

ersatzkasse magazin.

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

G 20634

5. AUSGABE 2024



Reform der Notfallversorgung

Das NotfallGesetz muss
mit einer Optimierung
des Rettungsdienstes
verknüpft werden

»Wir müssen die strukturelle Ineffizienz des Systems verändern«

Dr. Janosch Dahmen,
Notfallmediziner und
gesundheitspolitischer
Sprecher von Bündnis 90/
Die Grünen, im Interview

Gesundheitsver- sorgung effizienter vernetzen

Ein Gesundheits-Digital-
agentur-Gesetz (GDAG)
soll Digitalisierungspro-
zesse effektiver steuern

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
X @TK_Presse
in Die Techniker



BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk-Handelskrankenkasse

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



HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

X @vdek_Presse #Bundesrechnungshof findet klare Worte zur Belastung von #GKV und SPV. #Entbudgetierung verteuert Versorgung ohne substanzielle Verbesserung. Bei #Krankenhaus-reform und in der Pflege wälzt die Regierung staatliche Aufgaben auf Beitragszahlende ab.

X @vdek_Presse Verfehlte Politik: Minister Lauterbach hat Steigerungen der Krankenkassenbeiträge angekündigt. Gleichzeitig bringt er ein teures Gesetz nach dem anderen auf die Agenda, ohne dass die Versorgung der Versicherten spürbar besser wird.



EDITORIAL

Gateopener ins Gesundheitswesen

Die nächste Bundestagswahl im September 2025 wirft bereits ihre Schatten voraus. Für die Ampelregierung wird die Zeit nun immer knapper, ihre gesundheitspolitischen Projekte auf die Straße zu bringen, ganz voran die Krankenhausreform. Die Länder fordern hier jedoch immer neue Ausnahmeregelungen für das geplante Gesetz, sodass zu befürchten ist, dass die Versorgung nicht besser, dafür aber teurer wird. Dass die Krankenhausreform mit einer Grunderneuerung der Notfallversorgung einschließlich des Rettungsdienstes einhergehen muss, zeigen die gegenwärtigen Probleme: verstopfte Notaufnahmen in den Krankenhäusern durch Bagatellfälle, unklare Zuständigkeiten zwischen den drei Säulen der Notfallversorgung, fehlende alternative Hilfsangebote, immens steigende Kosten, fehlendes Personal und vieles mehr. Das geplante NotfallGesetz geht mit der Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern, der Zusammenlegung der Nummern 116117 (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) und 112 (Rettungsdienst) sowie der Möglichkeit von Kooperationen zwischen den Leitstellen in die richtige Richtung, wie Dr. Janosch Dahmen, gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen, im Interview betont. Doch auch hier zeigt sich, dass vieles von dem Reformwillen der Länder abhängig sein wird. Der Notruf Niederösterreich – eine der größten Leitstellen weltweit – geht hier mit gutem Beispiel voran, als Gatekeeper oder besser Gateopener ins Gesundheitssystem.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Das „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) widmet sich der Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es enthält positive Ansätze, lässt jedoch eine konsequente Umsetzung des Präventionsgedankens vermissen. → **Mehr dazu auf Seite 15**

Immer mehr Schulkinder leiden unter Einsamkeit und Erschöpfung. Der Präventionsradar der DAK-Gesundheit zeigt eine hohe Prävalenz bei bestimmten Untergruppen. Präventive und intervenierende Maßnahmen sind angezeigt. → **Mehr dazu auf Seite 42**

26

Reform der
Notfallversorgung

SCHWERPUNKT Schon lange sind Probleme in der Notfallversorgung bekannt. Jetzt hat das Bundeskabinett ein Notfallgesetz (NotfallG) beschlossen, um Hilfesuchende schneller in die passende Behandlung zu vermitteln und Notfalleinrichtungen effizienter zu nutzen. Viele wichtige und richtige Regelungen sind enthalten, jedoch fehlt die dringend notwendige Neustrukturierung des Rettungsdienstes.

