und schnell diktieren lassen. Das erleichtert unsere tägliche Arbeit enorm und trägt somit zur Reduzierung des Fachkräftemangels bei.

Was erwarten Sie hinsichtlich der Vorschläge des Sachverständigenrats?

Mit der Umsetzung unserer strukturellen Vorschläge könnte eine Halbierung der Krankenhausauffälle erreicht werden. Das zeigen unsere Modellrechnungen. Ob dies tatsächlich gelingt, wage ich nicht zu prognostizieren. Denn unser Gesundheitswesen ist wegen der vielen Partikularinteressen nicht wirklich reformfähig. Man kommt an echten Veränderungen nicht mehr vorbei. Der Druck ist zu hoch. ■



Chancen der Ambulantisierung nutzen – Versorgung im Wandel

Text von Jan Hortig

Wie gelingt künftig eine **hochwertige Versorgung der Versicherten**? Wie können Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abgebaut werden? Diesen und weiteren Fragen ist der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress am 27. Juni 2024 nachgegangen. Im Mittelpunkt standen dabei auch die zwei Standorte, die das vdek-Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) umsetzen.

Vor zwei Jahren hat der Bundesgesundheitsminister eine Regierungskommission einberufen, die den Weg für eine Krankenhausreform ebnen sollte. Insgesamt zehn Empfehlungen und Stellungnahmen gab die Regierungskommission mittlerweile ab. Dem folgten zahlreiche Arbeitsentwürfe und die Vorlage zuvor mehrmals verschobener Referenten- und Kabinettsentwürfe eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). Wichtige Teile wurden ausgeklammert und in das Krankenhaustransparenzgesetz verlagert. Das Gesetz soll von den Ländern zustimmungsfrei ausgestaltet werden. Wichtige Teile wie die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungsgruppen oder der Festlegung von Mindestvorhaltezahlen sollen in zustimmungspflichtigen Rechtsverordnungen geregelt werden. Insofern kann man getrost von einer Salomitaktik und der vielzitierten Katze im Sack sprechen, wenn es um die Krankenhausreform geht.

Unter dem Titel „Gesundheitsversorgung der Zukunft – endlich total vernetzt?“ vereinte der vdek

Expert:innen aus der Versorgungspraxis, die aus verschiedenen Blickwinkeln ihre Perspektive für die künftige Sicherstellung und Weiterentwicklung einer hochqualitativen Versorgung schilderten. Ein Anlass für die Diskussion ist das Vorhaben der Bundesregierung, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg zu bringen. Der vdek begrüßt grundsätzlich das Ziel, die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausstrukturen weiterzuentwickeln. Es bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob dies mit dem vorliegenden Entwurf gelingen kann, auch weil es bislang an einem notwendigen Rahmen für die Umsetzung fehlt.

Boris von Maydell, Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek, stellte zu Beginn der Veranstaltung das Modell „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ vor. Dabei werden Teile des vdek-Konzeptes der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) umgesetzt. Durch den anhaltenden Fachkräftemangel und weitere Faktoren ist die Gesundheitsversorgung in einzelnen strukturschwachen Regionen nicht mehr ausreichend sichergestellt.

Ziel der mehrjährigen Projektphase an zwei Standorten ist es, gemeinsam mit regionalen Partnern niedrigschwellige Lösungsansätze für diese komplexen Herausforderungen zu schaffen (→ **Mehr dazu unter „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“**).

Die sich anschließende Podiumsdiskussion zeigte den Bedarf und das enorme Potenzial an einer stärkeren Vernetzung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen. Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin und Vorstandsmitglied beim Katholischen Krankenhausverband Deutschland (kkvd), sieht den Gesetzgeber in der Verantwortung, die Krankenhausreform nachzubessern. Sie berichtete über die Herausforderung für stationäre Einrichtungen, die Reform als Chance zu begreifen. Ressourcenknappheit und fehlende finanzielle Möglichkeiten stünden dem Reformwunsch entgegen, so ihr Urteil. Durch Christian Nacke, Verwaltungsdirektor des Niels-Stensen-Marienhospitals Ankum-Bersenbrück, war das erste Regionale Gesundheitszentrum Niedersachsens auf dem Podium vertreten. Nacke berichtete über hohe bürokratische Hürden und die Schwierigkeiten, die drei verschiedene Abrechnungssystematiken (stationäre, ambulante und pflegerische Leistungen) mit sich brächten. Gleichzeitig lobte er die guten und konstruktiven Gespräche mit den Kranken- und Pflegekassen, die die Umsetzung trotz gesetzgeberisch schwieriger Rahmenbedingungen möglich machten, und betonte das enorme Ambulantisierungspotenzial. Dieses Argument nahm Dr. Helmut Weinhart, Vorstandsmitglied des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), auf, um die Rolle der Ärzteschaft darzustellen. Er warnte vor einem dritten Versorgungsbereich und plädierte dafür, die Ärztinnen und Ärzte in den geplanten Umbau mit einzubeziehen, denn diese stellten die Versorgung sicher und müssten in den Prozess des Umdenkens eingebaut werden. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, stimmte zu, dass es keinen dritten Versorgungsbereich benötige. Eine Krankenhausreform sollte aus einer Struktur- und einer Finanzierungsreform bestehen. Erst müssten die nötigen Strukturen definiert und dann die dafür notwendige Finanzierung gestaltet werden, machte sie deutlich. Den Ersatzkassen sei besonders wichtig, dass die Reform eine konkrete Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration und die Verzahnung ambulant-stationärer Leistungen mit sich bringt. ■



Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen

Ziel des Modells „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ unter Federführung des vdek ist es, neue Versorgungsansätze umzusetzen. Dafür werden neue Konzepte zur Delegation ärztlicher Leistungen erprobt, wobei den Versicherten zusätzliche Koordination und Beratung angeboten werden. Gleichzeitig werden Möglichkeiten der Telemedizin erweitert umgesetzt – alles unter einem Dach. Die fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit unter anderem Hausärzt:innen, Fachärztinnen und weiteren ärztlichen und nichtärztlichen Fachberufen bildet den Grundpfeiler des Modells. Insbesondere kommt den akademisierten Physician Assistants eine besondere Rolle zu, unter anderem bei der Behandlung von chronisch Kranken und in der Akutsprechstunde. Sie entlasten die Ärztin oder den Arzt etwa durch die Erläuterung anstehender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder vorliegender Befunde sowie die Durchführung der dafür notwendigen Dokumentation. Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPa) werden für Haus- und Pflegeheimbesuche mit einem speziellen Telemedizinrucksack ausgestattet, über den medizinische Daten einfach in die Praxis übertragen und bei Bedarf Ärztin oder Arzt zugeschaltet werden. „Case und Care Manager“ fungieren zusätzlich als Patientenslotsinnen und -lotsen in der Behandlung der Versicherten und unterstützen diese zum Beispiel bei schwerwiegenden Erkrankungen oder plötzlichem Pflegebedarf.

v. l. n. r.: Moderator Dr. Albrecht Kloepfer, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Dr. Helmut Weinhart (Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands), Bernadette Rümmelin (Katholischer Krankenhausverband Deutschland), Christian Nacke (Niels-Stensen-Marienhospital Ankum-Bersenbrück) beim Hauptstadtkongress 2024



Jan Hortig ist Referent des Vorstandes beim vdek

Versorgungskonzept schafft Verbindlichkeit

Text von **Ines Kruse** und **Michaela Hach**

Ziel der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** ist es, durch Palliative Care-Teams (SAPV-Teams) schwerstkranken und sterbenden Menschen ein Leben in Würde und ohne leidvolle Erfahrungen bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Ein verbindliches Versorgungskonzept schafft dafür die notwendige Versorgungssicherheit und Transparenz.

Bei schwerstkranken und sterbenden Menschen treten im Krankheitsverlauf die kurativen Therapieansätze in den Hintergrund und der Bedarf für eine palliative Versorgung wird prioritär. Liegt ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vor, beispielsweise aufgrund der Intensität belastender Symptome, stehen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und ihre noch zur Verfügung stehenden Ressourcen unmittelbar im Fokus der SAPV. Diese sind beispielsweise das physische und psychische Wohlbefinden, die soziale Sicherheit und das seelische Gleichgewicht. Um das Ziel der SAPV verlässlich zu erreichen, konkretisiert der am 1. Januar 2023 in Kraft getretene SAPV-Rahmenvertrag verbindlich Zulassungskriterien für antragsstellende SAPV-Teams, die sich aus spezialisierten Professionen zusammensetzen. Die Kriterien umfassen insbesondere die Vorlage eines strukturierten, schriftlichen Versorgungskonzepts, das den Kostenträgern durch das SAPV-Team bei Antrag auf Zulassung vorzulegen ist. Werden die Zulassungskriterien insgesamt erfüllt, besteht ein Anspruch auf einen regionalen Versorgungsvertrag.

ein Muster-Versorgungskonzept erarbeitet. Damit steht erstmals ein Muster für das SAPV-Team zur Verfügung, das Unterstützung und fachlich-inhaltlichen Support durch die Kostenträger und der BAG-SAPV auf dem Weg zur spezialisierten Palliativversorgung bietet. Zudem soll im SAPV-Team im Rahmen des Zulassungsverfahrens das Verständnis für die palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgungseinsätze und ein bewusster würdevoller Umgang mit Sterben, Tod und Trauer bei der vulnerablen Gruppe der Schwerstkranken und Sterbenden geschärft werden.

Für die hohe fachliche Expertise im SAPV-Team ist im Versorgungskonzept weiter darzulegen, wie die Leistungen im Versorgungsgebiet neben weiteren Leistungserbringern im Netzwerk rund um die Uhr erbracht werden. Ferner sind durch das Team im Versorgungskonzept die von ihm durchzuführenden palliativen Teamleistungen unter Beachtung der Kriterien zur Qualitätssicherung im Versorgungssetting zu beschreiben. Der Rahmenvertrag gibt daneben in § 5 Abs. 3 vor, welche weiteren Angaben das SAPV-Team im Konzept transparent, plausibel und strukturiert tätigen muss, um eine Zulassung zu erhalten.

Mit dem Muster-Versorgungskonzept wollen die Ersatzkassen und die BAG-SAPV



Ines Kruse ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Michaela Hach ist Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)

potenzielle SAPV-Teams gleichberechtigt unterstützen, damit sie den organisatorischen, strukturellen und personellen Anforderungen des Rahmenvertrages nachkommen und auf dieser Mustergrundlage ein plausibles, strukturiertes und vollständiges Versorgungskonzept mit chronologischem Aufbau neben seinem Antrag auf Zulassung an den auf der Landesebene federführenden Kostenträger übermitteln. Das SAPV-Team erhält über farblich unterlegte „Boxen“ Hinweise und Erläuterungen, welche Angaben bei der Erstellung des Konzeptes notwendig sind. Aufseiten der Kostenträger können aufgrund der bereits

einheitlichen Chronologie die Angaben im Rahmen des Zulassungsverfahrens besser geprüft und somit personelle Ressourcen gemindert werden. Auch eine Vergleichbarkeit von SAPV-Teams durch die Kostenträger wäre zukünftig möglich, wodurch der Gleichbehandlungsgrundsatz zu weiteren SAPV-Teams ebenso gewahrt wäre. Allgemeine fachliche Ausführungen zum gesetzlichen Leistungsanspruch „SAPV“ sollen unter anderem dazu beitragen, das Versorgungsverständnis des SAPV-Teams gegenüber dem sterbenden Menschen stärker zu prägen, damit dieser frühzeitig eine effektive Schmerztherapie und Symptomkontrolle durch das SAPV-Team sowie weitere Netzwerkpartner erhält.

Die Ersatzkassen und die BAG-SAPV sind überzeugt, dass perspektivisch durch den verbindlichen Rahmenvertrag und das Muster-Versorgungskonzept für die Betroffenen eine verlässliche ambulante Versorgung durch spezialisierte Expertise sichergestellt und ein würdevolles Sterben in der vertrauten Häuslichkeit individuell gewährleistet werden kann. ■

Hospiz- und Palliativversorgung

Der vdek-Hospizlotse (→ hospizlotse.de) ist ein kostenloses Informationsportal, das Betroffenen die Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung aufzeigt. Zudem können Betroffene Anfragen über das Postfach des Hospizlotsen stellen. Die Ersatzkassen haben zudem Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung auf ihren Internetseiten veröffentlicht.