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



32

»Wir müssen die
strukturelle Ineffizienz des
Systems verändern«

INTERVIEW In allen drei Säulen der Notfallversorgung – in den Notaufnahmen in den Krankenhäusern, im vertragsärztlichen Notdienst und beim Rettungsdienst – gibt es Unter-, Über- und Fehlversorgung. Dr. Janosch Dahmen, gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen und selbst Notfallmediziner, erläutert im Interview notwendige Schritte, um den Herausforderungen erfolgreich zu begegnen.





12 Gesundheitsversorgung effizienter vernetzen

POLITIK & VERSORGUNG Ein Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG) soll Digitalisierungsprozesse effektiver steuern und die Telemedizininfrastruktur nutzerfreundlicher aufstellen. Vorgesehen ist eine Digitalagentur für Gesundheit mit weitreichenden Zuständigkeiten. Die Bemühungen um ein zuverlässiges Funktionieren der Digitalstruktur sind zu begrüßen, aber Nachbesserungen sind erforderlich.



AKTUELL

- 6 Meldepflicht für Never Events
- 7 Blankverordnung in der Physiotherapie
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Reform im Fokus
- 10 Aktuelle Gesetzesvorhaben

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Gesundheitsversorgung effizienter vernetzen
- 15 Fehlende Umsetzung des Präventionsgedankens
- 16 Spielräume der Selbstverwaltungen achten
- 18 Steigerung der kognitiven Fähigkeiten
- 20 #regionalstark
- 25 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 28 Die eine Hälfte ist geschafft
- 29 Bessere Versorgung durch bessere Steuerung
- 32 Interview: Dr. Janosch Dahmen
- 38 Notruf Niederösterreich als Blaupause

ERSATZKASSEN

- 40 HPV-Impfrate bei Kindern
- 41 Zahl der Videosprechstunden gesunken
- 42 Einsamkeit bei Schulkindern

VERMISCHTES

- 44 Unterstützung durch Mindestmengenkarten
- 45 Podcast: imPULS
- 46 PS: Heute schon Tränen gelacht?
- 46 Impressum



Meldepflicht für Never Events

Im letzten Jahr hat der Medizinische Dienst 12.438 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern bundesweit erstellt. In jedem vierten Fall (3.160 Fälle) wurde ein Behandlungsfehler festgestellt, durch den Patient:innen zu Schaden gekommen sind. In jedem fünften Fall (2.679 Fälle) war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. In 151 Fällen lagen sogenannte Never Events vor. Das sind Ereignisse, die durch Präventionsmaßnahmen sicher verhindert werden könnten. Dazu gehören schwerwiegende Medikationsfehler, unbeabsichtigt zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen oder Verwechslungen von Patient:innen. Um solche Ereignisse zu verhindern, fordert der Medizinische Dienst Bund eine entsprechende Meldepflicht. Diesen Fehlern und damit Risiken im Versorgungsprozess müsse systematisch nachgegangen werden. Die Politik sei gefordert, international anerkannte Konzepte zur systematischen Fehlervermeidung umzusetzen. Die Meldung solcher Ereignisse diene ausschließlich der Verbesserung der Patientensicherheit und müsse sanktionsfrei und pseudonymisiert erfolgen. *pm*

→ t1p.de/sexde

Vor Mehrkosten bei Hilfsmitteln schützen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt die Kosten für medizinisch notwendige und gleichzeitig wirtschaftlichste Hilfsmittel. GKV-Versicherte müssen sich mit einer Zuzahlung von mindestens fünf und höchstens zehn Euro an Hilfsmitteln beteiligen. Zusätzliche Kosten (Mehrkosten) für Extras, zum Beispiel aus Gründen der Ästhetik oder des Komforts, haben sie selbst zu zahlen. Dabei sind Leistungserbringende gesetzlich verpflichtet, GKV-Versicherten zuerst eine mehrkostenfreie Versorgung anzubieten und erst danach über eine Versorgung mit Mehrkosten zu beraten. Damit Versicherte von Leistungserbringenden nicht zu teuer, übermäßigen Versorgungsmöglichkeiten gedrängt oder unzureichend über ihren Leistungsanspruch beraten werden, ist mehr Transparenz über die Gründe von Mehrkosten erforderlich. Daher fordert der GKV-Spitzenverband eine gesetzlich festgelegte Meldepflicht für die unterschiedlichen Gründe von Mehrkosten bei Hilfsmitteln. Seit einem Jahr will das Bundesgesundheitsministerium eine Reform der Hilfsmittelversorgung anstoßen, konkrete Reformvorschläge stehen weiterhin aus. *pm*