Inhalte des SAPV-Versorgungskonzepts

- ✓ Standort des SAPV-Teams
- ✓ Versorgungsgebiet
- ✓ Fallzahleinschätzung
- ✓ Veröffentlichung der Kontaktdaten und Darstellung der Erreichbarkeit für die Öffentlichkeit
- ✓ Grundsätze und Teilprozesse der Versorgung (Versorgungsprozess, siehe §9.)
- ✓ Mitglieder des SAPV-Teams gemäß §3
- ✓ Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SAPV-Team gemäß §7, administrative Struktur
- ✓ Erfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß §6
- ✓ Sicherstellung der 24-Stunden Rufbereitschaft an jedem Tag der Woche
- ✓ personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-Team (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit)
- ✓ Schutz- und Compliancekonzept gemäß §4 Abs.5
- ✓ Beschreibung der regionalen Netzwerkstrukturen sowie der Art und Weise der Einbindung der Netzwerkpartner des SAPV-Teams (insbesondere zur frühzeitigen Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes sowie niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, von Pflegediensten, Apotheken, Sanitätshäusern, ggf. einer ambulanten Krebsberatungsstelle nach §65e SGB V)
- ✓ Darstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unter Maßgabe der regulären Verfügbarkeit von Verordnungsblättern (Rezepten) gemäß §10
- ✓ Durchführung des Assessments gemäß §11 Abs.4
- ✓ Dokumentationssystem gemäß §13
- ✓ Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß §14

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Der Mensch im Mittelpunkt: Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen zur Landtagswahl

Personal als knappes Gut, finanzielle Ressourcen als Strukturinvestment sowie Ambulantisierung und Sektorenverbindung als Erfolgsfaktoren: Gemeinsam haben die Ersatzkassen ein Positionspapier mit Vorstellungen und Erwartungen an die nächste sächsische Landesregierung formuliert und im Rahmen eines gesundheitspolitischen Frühstücks im Landtag am 13. Juni 2024 vorgestellt. **Dabei stehen für die Ersatzkassen die Menschen im Mittelpunkt der Versorgung: sowohl als Versicherte, Patientinnen und Patienten als auch in Form des medizinischen wie pflegerischen Personals.** Der bestehende und sich noch weiter verschärfende Fachkräftemangel stellt alle Akteurinnen und Akteure vor große Herausforderungen. Gesundheitspersonal gilt als kritischer Faktor der Zukunft. Um eine qualitativ hochwertige und professionelle Gesundheitsversorgung mit geringerer Personaldecke zu bewältigen, braucht es ein gestuftes, stärker ineinandergreifendes und

damit effizienteres Versorgungssystem sowie eine Bündelung von Leistungen durch Schwerpunktbildung. Außerdem sollten künftig umso mehr Digitalisierungs- und Delegationschancen genutzt werden. Darüber hinaus werden verbindliche finanzielle Grundlagen benötigt. Die strukturelle Weiterentwicklung – insbesondere der Krankenhausversorgung sowie der pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – ist ein Teil der Daseinsvorsorge. Somit steht der Freistaat Sachsen in der Pflicht, die entsprechenden Investitionen und Kosten der Vorhaltung zu finanzieren. **Insgesamt werten die Ersatzkassen die Vernetzung aller an der Gesundheitsversorgung in Sachsen Beteiligten als elementaren Erfolgsfaktor.** Es müssen gesetzliche Rahmenvorgaben geschaffen werden, um in der regionalen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine Verknüpfung und Verzahnung der Sektoren besser zu ermöglichen. *cb*
→ t1p.de/typzy

„Gespräche am Wasser“: Notfallversorgung braucht Reform

Alljährlich lädt die vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein während der Kieler Woche zu den „Gesprächen am Wasser“ ein. Im Fokus der erneut gut besuchten Veranstaltung am 27. Juni 2024 standen dabei in diesem Jahr die aktuelle Situation der Notfallversorgung und die Reformpläne der Bundesregierung. Angesichts überfüllter Notaufnahmen, steigender Einsatzzahlen des Rettungsdienstes und des Fachkräftemangels betonte Gastgeberin Claudia Straub die Dringlichkeit einer Reform: „In einer medizinischen Notlage müssen sich die Menschen auf schnelle und zuverlässige Hilfe verlassen können. Die Strukturen des Rettungsdienstes sollten daher ebenfalls reformiert werden.“ Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken richtete den Blick auf eine verbindliche Patientensteuerung und begrüßte die

geplante, bundesweit standardisierte Ersteinschätzung. In der folgenden Diskussion erörterten Praktiker aus Leitstelle, Notaufnahme, Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein und Rettungsdienst verschiedene Lösungsansätze. **Eine sinnvolle Patientensteuerung und Versorgung funktionieren nur**



v.l.: Stephan Bandlow (Kooperative Regionalleitstelle West), Dr. Sabine Jobmann (Zentrale Notaufnahme des Städtischen Krankenhauses Kiel), Prof. Dr. Kerstin von der Decken (Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein), Alexander Paquet (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein), Bodo Rotter (vdek-Landesvertretung Niedersachsen), Claudia Straub (vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein) und Jan Osnabrügge (Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein).

durch eine umfassende digitale Vernetzung der Leitstellen mit der KV und den Versorgern im Land. Mit Blick auf den vorliegenden Referentenentwurf bestand zwar Einigkeit dahingehend, dass er gute Ansätze biete, aber so manche Frage offenließe. So gehe der Plan des Bundesgesundheitsministeriums, eine Leitstelle pro eine Million Einwohner, in die richtige Richtung. Dafür aber fehlten an anderer Stelle klare rechtliche, das System entlastende Regelungen für den Rettungsdienst, der zwingend mit in die Reform einbezogen werden müsse, wenn diese erfolgreich sein soll. *sth*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Prävention: Ohne kommunale Beteiligung geht es nicht

Seit 2015 verbessert das Präventionsgesetz die Grundlagen der Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen. Dazu setzt das Gesetz vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Ziele, etwa durch die Nennung besonderer Zielgruppen und verpflichtender Ausgaben. **Der gesamtgesellschaftliche Auftrag für Gesundheitsförderung und Prävention richtet sich allerdings nicht nur an die GKV, sondern insbesondere auch an die Kommunen.** Da das Gesetz nicht zustimmungspflichtig war, konnten die Kommunen aber nicht zur Mitwirkung und Mitfinanzierung verpflichtet werden. Ob Präventionsmaßnahmen in einzelnen Kommunen umgesetzt werden, ist somit von der Prioritätensetzung der Kommunalpolitik vor Ort abhängig. Dies betonte auch Dr. Katharina Böhm, Geschäftsführerin der

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., bei einem Vortrag vor Verwaltungsratsmitgliedern



Dr. Katharina Böhm, Geschäftsführerin der HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

der Ersatzkassen und den Ersatzkassenvertreter:innen im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Hessen in der vdek-Landesvertretung. Gleichzeitig machte sie deutlich, wie Kommunen zum Beispiel durch Koordinationsfachstellen für Gesundheit und den kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ motiviert werden sollen, sich mehr für Prävention einzusetzen. **Wie wichtig Prävention für die Ersatzkassen in Hessen ist, zeigt die Förderung zahlreicher ersatzkasseneigener Projekte im Rahmen des vdek-Präventionskonzepts.** Bisher wurden durch die Ersatzkassen und den vdek neun Leuchtturmprojekte gefördert, sieben davon in nichtbetrieb-

lichen Settings und zwei im Setting stationäre Pflege. Das ist **#regionalstark!** *hk*

X @vdek_HH Das Hamburgische Krebsregister @KrebsregisterHH feiert 10. Geburtstag – herzlichen Glückwunsch zur erfolgreichen Aufbauarbeit! Im Kampf gegen den #Krebs haben die gesetzlichen Krankenkassen das Register von Anfang an unterstützt. #GKV @hh_bwfgb

X @vdek_HE Selbsthilfe ist wichtig, da sie die professionelle Gesundheitsversorgung auf wertvolle Weise ergänzt. Die gesetzlichen Krankenkassen #GKV in Hessen unterstützen deshalb die gesundheitsbezogene Selbsthilfe dieses Jahr mit über 6 Millionen Euro.

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

Mutmacher für neue Strukturen der Krankenhäuser

Krankenhausplanung ist kein leichtes Unterfangen, wie man allorten merkt. Denn sobald Standortanpassungen vorgeschlagen werden, regt sich von vielen Seiten Widerstand. Dabei sollte allen klar sein: Es muss sich etwas verändern, wenn die Versorgung gut bleiben soll. **Mögliche Szenarien, um die Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland weiter zu entwickeln, liefert jetzt ein Gutachten, das die Krankenkassen und ihre Verbände aus beiden Bundesländern beim Institute for Health Care Business GmbH (hcb) zur „Zukunft der Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland“ in Auftrag gegeben haben.** Dieses wurde nun vorgestellt – mit zwei echten Mutmachern. Mutmacher Nummer eins: In beiden Ländern sind die Menschen gut versorgt, auch im Notfall. In Rheinland-Pfalz erreichen 99 Prozent der Menschen in unter 30 Minuten eine Klinik, im Saarland alle. Dennoch zeigen die Prognosen im Gutachten des hcb unter Leitung von Prof. Dr. Augurzky klar: Die jetzigen Strukturen müssen angepasst werden, damit die gesundheitliche Versorgung der Menschen auch gut bleibt. Dass die derzeitigen Strukturen bereits ins Wanken geraten sind, ist nicht mehr von der Hand zu weisen: Es wird, auch wegen sinkender Auslastungszahlen, immer schwieriger, gerade kleine Krankenhäuser wirtschaftlich zu betreiben. Die optimale Betriebsgröße liegt hier bei 500 bis 900 Betten. Und der demografische Wandel ist im Gesundheitsbereich und speziell in den Kliniken am drastischsten zu spüren. Weniger Pflegekräfte und Ärzte müssen immer mehr Patienten versorgen und immer mehr Ärzte, insbesondere Hausärzte, stehen selbst kurz vor dem Ruhestand. Ergo: Die Fachkräfte

müssen optimal über die Länder verteilt werden, damit jeder Bürger Zugang zu ihnen erhält. „Beide Bundesländer haben das Potenzial, Angebot und Nachfrage weiterhin zusammenzubringen“, so Augurzky während der Vorstellung des Gutachtens in Mainz und Saarbrücken. **Der Schlüssel: mehr Ambulantisierung, Schwerpunktbildung, Zentralisierung sowie eine stärkere Zusammenarbeit von ambulant und stationär.** Konkret geht es um die Bündelung von Fachkräften, -wissen und -infrastruktur sowie ums Zusammenlegen kleiner Standorte mit ambulanten

Zentren an den Altstandorten. Alles Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel, für den Erhalt der Versorgungssicherheit und mehr Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit. Natürlich sind dies Idealzustände für Rheinland-Pfalz und Saarland, bei deren selbst teilweiser Umsetzung vielfältige Ziel- und Interessenkonflikte ausgeräumt werden müssen. Doch sieht Augurzky einen wichtigen Tür-



öffner bei der Bevölkerung: „Die Entscheidungsträger müssen Bürgerdialoge schaffen. Die Leute müssen sich mit der Zukunft ihrer Krankenhäuser beschäftigen wollen.“ Und nun zum nicht unwesentlichen Mutmacher Nummer zwei im Gutachten: Saarland und Rheinland-Pfalz können fast nur mithilfe des Transformationsfonds eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur finanzieren. Die Neustrukturierung der gesundheitlichen Versorgung von morgen ist also möglich in beiden Ländern, wenn gleich die aktuell angedachten Regelungen zur Finanzierung des Transformationsfonds sehr kritisch zu bewerten sind. Das sind insgesamt vielversprechende Aussichten, denen nun im Schulterchluss mit allen Entscheidungsträgern Taten folgen sollten. *drs*

Dein Herz und Du: Initiative gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt die häufigste Todesursache, verantwortlich für etwa ein Drittel aller Sterbefälle. Als Antwort darauf wurde die Herzwoche ins Leben gerufen, die vom 3. bis 8. Juni 2024 bereits zum fünften Mal unter dem Motto „#herzenssache – Mach’ Deinem Herzen Beine!“ stattfand. Die Herzwoche ist eine gemeinsame Initiative des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und der Deutschen Herzstiftung e.V. In ganz Sachsen-Anhalt haben sich zahlreiche Partner beteiligt, darunter Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Herzsportgruppen, Gesundheitsämter und Krankenkassen. Sie stellten ein breites Spektrum an Bewegungs-, Ernährungs- und Beratungsangeboten zur Verfügung. Zusätzlich zu den lokalen Aktionen fanden



zentrale Veranstaltungen in Dessau, Halle, Burg und Stendal statt. Höhepunkt der Herzwoche war der Familientag am Samstag in Magdeburg. Besucher konnten an verschiedenen Aktivitäten teilnehmen und sich umfassend informieren. Die BARMER und die DAK-Gesundheit organisierten sportliche Mitmachaktionen wie die Carrera-Fahrradrennbahn und Informationsstände, um das Bewusstsein für die Herzgesundheit zu stärken.