Der größte Heilmittelbereich startet mit der Blankoverordnung: Der Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, der sogenannten Blankoverordnung, tritt in der Physiotherapie zum 1. November

2024 in Kraft. Dabei stellen Ärztinnen und Ärzte nach wie vor die Diagnose, verordnen aber kein konkretes Heilmittel mehr. Über dieses und die Anzahl und Frequenz entscheiden die Heilmittelerbringenden, die die Therapie damit flexibler aufbauen können. **Für die rund 75 Millionen GKV-Versicherten kann damit die physiotherapeutische Versorgung noch individueller und bedarfsgerechter gestaltet werden; für die Heilmittelerbringenden bedeutet dies mehr Verantwortung hinsichtlich der Behandlung und Wirtschaftlichkeit.** Rund 8,5 Milliarden Euro gibt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich für physiotherapeutische Leistungen aus. Das sind rund 32 Millionen Verordnungen. Künftig könnten davon etwa 6,5 Prozent als Blankoverordnung erfolgen. Damit sind bis zu 2 Millionen Blankoverordnungen jährlich für die individuelle physiotherapeutische Behandlung möglich. *pm*
→ t1p.de/447fw



Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek) und Andreas Storm (Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit) auf dem Senatsempfang im Hamburger Rathaus

Unter dem Motto „Solidarisch. Sozial. Nachhaltig.“ hat die DAK-Gesundheit seit dem 1. Juli 2023 ein Jahr lang ihr 250-jähriges Bestehen begangen.

Am 4. Juni 2024 wurde der drittgrößten Krankenkasse eine besondere Ehre zuteil: Mit einem Senatsempfang im Hamburger Rathaus würdigte die Hansestadt Ham-

burg die Gründung der DAK-Gesundheit vor 250 Jahren.

Die Geschichte der DAK-Gesundheit begann in den Jahren 1773 bis 1774: Damals schloss sich eine Gruppe von Kaufmannsgehilfen in Breslau zum „Institut für hilfsbedürftige Handlungsdiener“ zusammen, um sich gegenseitig gegen die Risiken des Lebens abzusichern. Die entstandene Idee einer solidarischen Absicherung ist bis heute ein Kerngedanke der DAK-Gesundheit und des modernen Sozialstaats insgesamt. Anlässlich des Jubiläums entstand auch ein Buch, das sich neben der Geschichte der DAK-Gesundheit mit der deutschen Sozialgeschichte abseits der staatlichen und politischen Institutionen befasst. *pm* → t1p.de/rsloh

435

DIE ZAHL Für das laufende Jahr wurden bis Ende August 2024 bislang 435 Masernerkrankungen in Deutschland an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Die Zahl sei damit bereits jetzt sechsmal so hoch wie im gesamten Jahr 2023 (79 Fälle), die Masern seien „zurückgekehrt“, so das RKI. Nach seiner Einschätzung war der Anstieg erwartbar, nachdem weltweit Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wieder aufgehoben worden waren. *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Bildung von ASV-Teams leichter möglich

Die Regeln zu den in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einzuhaltenen Distanzen innerhalb des ASV-Teams sind gelockert worden, um die Bildung von ASV-Teams in ländlichen Regionen zu erleichtern: Fachärztinnen und Fachärzte, die nur bei Bedarf zum ASV-Team hinzugezogen werden, müssen mit ihrem Standort nicht mehr eine Entfernung von in der Regel 30 Fahrminuten zum Kernteam aufweisen. Entsprechende Klammerzusätze mit konkreten Minutenangaben wurden aus der ASV-Richtlinie gestrichen. Die Änderung trat am 24. August 2024

im Zuge der jährlichen Anpassungen der ASV-Richtlinie in Kraft, mit der auch Anpassungen beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berücksichtigt werden.

Anspruch auf einmalige Schutzimpfung

Gesetzlich Versicherte erhalten Anspruch auf eine einmalige Schutzimpfung gegen Infektionen mit Respiratorischen Synzytial-Viren (RSV), die Erkrankungen der unteren Atemwege verursachen. Dies gilt generell für alle Versicherten ab 75 Jahren sowie für bestimmte Risikogruppen bereits ab einem Alter von 60 Jahren. Der G-BA hat die dahingehenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Mit einem weiteren Beschluss vollzieht der G-BA zudem die aktualisierten Impfempfehlungen gegen

die saisonale Grippe nach und schafft damit die Planungsgrundlage für die Impfstoff-Beschaffung für die Grippesaison 2025/26.

Patienteninformation online abrufbar

Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in Nordrhein-Westfalen können eine vom G-BA bereitgestellte Patienteninformation online abrufen. Sie klärt Patientinnen und Patienten über die Datenerhebung im neuen datengestützten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter auf. Das Verfahren trat am 1. September 2024 in Kraft und wird ab dem 1. Januar 2025 zunächst für sechs Jahre in der Testregion NRW erprobt. Erläutert werden die Weiterverarbeitung der erhobenen Daten sowie Maßnahmen des Datenschutzes. *pm*

 **13.–15.10.2024** Der World Health Summit in Berlin beschäftigt sich mit Gesundheit in Zeiten des Klimawandels, Digitalisierung, künstlicher Intelligenz, Vertrauen in die Wissenschaft und der Finanzierung globaler Gesundheit. Diskutiert werden wichtige Fragen unter dem Motto „Building Trust for a Healthier World“. → t1p.de/kdrvc

 **07.–08.11.2024** Die Kliniken sind einer Polykrise ausgesetzt. Auf dem 18. Nationalen Präventionskongress geht es um nachhaltige Antworten auf Herausforderungen wie Alterung der Gesellschaft und Fachkräftemangel, Digitalisierung und Sicherheit sowie um Unterschiede in der Versorgung zwischen Stadt und Land. → t1p.de/k7q6s



PRESSESCHAU

Krankenhausreform

„Wäre Lauterbach von Anfang an auf die beteiligten Akteure zugegangen, hätte er mit einem anderen Blick auf die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum geschaut [...]. Vielleicht hätte ihm auch jemand gesagt, dass es verfassungsrechtlich problematisch ist, die Finanzierung des sogenannten Transformationsfonds nur den gesetzlich Versicherten aufzubürden.“

SCHWÄBISCHE ZEITUNG, 16.09.2024

Lieferketten

„Es ist ein Skandal: Vielerorts sind mehr als 1.000 Arzneimittel nicht verfügbar – auch überlebenswichtige Medikamente für Krebspatienten, Diabetiker oder Asthmatiker. Wie kann das sein? Die Lieferketten-Probleme sind seit Jahren bekannt, werden aber von Gesundheitsminister Karl Lauterbach einfach nicht verarztet.“

BILD, 16.09.2024

Arzttermine

„Sanktionen für einen verpassten Arzttermin? [...] Gassens Vorschlag, die Ausfallgebühr solle von den Krankenkassen übernommen werden, [ist] problematisch. Denn die wird höhere Kosten durch einzelne, unzuverlässige Patienten ja nicht individuell, sondern an alle Mitglieder weitergeben – und so auch jene bestrafen, die rechtzeitig absagen.“