Besondere Aufmerksamkeit bei den Zentralveranstaltungen und am Familientag erregte die DaRookies Breakdance Crew mit ihren Auftritten. Die Breakdance-Gruppe sprach ein möglichst großes Publikum an und sensibilisierte auch bereits junge Menschen für das Thema „Herzgesundheit“. Der Termin für die sechste Herzwoche steht schon fest: Sie wird vom 16. bis 21. Juni 2025 stattfinden. *els*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Positionen zur Brandenburger Landtagswahl

Anlässlich der Landtagswahlen in Brandenburg am 22. September 2024 hat die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg gemeinsam mit den Ersatzkassen gesundheits- und pflegepolitische Forderungen veröffentlicht. **Prävention, ambulante und stationäre Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung sowie Pflege sind dabei die zentralen Themen.** Reformen sind notwendig: Das Land muss etwa im Krankenhaussektor investieren, die Notfallversorgung reformieren, den Arztberuf im ländlichen Raum attraktiver gestalten und die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger begrenzen. Die Ersatzkassen stehen bereit, mit allen Akteuren im Gesundheitswesen in einen offenen Dialog zu treten, um gemeinsam innovative Lösungen für die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Brandenburg zu entwickeln. *vb*
→ t1p.de/qk0gr



VDEK-LANDESVERTRETUNG MECKLENBURG-VORPOMMERN

Leitungswechsel in Mecklenburg-Vorpommern

Seit dem 1. Juni 2024 hat die vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern eine neue Leiterin. **Neben der Leitung der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein übernahm Claudia Straub (Foto) nun auch im Nordosten die Verantwortung.** „Ob im Bereich der Krankenhäuser, der ambulanten Versorgung oder auch im Pflegebereich – der Druck ist groß, eine an der Versorgungsqualität orientierte Versorgung zu gestalten, die für die Versicherten auch bezahlbar bleibt. Hier wird sich der vdek in Mecklenburg-Vorpommern auch weiterhin engagiert als verlässlicher Partner einbringen“, versichert Straub. „Ich bin sehr froh, dass die Versicherten gerade auch in diesen Zeiten in beiden norddeutschen Flächenländern auf ihre Erfahrung und ihren Einsatz bauen können“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. *sth*



VDEK-LANDESVETRETUNG THÜRINGEN

Mobiles Versorgungsangebot für Betroffene mit Post-Covid

Seit November 2023 läuft in Thüringen das Projekt WATCH. Dahinter verbirgt sich eine mobile Versorgung für Post-Covid-Patientinnen und -Patienten im Land mithilfe eines „Post-Covid-Busses“ (PoCoBus). Als Standorte dafür werden gut erreichbare Orte zum Beispiel in der Nähe von Landratsämtern gewählt. In einer Woche können etwa zwanzig Patienten im PoCoBus umfassend untersucht und für ein zwölfwöchiges Behandlungsprogramm angeleitet werden, welches die Teilnehmenden zu Hause absolvieren. **WATCH** steht für „**Mobiler wohnortnahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden Therapie bei Post-Covid-19 in Thüringen**“. Es umfasst computerbasierte Trainingseinheiten für die geistige Fitness, ein digitales Sportrehabilitationsprogramm, das die Betroffenen über Smartwatch-Daten kontrollieren, und verhaltenstherapeutische Übungen. Webinare



bieten die Möglichkeit für Zwischeninformationen und Rückfragen. WATCH wird über drei Jahre mit 5,8 Millionen Euro vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Durchgeführt wird es vom Universitätsklinikum Jena in Zusammenarbeit mit den Hausärzten und -ärztinnen, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, der BARMER, der Techniker Krankenkasse, der DAK Gesundheit, der AOK PLUS, der IKK Classic, der IKK Gesund Plus, der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke, der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Universitätsmedizin Halle und der Technischen Universität Dresden. **Langfristig soll das Projekt die Versorgung bei Post-Covid in ländlichen Regionen verbessern.** Die Betroffenen sollen eine Verbesserung der körperlichen und (neuro-)psychologischen Gesundheit und damit der Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben erfahren. *lvt*

VDEK-LANDESVETRETUNG BAYERN

Im Gespräch mit Gesundheitsministerin Judith Gerlach

Am 8. November 2023 wurde **Judith Gerlach (Foto 4. v.l.)** als Nachfolgerin von Klaus Holetschek zur Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention berufen. Mit vielen der zahlreichen Akteure im bayerischen Gesundheitswesen fanden zwischenzeitlich Gespräche statt. Auch der vdek-Landesvertretung Bayern stattete die neue Ministerin ihren Antrittsbesuch ab. Nachdem es eingangs nicht an Themen mangelte, wurden Schwerpunkte gesetzt: Die viel diskutierte Krankenhausreform, die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie die Prävention standen im Mittelpunkt des gemeinsamen Austauschs,



an dem auch die Landeschefs der Ersatzkassen in Bayern teilnahmen. Die Staatsministerin und die Ersatzkassenvertreter stimmen überein, dass es nicht zuletzt aufgrund der knapper werdenden Ressourcen Personal und Geld einen echten und geordneten Strukturwandel für eine zukunftsfähige Krankheitslandschaft in Bayern braucht. Die vdek-Landesvertretung stellte das Ersatzkassenangebot „Fit für Apps und Internet“ vor. Die Ministerin berichtete über eine geplante Digital-Offensive ihres Hauses und unterstrich den Stellenwert der Prävention: „Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, so Gerlach. *th*



EINWURF

Prävention muss auf Evidenz basieren

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

Das Bundesgesundheitsministerium will die Herzgesundheit stärken. Hört sich gut an, doch mit dem geplanten Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) schlägt die Politik einen völlig falschen Weg ein. Anstatt qualitätsgeprüfte Prävention, Gesundheitskompetenz und Verhaltensänderungen zu stärken, damit Krankheiten erst gar nicht entstehen, will sie flächendeckende Screenings einführen und mittels Verordnungsermächtigung den Zugang zu Medikamenten zur Cholesterinsenkung erleichtern.

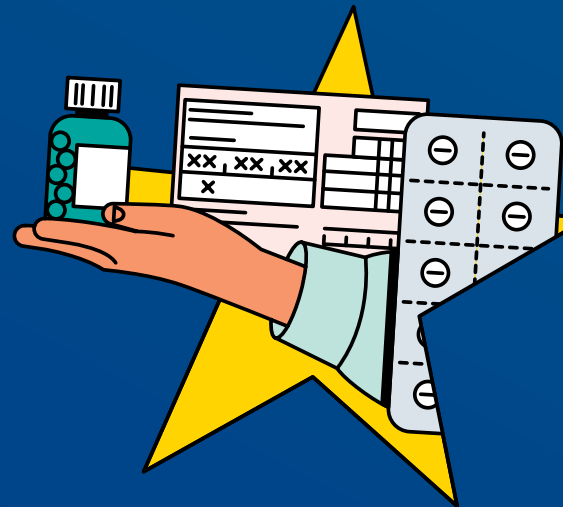
So sieht der Referentenentwurf zum GHG zum einen eine Ausweitung von Check-Ups vor, die weder auf ihre Wirksamkeit noch auf die Wirtschaftlichkeit hin systematisch und transparent überprüft wurden. Somit ist unklar, inwiefern sie mehr nutzen als schaden. Damit rückt die evidenzbasierte Medizin in den Hintergrund – ein fatales Signal. Wir sagen deshalb ganz klar: Die Evidenz muss maßgebliches Kriterium für eine qualitätsgesicherte und nachweislich wirksame Versorgung bleiben. Zum anderen gibt das GHG vor, in welchen Fällen gesetzlich Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Statinen haben. Auch bereits Kindern und Jugendlichen sollen cholesterinspiegel-senkende Mittel verordnet werden können. Damit setzt das Gesetz auf Medikamente, nicht auf Prävention. Darüber hinaus legt die Politik mit dem GHG medizinische Inhalte fest und definiert

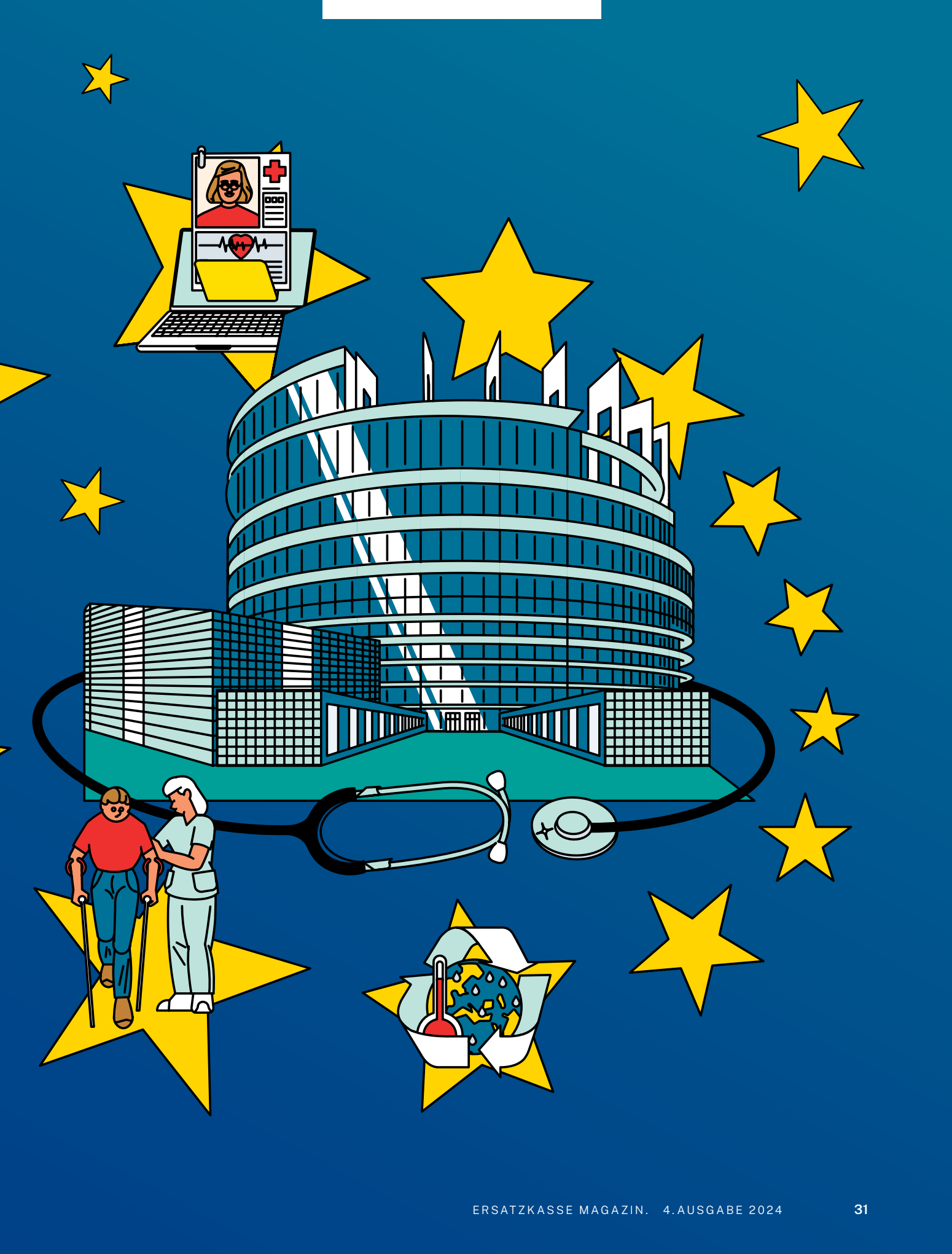
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu. Doch die Entscheidung, ob und wann eine bestimmte Therapie sinnvoll und angemessen ist, obliegt aus gutem Grund dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Er gestaltet den GKV-Leistungskatalog auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken aus. Dass der Staat jetzt die Leistungsumfänge und Verordnungslandschaft im Detail selbst regeln will, ist ein weiterer tiefgreifender Einschnitt in die Kompetenz der Selbstverwaltung. Es ist ureigene Aufgabe des G-BA, die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der GKV gezahlt werden. Dieses System hat sich bewährt und darf nicht aufgeweicht werden.

Wir müssen die Ursachen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekämpfen, nicht die Symptome. Statt einer durch das Gesetz geförderten Medikalisierung von Krankheitsrisiken brauchen wir echte Prävention. Die GKV bietet ihren Versicherten mit rund 110.000 Kursen eine Fülle an qualitätsgeprüften Präventionsangeboten. Im letzten Jahr gab es nahezu 1,5 Millionen Kursteilnahmen. Das ist auch ein Ergebnis politischer Entscheidungen für eine stärkere Präventionsorientierung. Diese sinnvoll angelegten GKV-Beitragsfelder sollten jetzt nicht für Reparaturmedizin umgewidmet werden. ■

Gesundheit in der EU

Die Europäische Union (EU) ist ein einmaliges Erfolgsprojekt, das für soziale Rechte, gemeinsames Wirtschaften und ein Leben in Frieden und Freiheit steht. Zugleich bietet sie ihren Bürgerinnen und Bürgern eine leistungsstarke Gesundheitsversorgung und sorgt dafür, dass Menschen über die Grenzen hinweg bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit gut abgesichert sind. Zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung gehört im grenzüberschreitenden Kontext auch der geplante Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS). Darüber hinaus hat die EU-Kommission eine Reform des EU-Arzneimittelrechts angestoßen, deren Ziel es sein muss, erschwingliche und innovative Arzneimittel für alle Bürgerinnen und Bürger der EU verfügbar zu machen.





Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich

Text von **Michael Müller**

Im internationalen Vergleich verfügt das deutsche Gesundheitswesen über außerordentlich **hohe finanzielle Ressourcen**, diese könnten jedoch effizienter eingesetzt werden. Umfangreiche Kapazitäten und ein allgemein guter Systemzugang führen zu einem äußerst hohen Leistungsvolumen. Versorgungsqualität und Gesundheitszustand der Bevölkerung (Health Outcomes) liegen jedoch häufig nur im internationalen Durchschnitt.