TAZ, 10.09.2024

Reform im Fokus

Im September wurde beim vdek in Berlin intensiv über gesundheitspolitische Fokusthemen diskutiert. Jedes Jahr treffen sich hier Mitglieder der vdek-Landesausschüsse sowie die Leiterinnen und Leiter der vdek-Landesvertretungen mit Kolleg:innen aus der Verbandszentrale und hochkarätigen externen Gästen. Den Einstieg bildeten Beiträge über die aktuelle Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie zur gesundheitspolitischen Lage. Im Zentrum standen sodann zwei Podiumsdiskussionen. Ein Panel zur Versorgung der Zukunft stellte die Frage „Muss es immer

der Arzt/die Ärztin sein?“ – eine Brücke zum vdek-Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), in dem die Delegation medizinischer Tätigkeiten ein wichtiger Aspekt ist. Der zweite große Themenblock widmete sich der laufenden Krankenhausreform. Nach Impulsvorträgen über mögliche Auswirkungen der Reform sowie über die Operationalisierung von „Level 1“-Kliniken schloss die Tagung mit einer Podiumsdiskussion und der Frage „Wie gelingt die Umsetzung?“. Die engagierte Diskussion zeigte: Mit dem Aushandeln guter Antworten darauf wird der Erfolg der Reform stehen oder fallen. *mwa*



Zwei Tage mit viel Diskussionsstoff: Zur Einstimmung auf die nachfolgenden Beiträge und Debatten der Tagung gab Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband) einen Überblick über die aktuelle gesundheitspolitische Lage.



Sprachen über die Versorgung der Zukunft (v.l.): Björn-Ingemar Janssen (vdek), Dr. med. Andreas Rühle (RVZ Wurster Nordseeküste), Dr. Bernadette Klapper (DBfK), Prof. Dr. Wolfgang von Meißner (EUIFH), Katja Kohfeld (BMG), Boris von Maydell (vdek, Moderation).



Diskutierten über die Krankenhausreform (v.l.): Ulrike Elsner (vdek, Moderation), Marc Schreiner (Berliner Krankenhausgesellschaft), Dr. Michael Jacob (Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg), Stefan Wöhrmann (vdek), Johanna Sell (BMG).



In den Räumen der vdek-Zentrale in Berlin tauschten sich die Mitglieder der vdek-Landesausschüsse und Vertreterinnen und Vertreter des vdek mit hochkarätigen Gästen aus der Gesundheitspolitik und dem Gesundheitswesen aus.

Gesundes-Herz-Gesetz (GHG)

 **Kabinettsentwurf** vom 28. August 2024
 **Inkrafttreten** nach Verkündung, in Teilen
 zum 1. Januar 2026

- Kinder und Jugendliche erhalten einen Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung einer Fettstoffwechselerkrankung. Die Einladung zur Teilnahme an der J1-Untersuchung soll durch die Krankenkassen erfolgen.
- Früherkennungsuntersuchungen sollen auch bei Erwachsenen ausgeweitet werden: Die Krankenkassen sollen zu Check-up-Untersuchungen in den Altersstufen 25, 35 und 50 Jahre einladen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll beauftragt werden, ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beschließen.
- Statine (Cholesterinsenker) können durch Vertragsärzt:innen leichter verordnet werden.
- Ausweitung der medikamentösen Ersatztherapie zur Reduzierung des Nikotinkonsums. Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist nicht mehr auf „schwere Tabakabhängigkeit“ beschränkt.
- Für entsprechende niedrigschwellige Beratungsangebote in Apotheken sollen neue pharmazeutische Dienstleistungen etabliert werden, auf die gesetzlich Krankenversicherte einen jährlichen Anspruch erhalten.

→ Mehr dazu auf Seite 15



AKTUELLE GESETZESVORHABEN*

Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit

 **Kabinettsentwurf** vom 17. Juli 2024
 **Inkrafttreten** am 1. Januar 2025 geplant

- Das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) soll als selbstständige Bundesbehörde unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) errichtet werden. Die derzeit noch bestehende Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll im BIPAM aufgehen, ergänzt wird das BIPAM durch die Angliederung der Kompetenzen des Robert Koch-Instituts (RKI) auf dem Gebiet der nicht-übertragbaren Krankheiten.
- Im Fokus stehen die Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenzerkrankungen. Das Bundesinstitut hat seinen Sitz in Berlin und Köln.