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass Gesundheitssysteme weltweit auf eine Notlage dieser Tragweite nicht vorbereitet waren. Sie hat auch veranschaulicht, dass sich die Erwartungen an ein gut funktionierendes Gesundheitssystem wandeln und die Themen Resilienz, Patientenzentrierung der Versorgung oder ökologische Nachhaltigkeit zukünftig eine größere Rolle spielen werden. „Dies spiegelt sich auch im neuen „Health Systems Performance Assessment Framework“ der OECD wider, mit dem die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen evaluiert werden kann. Aber wie steht es eigentlich um die Gesundheitsversorgung in Deutschland und den Gesundheitszustand der Bevölkerung? Und wie lässt sich die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im europäischen Kontext einordnen?

Gemessen an der Wirtschaftsleistung wendet kein Land in Europa mehr für Gesundheit auf als

Deutschland. Im Jahr 2022 lag der finanzielle Ressourcenaufwand in Deutschland bei 12,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Im gesamten EU-Raum lag dieser Wert bei 10,4 Prozent. Weltweit gaben nur die USA mehr für Gesundheit aus (16,5 Prozent). Umgerechnet auf die Bevölkerung lagen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland bei rund 5.300 Euro (in Kaufkraftparitäten). Das sind 50 Prozent mehr als im EU-Durchschnitt, circa 20 Prozent mehr als in Frankreich und 10 Prozent mehr als in Österreich.

Dieser umfangreiche Mitteleinsatz sorgt für eine hohe Verfügbarkeit an Gesundheitspersonal und Infrastruktur. Für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sorgen in Deutschland unter anderem 4,5 Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise 12 Krankenpflegerinnen und -pfleger pro 1.000 Einwohner. Damit weist Deutschland eine 10 Prozent höhere medizinische sowie eine 40 Prozent höhere



pflegerische Personalausstattung als der EU-Durchschnitt auf. Nur in wenigen europäischen Ländern sieht die Personalsituation besser aus: Österreich hat mehr medizinisches Personal, Norwegen und die Schweiz mehr Pflegepersonal. Trotz des vergleichsweise hohen allgemeinen Personalstandes im Gesundheitsbereich scheint die Arbeitsbelastung aufgrund hoher Behandlungsvolumen in Deutschland allerdings enorm zu sein. So ist zum Beispiel das Verhältnis von Pflegekräften zu Betten im Krankenhaus eines der niedrigsten in Europa. Zudem gibt es in Deutschland natürlich wie in vielen anderen Ländern regionale Unterschiede in der Personalausstattung. Bei einer detaillierten Analyse der deutschen Ärzteschaft fällt zudem auf, dass der Anteil der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit 16 Prozent im europäischen Vergleich eher gering ist.

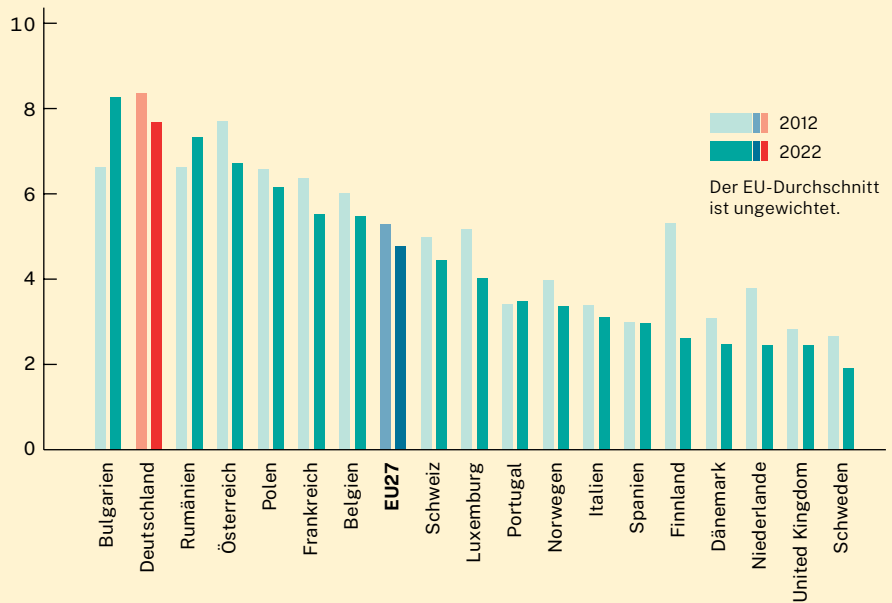
Bei der stationären Behandlungskapazität steht Deutschland schon seit Langem weit oben. Mit 7,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner hat Deutschland – bezogen auf die Bevölkerung – eine 60 Prozent höhere Bettenkapazität als der EU-Durchschnitt, die lediglich von Bulgarien übertroffen wird. Frankreich (5,5), die Schweiz (4,4) oder Dänemark (2,5) organisieren die stationäre Versorgung ihrer Bevölkerung mit wesentlich weniger Betten.

Diese hohe Verfügbarkeit an Gesundheitspersonal und Infrastruktur führt zu einer umfassenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Im Schnitt geht jeder Bundesbürger beziehungsweise jede Bundesbürgerin jährlich knapp zehnmals zu einer Ärztin oder einem Arzt – und damit häufiger als die meisten europäischen Nachbarn.



Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (Abb.1)

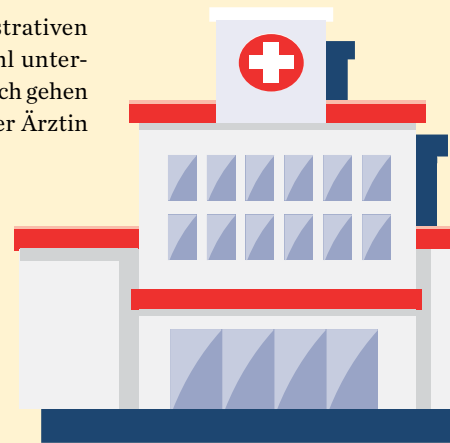
2012 und 2022; ausgewählte europäische Staaten



Quelle: OECD Gesundheitsstatistiken 2024

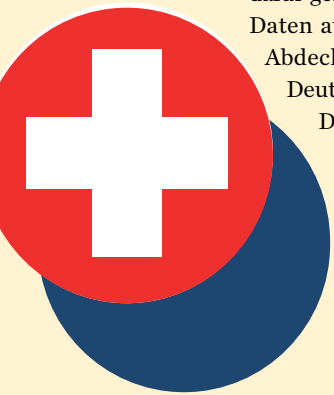
Allerdings basiert diese Zahl auf administrativen Daten, welche die tatsächliche Kontaktzahl unterschätzen dürfte. Zum Vergleich: In Frankreich gehen die Menschen nur 5,6 Mal pro Jahr zu einer Ärztin oder einem Arzt.

Auch im stationären Bereich ist die Leistungsanspruchnahme in Deutschland sehr hoch. Mit 213 Krankhausesweisungen pro 1.000 Einwohnenden lag sie im Jahr 2022 knapp 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt. In Frankreich oder der Schweiz liegt diese Quote um ungefähr ein Viertel niedriger; in Dänemark oder Schweden ist die Rate der stationären Einweisungen um circa 40 Prozent geringer. Auch bei elektiven Eingriffen liegt Deutschland in der Spitzengruppe. Bezogen auf die Bevölkerung führt innerhalb der EU kein Land mehr Knie- oder Hüftgelenkersatzoperationen durch.



Das deutsche Gesundheitssystem gilt im Allgemeinen als gut zugänglich. Routinemäßig europaweit durchgeführte Befragungen weisen auf einen relativ geringen „ungedeckten Behandlungsbedarf“ hin. Ein vergleichsweise geringer Anteil der deutschen Bevölkerung gibt bei diesen Umfragen an, aus finanziellen Gründen oder aufgrund zu langer Wartezeiten beziehungsweise der Entfernung zum Behandlungsort auf eine medizinische Behandlung zu verzichten. Auch andere Daten stützen die These eines guten Systemzugangs. Zum einen kann das hohe Behandlungsvolumen als Indiz dafür genommen werden, zum anderen suggerieren Daten auf aggregierter Ebene, dass die finanzielle Abdeckung gegen krankheitsbedingte Kosten in Deutschland stärker ausgeprägt ist als anderswo.

Der Anteil der selbst zu tragenden Kosten an den gesamten Gesundheitsausgaben lag in Deutschland im Jahr 2022 bei rund 11 Prozent – deutlich unter den meisten anderen EU-Staaten. Daraus kann man ableiten, dass das Leistungspaket der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland umfangreicher als anderswo ist.



Die verfügbaren Daten zur Ermittlung der Versorgungsqualität zeigen für Deutschland ein gemischtes Bild: So hat Deutschland beispielsweise eine international sehr geringe Verschreibungsrate für Antibiotika. Dies gilt als Indikator für ein verantwortungsvolles Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten und ist ein Beitrag, um Antibiotikaresistenz zu vermeiden. Bei vermeidbaren Krankenhauseinweisungen sieht es allerdings anders aus. Deutschland verzeichnet vergleichsweise hohe Raten an stationären Krankenhaufällen aufgrund von Diabetes, Herzinsuffizienz und COPD/Asthma. Diese Krankheiten können prinzipiell ambulant behandelt werden, und eine hohe Zahl an stationären Aufenthalten mit diesen Diagnosen lässt auf Lücken in der Primärversorgung schließen. In anderen Ländern wie beispielsweise Österreich, Italien, der Schweiz oder den Niederlanden sind Krankenhauseinweisungen für diese Krankheiten teilweise deutlich geringer. Neben dem schon erwähnten Verbesserungspotenzial in der Primärversorgung trägt in Deutschland auch die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die damit zusammenhängende eher schwächer ausgeprägte Koordination und Integration von Leistungen zur hohen Zahl an Krankenhaufällen bei.

Lebenserwartung bei Geburt (Abb. 2)

2003 und 2023; Daten für 2023 basierend auf vorläufiger Schätzung; ausgewählte europäische Staaten



Quelle: Eurostat 2024

Auch bei der stationären Akutversorgung weisen die verfügbaren Indikatoren nur auf eine durchschnittliche Qualität in Deutschland hin. So liegt die 30-Tage-Sterblichkeit nach Herzinfarkt über der Mehrzahl der EU-Staaten. Bei der 30-Tage-Mortalität nach Schlaganfall ist Deutschland hingegen etwas besser als der EU-Durchschnitt. Die überdurchschnittliche Mortalität bei Herzinfarkt mag auch damit zusammenhängen, dass in Deutschland viele kleine Krankenhäuser ohne ausreichend Personal oder technische Ausstattung komplexe Leistungen erbringen. Bei Schlaganfall hingegen ist die Behandlung in spezialisierten Stroke-Units üblich.

Die Messung und der internationale Vergleich der Patientenzentrierung der Versorgung sowie der Qualität

und der Outcomes aus Patientenperspektive gestalten sich momentan noch als schwierig. In den letzten Jahren hat die OECD einen Patientensurvey („Patient-Reported Indicator Survey“ – PaRIS) entwickelt, der diese Lücke schließen soll. Er richtet sich an chronisch erkrankte Patienten und erste Ergebnisse zu den Patientenerfahrungen aus 20 Ländern werden 2025 veröffentlicht.

Der hohe Ressourcenaufwand in Deutschland spiegelt sich nicht in einer höheren Lebenserwartung oder besseren Health Outcomes wider. So lag die Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2023 geschätzt bei 81,2 Jahren, knapp unter dem EU-Durchschnitt. Unter denjenigen 15 europäischen Staaten (EU-15), die bis zur EU-Erweiterung im Jahr 2004 die EU definierten (hauptsächlich aus Süd-, West- und Nordeuropa), ist Deutschland dabei mittlerweile Schlusslicht. In Luxemburg, Italien, Spanien, Schweden, aber auch der Schweiz werden die Menschen im Durchschnitt über zwei Jahre älter. Zudem war der Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland zwischen 2000 und 2023 weniger stark ausgeprägt als in den meisten anderen EU-Staaten. Auch bei anderen Health Outcomes wie der durch Prävention und Behandlung vermeidbaren Sterblichkeit oder dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand liegt Deutschland nur im Mittelfeld der EU.

Neben dem Systemzugang und der Versorgungsqualität gibt es natürlich noch viele weitere Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Einer davon ist der Umgang mit gesundheitlichen Risiken. Auch hier ist die Situation gemischt. Einerseits wird in Deutschland mehr Alkohol konsumiert als im EU-Schnitt (10,6 Liter pro Kopf jährlich) und ein etwas höherer Anteil der Bevölkerung (54 Prozent) ist übergewichtig oder adipös. Andererseits ist der Tabakkonsum in Deutschland inzwischen weniger weit verbreitet als in anderen EU-Staaten (15 Prozent der Erwachsenen rauchen täglich) und die deutsche Bevölkerung ist häufiger körperlich aktiv. Zudem scheint die Teilnahmebereitschaft

Weiterführende Informationen

Eine Übersicht über die unterschiedlichen Arbeitsgebiete und Projekte der OECD im Gesundheitsbereich:
→ oecd.org/health

Die Datenbank mit OECD-Gesundheitsstatistiken:
→ data-explorer.oecd.org

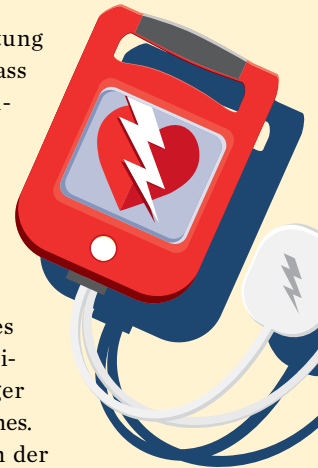
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing.

an Krebsvorsorgeuntersuchungen in Deutschland etwas weniger stark ausgeprägt zu sein als in anderen europäischen Ländern.

In der Gesamtbetrachtung kann man festhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen zu wenig „value for money“ (Preis-Leistungs-Verhältnis) erbringt: dem sehr hohen finanziellen Mitteleinsatz sollten bessere Ergebnisse gegenüberstehen. Das deutsche System produziert zwar ein hohes Leistungsvolumen, allerdings erreichen andere Länder mit weniger Ressourcen bessere Health Outcomes. Ein Ansatzpunkt könnte dabei in der Reduzierung der Krankenhausfallzahlen liegen. Eine Stärkung der Primärversorgung, eine bessere sektorenübergreifende

Integration von Leistungen sowie eine Förderung ambulanter beziehungsweise tagesstationärer Eingriffe könnten hierzu beitragen. Eine umfangreichere Nutzung des Digitalisierungspotenzials im Gesundheitswesen kann zu einer effizienteren Behandlung führen und die Versorgung verbessern. Hier hinkt Deutschland seinen europäischen Nachbarn teilweise noch hinterher. Schließlich sollten Präventionsmaßnahmen noch intensiviert werden, um den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und die Prävalenz chronischer Erkrankungen zu reduzieren.

Darüber hinaus stellt der demografische Wandel das Gesundheitssystem vor weitere Herausforderungen. Um dem zu erwartenden Anstieg an medizinischen Behandlungsbedarf zu begegnen, sollten rechtzeitig die Weichen dafür gestellt werden, auch zukünftig ausreichend medizinisches Personal und Pflegekräfte zur Verfügung zu haben. Dazu gehören unter anderem Investitionen in Ausbildung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, ein neuer Ansatz in der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen sowie insgesamt ein effizienterer Ressourceneinsatz mit einer Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich. ■



Michael Müller
ist Health Policy Analyst bei der OECD*

*Der Inhalt dieses Beitrages gibt nicht unbedingt die offizielle Position der OECD oder ihrer Mitgliedsstaaten wieder.

Gesundheit über Grenzen hinweg

In den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) hat vom 6. bis zum 9. Juni 2024 die **Europawahl 2024** stattgefunden. Das neu gewählte Europäische Parlament konstituierte sich am 16. Juli 2024 und wählte zwei Tage später Ursula von der Leyen erneut zur Präsidentin der Europäischen Kommission. In ihren politischen Leitlinien adressiert sie auch gesundheitspolitische Herausforderungen.

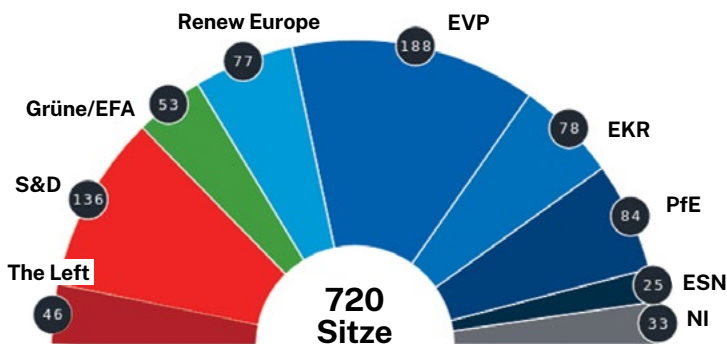
Das neu gewählte EU-Parlament für die Legislaturperiode 2024 bis 2029 besteht aus 720 Abgeordneten, davon kommen mit 96 Abgeordneten die meisten aus Deutschland (→ **Abb. 1**). Mit einer Wahlbeteiligung von 64,8 Prozent in Deutschland nahmen hierzulande mehr Menschen an der Europawahl teil als bei der letzten Europawahl 2019 (61,4 Prozent). Erstmals durften in diesem Jahr in Deutschland auch Jugendliche ab 16 Jahren wählen. Die Abgeordneten schließen sich entsprechend ihrer politischen Orientierung zu Fraktionen zusammen (→ **Abb. 2**). Die Prioritäten für ihre Amtszeit formulierte EU-Kommissionspräsidentin von der Leyen in politischen Leitlinien. Mit Blick auf den Gesundheitssektor will sie vor allem das Problem von Arzneimittelknappheiten angehen, die EU-Gesundheitsunion weiter ausbauen, im Rahmen der Prävention insbesondere die psychische Gesundheit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Blick nehmen und die Cybersicherheit im Gesundheitswesen erhöhen. *ake*

Abb.1 Verteilung der Sitze im EU-Parlament pro Land

Deutschland	96		96
Frankreich	79	2	81
Italien	76		76
Spanien	59	2	61
Polen	52	1	53
Rumänien	33		33
Niederlande	29	2	31
Belgien	21	1	22
Griechenland	21		21
Tschechien	21		21
Schweden	21		21
Portugal	21		21
Ungarn	21		21
Österreich	19	1	20
Bulgarien	17		17
Dänemark	14	1	15
Finnland	14	1	15
Slowakei	14	1	15
Irland	13	1	14
Kroatien	12		12
Litauen	11		11
Slowenien	8	1	9
Lettland	8	1	9
Estland	7		7
Zypern	6		6
Luxemburg	6		6
Malta	6		6

■ 2020–2024
■ zusätzliche Sitze
■ 2024–2029

Abb.2 Europäisches Parlament 2024–2029



Quelle: von Verian für das Europäische Parlament bereitgestellt

Quelle: Europäisches Parlament

Drei Fragen an

Beatrice Kluge

Im Frühjahr 2024 hat das Europäische Parlament die Verordnung über einen Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) verabschiedet. Diese zielt darauf ab, die Interoperabilität der Gesundheitssysteme der EU-Länder zu fördern und die Leistungen für Patient:innen zu verbessern. Beatrice Kluge, Head of International Partnerships bei der gematik, erläutert die Hintergründe und Bedeutung dieses EU-Datenraums.

Welche Vorhaben und Ziele sind mit dem EHDS verbunden? Der Fokus des geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraums liegt auf der Verbesserung von Versorgung, Forschung und Innovation in der EU. Der EHDS soll vor allem im grenzüberschreitenden Kontext einen einfacheren und schnelleren Zugang der EU-Bürger:innen und von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die diese behandeln, zu den persönlichen Gesundheitsdaten ermöglichen. Die Gesundheitsdaten werden in der Versorgung erhoben und sind beziehungsweise werden Teil der elektronischen Patientenakten (ePA).

Was sind die Vorteile der gemeinsamen Nutzung von Daten in der EU? Der EHDS bietet für Patient:innen eine Vielzahl an Vorteilen:

- **Infrastruktur und Technologie:** Künftig soll der Zugang zu Gesundheitsdaten europaweit grenzüberschreitend möglich sein. Beispielsweise sollen EU-Bürger:innen ihre E-Rezepte in jeder Apotheke innerhalb der EU einlösen können. Angestrebt wird eine grenzüberschreitende digitale Möglichkeit zum Zugriff auf für die Versorgung relevante Informationen, zum Beispiel über Behandlungen, Operationen, Medikationspläne, Laborwerte und den Impfstatus; in Deutschland wird zentraler Zugriffspunkt für Patient:innen und Behandelnde die ePA sein. So wird das Selbstbestimmungsrecht der EU-Bürger:innen in Bezug auf ihre Gesundheitsdaten weiter gestärkt.
- **Effiziente Ressourcennutzung:** Neue Informationstechnologien ermöglichen immer neue produktive Austauschprozesse. Der grenzüberschreitende Datenzugriff soll auch Doppeluntersuchungen verhindern, Abläufe effizienter gestalten und dabei helfen, Medikationsfehler zu vermeiden.



- **Datenqualität und Interoperabilität:** Gesundheitsdaten sollen in einem europäischen Austauschformat sicher und grenzüberschreitend ausgetauscht und genutzt werden dürfen, ohne dass sie an Qualität verlieren. Hierfür müssen EU-weite Standards geschaffen und Sprachbarrieren überwunden werden.
- **Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit:** Die Generierung und Integration hochspezifischer und quantitativer Daten legen den Grundstein für eine genaue Diagnose und Therapie. Dadurch kann ein ganzheitliches Verständnis der Patientin/des Patienten und der Krankheit geschaffen werden.

- **Personalisieren, wenn es darauf ankommt:** Für die Personalisierung von Behandlungsstrategien ist ein genaues Verständnis des Patientenstatus unerlässlich. Bildgebende Verfahren, Labortests und Genomik liefern dafür notwendige spezifische Informationen. Dies führt zu sichererer, effektiverer Therapie und spart Kosten.

Ist der Datenschutzaspekt bei diesem europäischen Vorhaben gewährleistet?

Aspekte wie Datenschutz, Datensicherheit und Rechtsklarheit stehen im Mittelpunkt. Der EHDS baut auf der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Vorschlag für ein Daten-Governance-Gesetz, dem Entwurf eines Datengesetzes und der NIS-Richtlinie auf. Dies umfasst unter anderem einheitlich rechtliche, technische und organisatorische Rahmenbedingungen in allen EU-Mitgliedsländern, Souveränität der Patient:innen durch Kontrolle über ihre Daten (zum Beispiel Recht zum Opt-Out), klare Bestimmungen für erlaubte Verwendungszwecke in Bezug auf die sekundäre Datennutzung und Datenverarbeitung für Sekundärnutzungszwecke nur in sicherer Verarbeitungsumgebung. ■

Zeit der Einflussnahme

Text von Sibylle Reichert und Thomas Kanga-Tona

Die Europäische Kommission hat am 26. April 2023 ihre Vorschläge für eine **Reform des EU-Arzneimittelrechts** veröffentlicht. Das Europäische Parlament nahm am 11. April 2024 Stellung dazu. Ziel ist es, erschwingliche und innovative Arzneimittel für alle Bürgerinnen und Bürger der EU verfügbar zu machen und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Die Vorschläge bestehen aus einer Verordnung und einer Richtlinie, fassen die bisherigen EU-Rechtsvorschriften zu Arzneimitteln zusammen und aktualisieren diese. Dazu gehören die Richtlinie über den Gemeinschaftskodex für das Vermarkten von Arzneimitteln, die Verordnung über die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) und die Verordnung über Arzneimittel für seltene Erkrankungen.


Vorgesehen ist eine Erhöhung der Mindestschutzdauer für Anreize für neue pharmazeutische Produkte. Die EU-Kommission schlägt zehn Jahre als Mindestschutzdauer und eine Höchstdauer von zwölf Jahren vor. Das Europäische Parlament spricht sich für jeweils sechs Monate weniger aus – das aber sind immer noch sechs Monate mehr im Vergleich zur heutigen Regelung. Bei Arzneimitteln für seltene Erkrankungen einigte sich das EU-Parlament auf ein neunjähriges Marktexklusivitätsrecht für „normale“ Arzneimittel und ein elfjähriges für Arzneimittel, die sich an einen hohen ungedeckten medizinischen Bedarf richten; diese erhalten maximal 13 Jahre Marktexklusivität. Die Association Internationale de la Mutualité (AIM) spricht sich klar gegen eine Erhöhung der Mindestschutzdauer aus. Denn dies

würde effektiv bedeuten, dass teure Produkte länger auf dem Markt bleiben. Dies widerspricht dem Streben nach Bezahlbarkeit, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Arzneimitteln.

Des Weiteren schlägt die EU-Kommission einen übertragbaren Exklusivitätsgutschein vor, um die Entwicklung von neuen Antibiotika zu fördern. Das ist problematisch, auch wenn das EU-Parlament das Vorhaben durch strengere Regelungen abmildert. Besser wäre es, den Gutschein durch andere weniger kostspielige Maßnahmen zu ersetzen, etwa Push- und Pull-Anreize oder weniger Entkopplungsmechanismen. Zudem will das EU-Parlament ein neues System von Meilensteinzahlungen einführen, um die Entwicklung potenziell vorrangiger antimikrobieller Mittel zu unterstützen.

Vollständige Transparenz schaffen

Die Vorschläge der EU-Kommission für mehr Transparenz gehen zwar in die richtige Richtung, zumal das EU-Parlament die Art der Daten, die Antragsteller für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln veröffentlichen müssen, erweitern will. Aber eine vollständige Transparenz schreibt es nicht vor. Insgesamt sind die Vorschläge nicht geeignet, um das Machtgleichgewicht zugunsten der Preisfestsetzungs- und Erstattungsstellen



wiederherzustellen. Denn sie sehen keine Steuer-
vergünstigungen vor und, was noch wichtiger ist,
beinhalten keine Transparenz der Forschungs- und
Entwicklungs- sowie der Produktionskosten, was zu
einem besseren Verständnis des Verhältnisses zwi-
schen dem von den Unternehmen geforderten End-
preis und diesen Kosten beitragen könnte. Daher
sollte unbedingt eine vollständige Transparenz
geschaffen werden in Übereinstimmung mit dem
von der AIM entwickelten Rechner für faire Preise
(→ fairpricingcalculator.eu). Gut ist, dass das EU-
Parlament der Empfehlung der AIM folgt, eine
Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arz-
neimitteln zu ändern oder zu widerrufen, wenn
die entsprechend vereinbarten Bedingungen nicht
erfüllt wurden.

Unvollständige klinische Daten

Sorge bereiten die Bestimmungen zur Lockerung
des Rechtsrahmens. Diese würden die Zahl derjeni-
gen Verfahren vervielfachen, mit denen die Zulas-
sungsinhaber unvollständige klinische Daten in den
Zulassungs-, Preisfestsetzungs- und Erstattungsdo-
siers einreichen können, was zu Problemen bei der
Aufnahme solcher Arzneimittel in die Gesundheits-
systeme führen würde. Bei einigen Arzneimitteln
gehen die fehlenden Daten nie ein. Darüber hinaus
ist vorgesehen, die Fristen für die Bewertung neuer
Arzneimittel durch die EMA zu verkürzen. Das birgt
die Gefahr, dass dieses Problem nur noch verschärft
wird und den Erfolg der Verordnung über die Bewer-
tung von Gesundheitstechnologien untergräbt.

Dass die Zulassungsinhaber und Großhändler
künftig stärker in die Pflicht genommen werden sol-
len, Arzneimittel zu liefern, stärkt die Versorgungs-
sicherheit. Zugleich sollte aus Sicht der AIM die
Kommunikation rund um den Entzug oder die Been-
digung der Zulassung eines Arzneimittels verbessert
werden, indem beispielsweise die Zulassungsinhaber
gegebenenfalls verpflichtet werden, die Übertragung
der Zulassung auf einen anderen Marktteilnehmer
anzubieten. Auch sollte die Rolle der zuständigen
Behörden und der EMA in Bezug auf die Sammlung
und den Austausch von Informationen über Ver-
sorgungseingänge gestärkt werden. Ebenso
sollte es der Öffentlichkeit und den Ange-
hörigen der Gesundheitsberufe möglich

sein, Versorgungseingänge
zu melden. Diesem Ansatz folgt das EU-Parlament
und setzt sich für ein entsprechendes von der EMA
einzurichtendes System ein. Nicht zuletzt fordert die
AIM ausdrücklich, dass die Europäische Kommission
keine Befugnis hat, elektronische Packungsbeilagen
in der gesamten EU vorzuschreiben, und ist damit
ebenfalls einer Meinung mit dem EU-Parlament.

Die nächsten Schritte

Es liegt nun an den Mitgliedstaaten, das Dossier im
Europäischen Rat zu erörtern. Die Diskussionen
werden voraussichtlich bis mindestens Ende 2025
andauern. Ein Datum für die endgültige Verab-
scheidung der Rechtsvorschriften ist nicht bekannt.
Neben den Verhandlungen auf europäischer Ebene
ist es aus Sicht der AIM wichtig, dass auch auf na-
tionaler Ebene seitens der gesetzlichen Krankenver-
sicherung auf die Vorschläge reagiert und Einfluss
auf die Position des deutschen Gesundheitsminis-
teriums genommen wird. Die europäische Gesetz-
gebung muss im Fall einer Verordnung eins zu eins
und im Fall einer Richtlinie interpretativ in natio-
nale Gesetzgebung eingeführt werden. Desto mehr
ist im Zuge der Verhandlungen im Rat der Europä-
ischen Union die Position der Mitgliedstaaten von
Bedeutung. ■



Sibylle Reichert
ist Direktorin der
AIM



**Thomas Kanga-
Tona** ist Projekt-
manager bei der
AIM

Leistungsstarke Gesundheitsversorgung in Europa

Was nach der Europawahl auf der gesundheitspolitischen Agenda steht, wie die gesetzlich Versicherten in Deutschland von Europa profitieren und wie Europa umgekehrt von der sozialen Selbstverwaltung profitiert, erläutern die beiden alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, **Uwe Klemens** (vdek-Verbandsvorsitzender) und **Dr. Susanne Wagenmann** (Leiterin Abteilung Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände), im Interview.

Welche Vorteile bietet Europa den gesetzlich Versicherten in Deutschland?

KLEMENS Die Europäische Union (EU) ist ein einmaliges Erfolgsprojekt, das für soziale Rechte, gemeinsames Wirtschaften und ein Leben in Frieden und Freiheit steht. In der EU verbinden uns gemeinsame Werte: die uneingeschränkte Achtung von Demokratie, Menschenrechten und Rechtsstaatlichkeit. In der EU genießen die Menschen volle Freizügigkeit. Sie leben vorübergehend oder dauerhaft im Ausland, studieren und arbeiten dort. Die mobilen Versicherten können sich dank der europäischen Koordinierung der Sozialversicherungssysteme auch bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit auf eine gute Absicherung verlassen. Die Krankenkassen sorgen dafür, dass die Gesundheitsversorgung grenzüberschreitend ist.

Inwieweit profitiert Europa von der sozialen Selbstverwaltung?

WAGENMANN Als Selbstverwaltung bringen wir unsere Erfahrung seit über 30 Jahren auch auf europäischer Ebene ein. Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung wirkt mit ihrer Expertise in den Gremien und Gesetzgebungsprozessen auf europäischer Ebene mit. Die Umsetzung in den Mitgliedstaaten, den Gesundheitssystemen und den verantwortlichen Institutionen vor Ort kann so möglichst effektiv erfolgen. Die europäischen Institutionen sind auf die Akteurinnen und Akteure in den Mitgliedstaaten angewiesen. Darum ist es unerlässlich, dass die Selbstverwaltung bei der Planung von Reformen und deren Umsetzung berücksichtigt wird.

Gepplant ist ein Europäischer Gesundheitsdatenraum. Wie wird er die Versorgung mit Blick auf die Gesundheitsdaten verbessern?

KLEMENS Die Verabschiedung des Europäischen Gesundheitsdatenraums durch das Europäische Parlament im vergangenen April hat den Weg frei gemacht für eine verbesserte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Für die mobilen Versicherten wird die Behandlung künftig noch einfacher, etwa durch den digitalen Austausch von Behandlungsdaten, Rezepten und Abrechnungen. Dabei gilt es, diese sensiblen Gesundheitsdaten jederzeit sicher zu behandeln. Das heißt auch, dass die

Steuerung der Zugriffsrechte bei den Versicherten liegen muss. Wir unterstützen es, Gesundheitsdaten für die Forschung und Entwicklung von neuen Behandlungsmethoden zur Verfügung zu stellen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. Das stärkt die Versorgung. Auch für die Krankenkassen ist es wichtig, Gesundheitsdaten zu nutzen, um sie zum Wohle der Versicherten einzusetzen, beispielsweise in der Prävention.

Wie kann die digitale Mobilität im Kontext mit der Freizügigkeit in der EU zukunftsfähig aufgestellt werden?

WAGENMANN Die Digitalisierung ist ein entscheidender Hebel für die Zukunftsfähigkeit der europäischen Sozialversicherungssysteme. Innerhalb der EU funktionieren viele elektronische Abrechnungs- und Verwaltungsprozesse für die Versicherten bereits reibungslos. Doch es braucht weitergehende europäische Initiativen. Die müssen natürlich den operativen Anforderungen der Sozialversicherungsträger entsprechen. Wir wollen den Zugang der Versicherten zu den Leistungen erleichtern. Für den Arbeitsmarkt wünschen wir uns mehr Flexibilität im Sozialversicherungsrecht für das grenzüberschreitende mobile Arbeiten. Zentral sind hier der digitale Europäische Sozialversicherungspass (ESSPASS) und die vollständig digitalisierte A1-Bescheinigung.



Derzeit wird eine europäische Arzneimittelreform beraten. Was fordern Sie als Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung?

KLEMENS Für die Reform müssen wir das richtige Verhältnis finden. Einerseits wollen wir für die Versicherten den Zugang, die Verfügbarkeit und die Bezahlbarkeit von Arzneimitteln stärken. Gleichzeitig ist es wichtig, die Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft der Pharmaunternehmen weiter zu stärken. Als Krankenkassen treten wir dafür ein, mit verkürzten Schutzfristen den Wettbewerb durch Generika und Biosimilars zu stärken und die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu sichern. Um Lieferengpässe zu vermeiden, brauchen wir mehr Transparenz in den Lieferketten.

Immer bedeutender wird der Klimaschutz als Gesundheitsschutz. Was braucht es für ein nachhaltiges und klimaneutrales Gesundheitswesen?

WAGENMANN Die EU hat sich das Ziel gesetzt, Europa bis 2050 zum ersten klimaneutralen Kontinent zu machen. In Deutschland brauchen wir dafür den Abbau von Über- und Fehlversorgung und den Ausbau der Digitalisierung. Wir müssen verantwortungsvoll mit Ressourcen umgehen. Der Gesetzgeber ist gefordert, um Doppeluntersuchungen, vermeidbare Eingriffe, unnötige Krankenhausaufenthalte und nicht therapiegerechte Verordnungen zu minimieren. Bei der Prävention und Behandlung klimabedingter Gesundheitsrisiken wollen wir besonders auf die vulnerablen Versicherten achten. Sie brauchen mehr Hilfe als andere. Aber klar ist auch: Die notwendige Infrastruktur für Hitze- und Katastrophenschutz ist die Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen. Die Krankenkassen haben dann die Aufgabe, die Auswirkungen des Klimawandels auf die Versorgung abzuschätzen und betroffene Versicherte mit gesundheitsbezogenen Empfehlungen zu beraten. ■





Was hält die Generation 50+ im Berufsleben?

TK In den nächsten Jahren gehen die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer in Rente – während nicht genügend jüngere Beschäftigte nachrücken. Dies verschärft den Fachkräftemangel. Der TK-Gesundheitsreport 2024 mit dem Thema „Fachkräftemangel: Was hält die Generation 50+ im Job?“ hat unter anderem die Fragen beleuchtet, mit welchen Maßnahmen die älteren Beschäftigten besser im Berufsleben gehalten werden können und welche Rolle die Gesundheit dabei spielt. Für den Report befragte das Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG) im Auftrag der TK im Januar 2024 bundesweit 1.021 Beschäftigte ab 50 Jahren sowie 311 Arbeitgeber zum Thema Renteneintritt sowie zu ihren Wünschen und den Angeboten der Arbeitgeber zur Mitarbeiterbindung. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Maßnahmen zur flexibleren Arbeitsgestaltung wie „Anpassung der Arbeitszeit an individuelle Bedürfnisse“ (73,7 Prozent) und „Unterstützung, den Renteneintritt individuell zu gestalten“ (70,3 Prozent) für die Generation 50+ besonders wichtig sind, wenn sie länger im Job bleiben. Zudem sind Gesundheit und Gesundheitsförderung ein entscheidender Faktor für ein langes und gesundes Arbeitsleben. *pm*

→ tk.de → t1p.de/haolt

BARMER Frauen beantragen nach wie vor dreimal häufiger als Männer Kinderkrankengeld. Das belegt eine aktuelle Analyse der BARMER. So wurden vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des vergangenen Jahres 292.962 entsprechende Anträge von Frauen und 104.259 Anträge von Männern gestellt. „Das Kinderkrankengeld ist ein wichtiges Instrument, um Belastungen von Eltern zu mindern und eine gesunde Umgebung für Familien zu schaffen. Allerdings zeigt unsere Untersuchung auch, dass Frauen nach wie vor die Hauptlast bei der Kinderbetreuung tragen. Sie bleiben häufiger zu Hause, um bei Krankheit des Kindes die Betreuung sicherzustellen“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Insgesamt sei das Kinderkrankengeld bis Ende letzten Jahres 397.221 Mal beantragt worden. In den Jahren 2021 und 2022 seien bundesweit rund 500.000 beziehungsweise 490.000 entsprechende Anträge auf die Geldleistung gestellt worden. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/xbrmg



Kosten für Arzneimittel steigen weiter an

DAK Die Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel steigen trotz der Maßnahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) weiter ungebremst an – GKV-weit von Februar bis April 2024 gegenüber dem gleichen Zeitraum 2023 um 18 Prozent auf durchschnittlich 2,54 Milliarden Euro pro Monat. Dabei machen sie 50 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel aus. Das zeigt der neueste AMNOG-Report der DAK-Gesundheit mit dem Titel „Blinde Flecken im AMNOG-Markt – Einblicke in die Ausgabendynamik bei Arzneimitteln“. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von Vandage und der Universität Bielefeld analysieren Schwachstellen bei den Maßnahmen des GKV-FinStG und zeigen darin zudem „blinde Flecken“ im AMNOG-System auf. So wurden in Krankenhäusern im vergangenen Jahr 1,2 Milliarden Euro für patentgeschützte Arzneimittel ausgegeben – eine Steigerung um 132 Prozent binnen fünf Jahren in einem bisher wenig untersuchten Ausgabenbereich. DAK-Vorstand Andreas Storm fordert aufgrund der ungebremsten Ausgabendynamik eine „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“. *pm*

→ dak.de → t1p.de/1k8cy



KKH Krankschreibungen im Job bewegen sich im ersten Halbjahr 2024 weiterhin auf einem Höchststand: **Laut aktueller Auswertung der KKH Kaufmännische Krankenkasse kamen von Januar bis Ende Juni dieses Jahres bundesweit 210 Krankheitsfälle auf 100 erwerbstätige Mitglieder.** Bereits im Vorjahreszeitraum war jede/r Berufstätige durchschnittlich zweimal krankgeschrieben (204 Fälle). Im ersten Halbjahr 2019, also im Fünfjahresvergleich, registrierte die KKH hingegen noch deutlich weniger Arbeitsausfälle (122 pro 100 Mitglieder). Mit Blick auf 2024 bedeutet das einen Anstieg von rund 72 Prozent. Grund dafür ist vor allem die anhaltend hohe Zahl an Atemwegserkrankungen wie Husten, Schnupfen oder grippalen Infekten. Diese lag im ersten Halbjahr 2024 bei 70 Fällen je 100 Versicherte – nach 69 Fällen im Vorjahreszeitraum und noch 34 Fällen vor fünf Jahren. Im Bundesländervergleich verbucht die KKH in den ersten sechs Monaten dieses Jahres den höchsten Krankenstand mit 8,1 Prozent in Sachsen-Anhalt, den niedrigsten mit 5,4 Prozent in Baden-Württemberg. *pm*

→ kkh.de → t1p.de/udjhz



Heilmittel: GKV- Rekordausgaben kommen nur teilweise an

BARMER Obwohl die GKV-Ausgaben für Heilmittel binnen weniger Jahre um bis zu 80 Prozent gestiegen sind, haben angestellte ambulante Therapeutinnen und Therapeuten davon nur unzureichend profitiert. Das zeigt der BARMER-Heilmittelreport 2024, der Erträge der Praxen und Gehälter dieser Berufsgruppe zwischen 2017 und 2022 untersucht hat: Demnach sind die Umsätze je Rezept in Physiotherapie-, Ergotherapie- und Logopädie-Praxen im Schnitt zwischen 53 und 59 Prozent angewachsen. Im selben Zeitraum haben sich die Gehälter nach Zahlen der Bundesagentur für Arbeit zwischen 28 und 34 Prozent erhöht. „Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Heilmittel sind innerhalb weniger Jahre mehr als doppelt so stark gestiegen wie die GKV-weiten Aufwendungen insgesamt. Trotz dieser immensen Steigerung haben sich die Einkommen angestellter Therapeutinnen und Therapeuten nur unzureichend verbessert“, so der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub. Künftig seien zusätzliche Kontrollmechanismen erforderlich, damit die Gelder auch ankommen. *pm*

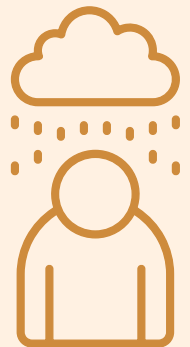
→ [barmer.de](https://www.barmer.de) → t1p.de/4jgor

HKK 2023 waren 16,4 Prozent mehr Versicherte wegen Hautkrebs in Behandlung als noch vor zehn Jahren. Das ergab die Auswertung der ambulanten Abrechnungsdaten von rund 915.000 Versicherten der hkk Krankenkasse. Von der untersuchten Versichertengruppe waren 0,4 Prozent am malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs) und 1,4 Prozent am hellen Hautkrebs erkrankt. **Am bösartigen schwarzen Hautkrebs sind in den vergangenen zehn Jahren rund 14,3 Prozent mehr hkk-Versicherte erkrankt.** Beim hellen Hautkrebs (Basalzell- und Stachelzellkrebs) stieg die Zahl der Erkrankungen im gleichen Zeitraum um 12,3 Prozent. Gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. „Ein regelmäßiges Hautkrebs-Screening verhindert zwar nicht, dass Hautkrebs entsteht. Entdeckt der Arzt einen Hauttumor jedoch, bevor er sich zu einem gefährlichen Krebs entwickelt, sind die Heilungschancen deutlich besser“, so hkk-Präventionsexpertin Dr. Wiebke Hübner. *pm*

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

DAK Im ersten Halbjahr 2024 gab es bundesweit einen starken Anstieg bei den psychischen Erkrankungen. Bei den Fehltagen aufgrund von Depressionen oder Anpassungsstörungen gab es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Anstieg um 14,3 Prozent. Insgesamt lag der Krankenstand in der ersten Jahreshälfte bei 5,7 Prozent und damit erneut über dem Halbjahreswert des Vorjahres (5,5 Prozent). Bereits 2023 hatte die DAK-Gesundheit den höchsten Wert seit zehn Jahren gemessen. „Der weitere Anstieg der Fehlitage aufgrund psychischer Erkrankungen ist besorgniserregend“, sagt DAK-Vorstandschef Andreas Storm. „Die Beschäftigten in Deutschland stehen in diesen Krieg- und Krisenzeiten weiterhin unter Druck, was sich auch beim Krankenstand zeigt. Arbeitgeber sollten Stress und mögliche Belastungen in den Fokus rücken und sich verstärkt mit Fragen der psychischen Gesundheit ihrer Belegschaft und möglichen Hilfsangeboten beschäftigen.“ *pm*

→ [dak.de](https://www.dak.de) → t1p.de/c1jli





Klettern statt Cannabis-Konsum: Präventionsprojekt gestartet

KKH Nach seiner Pilotphase ist in Berlin das Projekt „HöhenRausch“ zur Cannabis-Prävention gestartet, das die KKH Kaufmännische Krankenkasse eng begleitet und fördert. Im Rahmen von interaktiven Kletterevents werden Jugendlichen soziale Kompetenzen wie Verantwortungsbewusstsein und Zuverlässigkeit vermittelt und das Risikoverhalten in Bezug auf Cannabis geschult. Ziel ist es, das erfolgreich evaluierte Projekt für Schüler:innen ab 14 Jahren auf weitere Bundesländer auszuweiten. Die Folgen des Cannabis-Konsums würden häufig unterschätzt, gerade im Jugendalter. „Daher hoffen wir, mit diesem Projekt den Einstieg von Jugendlichen in den Cannabiskonsum verzögern oder bestenfalls verhindern zu können“, sagt Hogne-Holm Heyder, Leiter des Berliner Büros der KKH. Auch mit Blick auf die Teillegalisierung von Cannabis für Erwachsene seien solche Präventionsangebote wichtig, denn die Regelung mache den Konsumeinstieg für Heranwachsende unter Umständen attraktiver. Bereits vor Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes befürchteten laut einer forsa-Umfrage der KKH fast zwei Drittel (63 Prozent) der Eltern, dass die Hemmschwelle für den Cannabis-Konsum bei Minderjährigen sinkt, wenn das Kiffen für Erwachsene legal wird. *pm*

→ [kkh.de](https://www.kkh.de) → t1p.de/9srfq

Schaden in Millionenhöhe

Text von Dr. Bettina Prigge

Die deutliche Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger im Alter von 18 bis 70 Jahren (62 Prozent) hält das deutsche Gesundheitswesen anfällig für **Betrug und Korruption**. 18 Prozent davon stufen es sogar als sehr anfällig ein. Das ist das Ergebnis einer forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse.

Wie richtig die Befragten mit ihrer Einschätzung liegen, zeigen neueste KKH-Daten. Demnach entstand der Kranken- und Pflegeversicherung der Ersatzkasse durch Betrug, Korruption oder Urkundenfälschung allein 2023 ein Schaden von rund 3,5 Millionen Euro (→ **Abb. Seite 47**). Das ist eine der höchsten Gesamtschadenssummen seit Gründung der bundesweit ersten Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der KKH vor 23 Jahren. Den größten Schadenswert verursachten im vergangenen Jahr ambulante Pflegedienste mit rund 1,9 Millionen Euro, gefolgt von Apotheken mit gut einer Million Euro. Dank detektivischer Puzzlearbeit des KKH-Ermittlerteams konnten 2023 bei den Geldeingängen rund 1,25 Millionen Euro an Regressforderungen verbucht werden, so viel wie nie zuvor.

Ob Pseudo-Pflegepersonal eingesetzt, Arzneien gepanscht oder nie erfolgte Behandlungen abgerechnet werden: Betrug und Korruption ziehen sich quer durch alle Leistungsbereiche des Gesundheitssystems – von Arztpraxen und Apotheken über Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Sanitätshäuser bis hin zu Praxen für Physio- und Ergotherapie. Allein im zurückliegenden Jahr gingen bundesweit 553 neue Hinweise auf möglichen Betrug bei der

KKH-Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation ein. Die meisten davon betreffen die ambulante (179) und die stationäre Pflege (167). Damit gehen rund zwei Drittel aller Neufälle auf das Konto von Pflegeeinrichtungen. Rang drei belegen Krankengymnastik- und Physiotherapiepraxen mit 74 Hinweisen.

Die reinen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stiegen 2022 auf den Höchstwert von 274,2 Milliarden Euro. Das weckt bei manch einem Begehrlichkeiten, sich ein Stück vom „Milliardenkuchen Gesundheitssystem“ abzuschneiden.

„Dabei gehen die wenigen ‚schwarzen Schafe‘ teils skrupellos vor, gefährden mitunter sogar Menschenleben, um illegal hohe Summen einzustreichen. Durch solche Machenschaften schwindet nicht zuletzt das Vertrauen in die

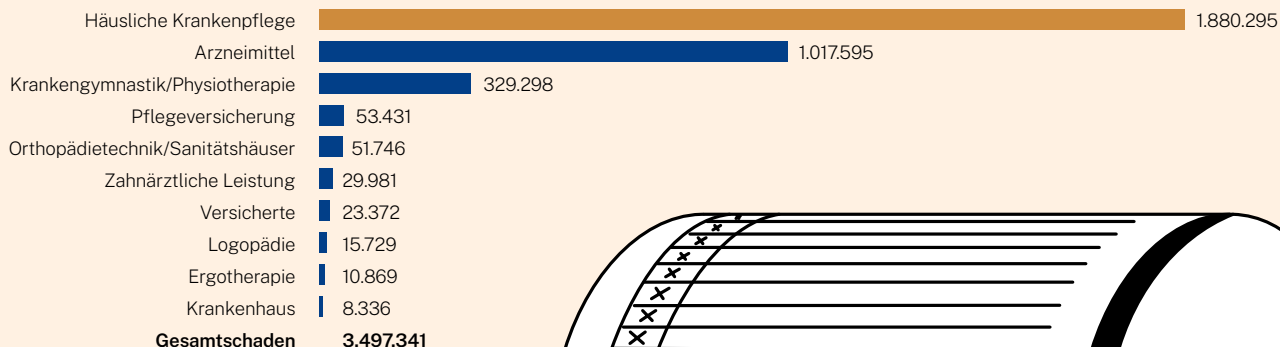
qualitativ gute Gesundheitsversorgung in unserem Land“, sagt KKH-Chefermittler und Jurist Emil Penkov. Er hat am 1. Juni dieses Jahres die Nachfolge von Dina Michels angetreten, die die Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen in den vergangenen 20 Jahren maßgeblich geprägt hat.

Straftaten aufzudecken und zu verfolgen, ist ein komplexes Unterfangen. Penkov fokussiert sich seit geraumer Zeit auch auf den Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI). Hier sieht er enormes Potenzial für die Arbeit der Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung,

Den größten Schadenswert verursachten im vergangenen Jahr ambulante Pflegedienste mit rund 1,9 Millionen Euro.

Leistungsbereiche mit höchsten Schadenssummen

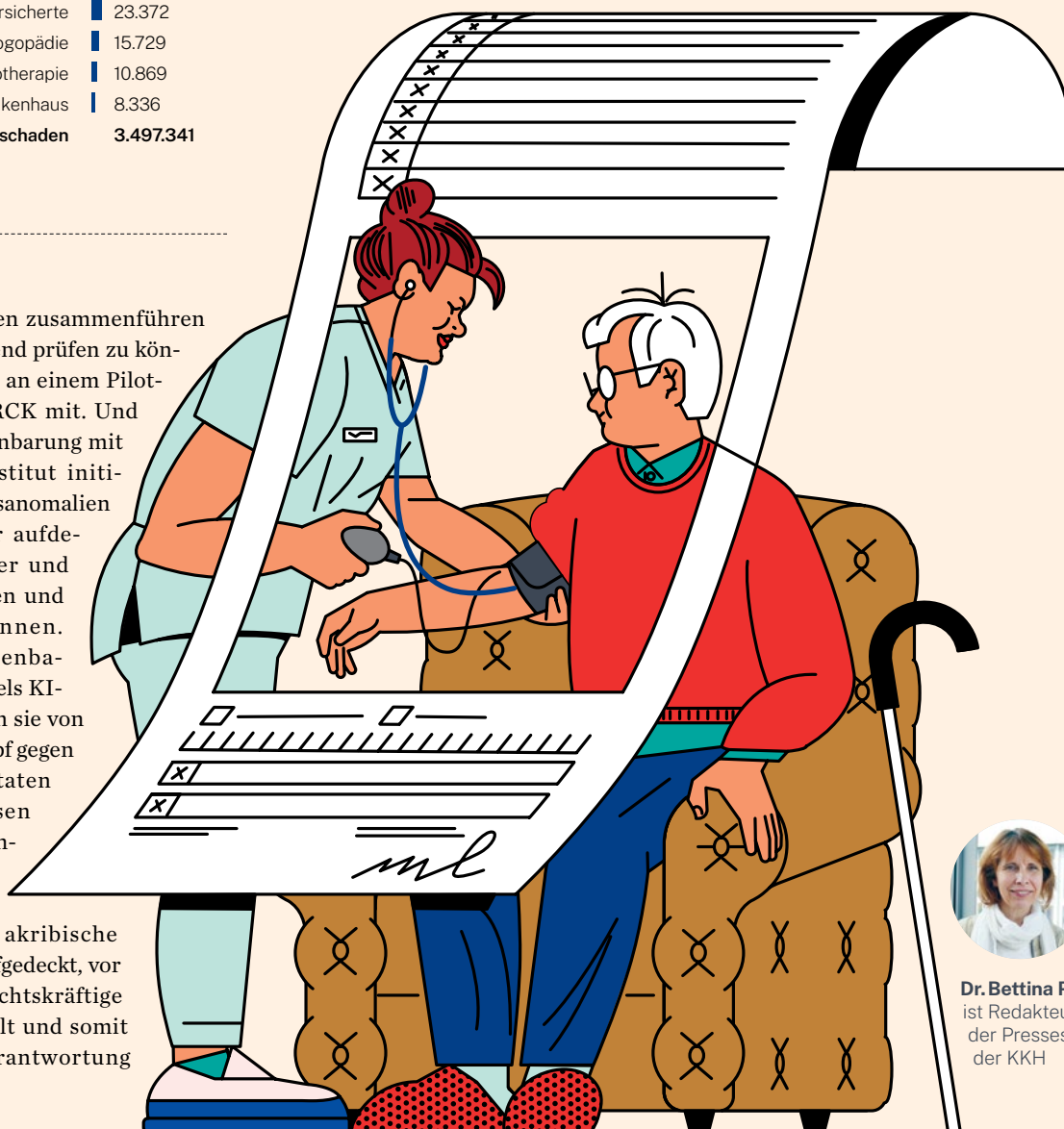
2023; in Euro



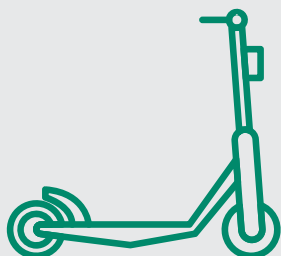
Quelle: KKH

um Abrechnungsdaten zusammenführen und kassenübergreifend prüfen zu können. „Die KKH wirkt an einem Pilotprojekt der BITMARCK mit. Und wir haben eine Vereinbarung mit dem Fraunhofer-Institut initiiert, um Abrechnungsanomalien künftig noch besser aufdecken sowie effektiver und effizienter bekämpfen und verhindern zu können. Bewähren sich datenbasierte Verfahren mittels KI-Algorithmen, könnten sie von allen Kassen im Kampf gegen die typischen Straftaten im Gesundheitswesen wirkungsvoll angewendet werden.“ Dann könnten noch mehr Betrugsfälle durch akribische Ermittlungsarbeit aufgedeckt, vor Gericht gebracht, rechtskräftige Verurteilungen erzielt und somit mehr Täter zur Verantwortung gezogen werden. ■

→ t1p.de/ldcu



Dr. Bettina Prigge
ist Redakteurin in
der Pressestelle
der KKH



E-Scooter sind aus dem Straßenbild in Deutschland nicht mehr wegzudenken. **Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) hat die Polizei im letzten Jahr in Deutschland 9.425 E-Scooter-Unfälle mit Personenschaden registriert und damit 14,1 Prozent mehr als im Jahr zuvor (8.260 Unfälle).** Dabei kamen 22 Menschen ums Leben, womit sich die Zahl der Todesopfer gegenüber 2022 verdoppelte. 1.220 Menschen wurden 2023 schwer verletzt und 8.911 leicht. 83 Prozent der Verunglückten waren selbst mit dem E-Scooter unterwegs, darunter auch 21 der 22 Todesopfer. Besonders junge Menschen sind in E-Scooter-Unfälle verwickelt: 41,6 Prozent der verunglückten E-Scooter-Fahrerinnen waren jünger als 25 Jahre, 80,4 Prozent jünger als 45 Jahre. Dagegen gehörten nur 3,4 Prozent der E-Scooter-Nutzenden, die an einem Unfall mit Personenschaden beteiligt waren, zur Altersgruppe 65+. Die häufigsten Unfallursachen waren falsche Fahrbahnnutzung und Alkoholeinfluss. *pm*



Zufriedenheit mit der Arbeit

Der Mehrheit der Erwerbstätigen in Deutschland macht ihre Arbeit Freude. Für die meisten hat sie einen hohen Stellenwert und sie bringt ihnen Anerkennung.

Das ergab eine repräsentative Befragung von rund 2.000 Erwerbstätigen im Auftrag der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Im Trendvergleich der Jahre 2016, 2019 und 2022 stiegen die Werte für Arbeitszufriedenheit in allen Kategorien kontinuierlich. Grund dafür könnte die soziale Unterstützung durch das Arbeitsumfeld sein. In der aktuellen Befragung stimmten fast 90 Prozent zumindest eher zu, von Kolleginnen und Kollegen unterstützt zu werden – deutlich mehr als noch drei Jahre zuvor. Auch der Respekt untereinander hat im Vergleich zugenommen. Einfluss auf das soziale Klima und den Teamerfolg hat auch die interkulturelle Zusammensetzung einer Gruppe. Dafür ist eine Unternehmenskultur wichtig, die Vielfalt fördert sowie Werte und Normen eint. Mehr als 80 Prozent der Befragten stimmten der Aussage eher, überwiegend oder völlig zu, die Zusammenarbeit mit Menschen aus anderen Kulturen als bereichernd zu erleben. *pm*

→ www.iga-info.de

✕ @vdek_Presse „Sagen Sie was!“ Apotheken Umschau berichtet über Zweck & Erfolg des #Ersatzkassenportals „Mehr Patientensicherheit“. Patient:innen & Angehörige kennen oft als Einzige kompletten Behandlungsprozess & können Beitrag zur #Patientensicherheit leisten.

✕ @vdek_Presse Wer erhält den #vdekZukunftspreis 2024? Die Jury hat heute über die Gewinner zum diesjährigen Thema „Zuhause gut gepflegt“ abgestimmt. Am 6.11. wird der Preis im Rahmen des #vdekZukunftsforums verliehen. Save the date!

Wie Musik unsere Gefühle beeinflusst

PODCAST Musik kann starke Emotionen auslösen, zu Tränen rühren, Gänsehaut hervorrufen und die psychische Gesundheit verbessern. Wie Klänge und Melodien unsere Empfindungswelt beeinflussen, erklärt der Podcast „Wie wir ticken“ von BR und SWR in der Folge „Gefühle in der Musik – Wie sie entstehen und was sie auslösen“. Ausgewählte Stücke aus der Filmmusik, Popmusik und klassischen Musik werden eingespielt und mit Musikfachleuten besprochen. Westliche Hörerinnen und Hörer beeinflusst insbesondere das Tongeschlecht, das heißt, sie empfinden Stücke in Moll eher als traurig, Stücke in Dur dagegen eher als fröhlich. Dagegen wird Musik in anderen Kulturkreisen mitunter ganz anders gedeutet. *tag*

→ t1p.de/iz53w



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Qualität durch Transparenz

Mit Blick auf medizinisches Wissen sind die Informationen oft unübersichtlich. Mehr Transparenz und der Zugang zu strukturierten Patientendaten könnten die Behandlungsqualität steigern und die Versorgungseffizienz verbessern. Dieses Buch beleuchtet Transparenz aus verschiedenen Perspektiven: Medizin, Gesundheitswissenschaften, Ökonomie, Philosophie und Politikwissenschaft. Es deckt Defizite im System auf, stellt die Herausforderungen dar und bietet Lösungsansätze.

Christoph Straub (Hg.) | **Transparenz im Gesundheitswesen. Vertrauen. Wissen. Partizipation** | 2024, XIV, 304 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Hitze und Gesundheit

Die Zunahme von Hitzeextremen ist eine der deutlichsten Folgen des Klimawandels und hat Auswirkungen auf die Gesundheit. Dieser Sammelband informiert über die (patho)physiologischen Prozesse bei Hitze in Bezug auf Schwangerschaft, Entwicklungs- und Alterungsprozesse, Medikation, Krankheiten und Beeinträchtigungen sowie über notwendige Interventionen im Gesundheitswesen und in der Pflege unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz. Auch Fragen der Anpassung von Gebäuden sowie des Arbeitsschutzes werden aufgegriffen.

Prof. Dr. Henny Annette Grewe, Prof. Dr. Beate Blättner (Hg.) | **Vor Hitze schützen. Ein Handbuch für Pflege- und Gesundheitseinrichtungen** | 2024, 209 S., € 34,99 | Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart



PS: Kurzer Klick zum Wohlbefinden

Kunst wirkt sich positiv auf unser Gemüt aus – das gilt auch für das Betrachten von Gemälden am Bildschirm. So haben Besucherinnen und Besucher einer interaktiven Kunstaustellung von Google Arts and Culture wenige Minuten nach dem Betrachten von Seerosen-Bildern des impressionistischen Malers Claude Monet eine deutliche Verbesserung des eigenen Wohlbefindens wahrgenommen. Auch Verstimmungen und Sorgen traten schon bald in den Hintergrund. Diese Ergebnisse, die ein internationales Forschungsteam der Universität Wien, des Max-Planck-Instituts für Psycholinguistik in Nijmegen und des Max-Planck-Instituts für empirische Ästhetik (MPIEA) in Frankfurt am Main erhoben hatte, können für Menschen interessant sein, die etwa aus gesundheitlichen Gründen nicht ins Museum oder in eine Ausstellung gehen können. Aber auch für all diejenigen, die dem Alltag für kurze Zeit entfliehen und in eine Welt der Kunstwerke auf digitalen Plattformen und Bibliotheken, wie beispielsweise [europeana.eu](https://www.europeana.eu), eintauchen möchten, die nur wenige Klicks entfernt sind.

Gutes Befinden wünscht

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 Grootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 0 30/2 69 31-12 05
Fax 0 30/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
vdek.com/magazin
X @vdek_Presse
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Eva Revolver (Titelseite, S. 4, 23, 30/31, 47); evarevolver.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

August 2024 | 104. 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: drogatnev/iStock/Getty Images Plus | S. 5: vdek/Michael Wiegmann | S. 6: PeterPencil/iStock/Getty Images/DigitalVision Vectors | S. 7: Georg J. Lopata; GKV-Spitzenverband | S. 9: vdek/Nicole Janke | S. 10: drogatnev/iStock/Getty Images Plus | S. 11: drogatnev/iStock/Getty Images Plus; vdek/Georg J. Lopata | S. 12: FG Trade Latin/iStock/Getty Images/E+ | S. 13: FG Trade Latin/iStock/Getty Images/E+; vdek/Georg J. Lopata | S. 15: vdek/Michael Wiegmann | S. 16: vdek/Michael Wiegmann | S. 18: vdek/Michael Wiegmann | S. 19: vdek/Michael Wiegmann | S. 21: vdek/Tobias Mayer; Hannah Caliebe | S. 22: privat | S. 24: DMP/iStock/Getty Images | S. 25: vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein; www.bestechend.de | S. 26: yavorskiy/iStock/Getty Images Plus | S. 27: vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt; vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg; Nina Muska | S. 28: Universitätsklinikum Jena; vdek-Landesvertretung Bayern | S. 29: vdek/Georg J. Lopata | S. 35: privat | S. 37: Jan Pauls/gematik | S. 38: apomares/iStock/Getty Images | S. 39: apomares/iStock/Getty Images; AIM | S. 40: vdek/Georg J. Lopata | S. 41: vdek/Georg J. Lopata; GKV-Spitzenverband | S. 42: Portra/iStock/Getty Images/E+ | S. 43: GettyImages/DAK-Gesundheit | S. 44: LSOfoto/iStock/Getty Images | S. 45: AzmanJaka/iStock/Getty Images/E+ | S. 47: KKH | S. 48: alvarez/iStock/Getty Images/E+ | S. 49: Adobe Stock/courbox/BR Montage | S. 50: seraficus/iStock/Getty Images/E+; MPI für empirische Ästhetik/F. Bernoulli

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit über 700 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit über 400 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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

vdek online

vdek.com

X@vdek_Presse



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