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG)

 **Kabinettsentwurf** vom 17. Juli 2024
 **Inkrafttreten** nach Verkündung

- Aufbau von Akutleitstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die die bisher bei den Terminservicestellen angesiedelten Aufgaben im Bereich der Patientensteuerung/Ersteinschätzung wahrnehmen. Die Akutleitstellen sollen mit den Rettungsleitstellen digital vernetzt werden.

- Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung der KV: Diese sollen verpflichtet werden, eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung im 24/7-Modus sicherzustellen.
- Flächendeckende Etablierung der Versorgungsform von Integrierten Notfallzentren (INZ) als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstruktur zur ambulanten medizinischen Erstversorgung. INZ sollen auf der verbindlichen Zusammenarbeit zugelassener Krankenhäuser und KV beruhen und jeweils aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen.

→ Mehr dazu auf Seite 28

Gesetz zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digital-agentur-Gesetz – GDAG)

 **Kabinettsentwurf** vom 17. Juli 2024
 **Inkrafttreten** nach Verkündung

- Das Gesetz verfolgt das Ziel, die gematik in eine Digitalagentur für Gesundheit auszubauen. Die Digitalagentur erhält eine neue Rolle und weitere Zuständigkeiten, die nachstehend aufgelistet sind.
- Die Digitalagentur kann Komponenten und Dienste, die zentral und nur einmalig vorhanden sein können, spezifizieren.
- Komponenten, Dienste und Anwendungen, die das Rückgrat der digitalen Gesundheitsversorgung bilden, können in einem kontrollierten Marktmodell über Ausschreibungsverfahren von der Digitalagentur Gesundheit beschafft und bereitgestellt werden.

*Stand Redaktionsschluss

- Jährlich soll eine TI-Roadmap jeweils zum 1. März (erstmal ab 2025) erstellt werden, die die Gesellschafterversammlung der Digitalagentur mehrheitlich beschließen muss.
- Die Digitalagentur legt Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) fest und stellt ihre Einhaltung sicher.
- Die gemeinsame Selbstverwaltung wird beauftragt, Rahmenbedingungen für den Betrieb von Terminvermittlungsplattformen zu schaffen.

→ Mehr dazu auf Seite 12

Medizinforschungsgesetz (MFG)

 **Kabinettsentwurf** vom 27. März 2024
 **Inkrafttreten** am Tag nach Verkündung, in Teilen zum 1. Juli 2025 (vom Bundestag am 4. Juli 2024 in 2./3. Lesung verabschiedet)

- Pharmazeutische Unternehmer:innen erhalten die Möglichkeit – sofern sie bestimmte Bedingungen erfüllen –, vertrauliche Erstattungsbeiträge bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zu vereinbaren. Außerdem wird ein zusätzlicher Abschlag von neun Prozent auf den zuvor ausgehandelten Betrag fällig. Diese Regelung ist bis Ende Juni 2028 befristet.
- Die Regelung zu vertraulichen Erstattungspreisen soll Ende 2026 evaluiert werden.
- Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „Leitplanken“ für Erstattungspreisverhandlungen werden für Arzneimittel mit einem relevanten Anteil klinischer Prüfungen in Deutschland gelockert.

Apotheken-Reformgesetz (ApoRG)

 **Kabinettsentwurf** vom 14. Juni 2024
 **Inkrafttreten** nach Verkündung

- Mit der Reform sollen die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Arzneimittelversorgung durch Apotheken verbessert werden. Durch eine Umverteilung von Honoraranteilen sollen Apothekenstandorte gestärkt werden, die nicht über optimale Standortbedingungen verfügen. Auch strukturelle Änderungen sind geplant, um insbesondere den Betrieb von Apotheken in strukturschwachen Gebieten und unter Berücksichtigung des Fachkräftemangels zu erleichtern und wirtschaftlich lukrativer zu gestalten.

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

 **Kabinettsentwurf** vom 15. Mai 2024
 **Inkrafttreten** zum 1. Januar 2025 geplant

- Das Leistungsgeschehen soll nach Leistungsgruppen geordnet und es soll eine Vorhaltevergütung eingeführt werden. Die Leistungsgruppen sollen an die Erfüllung von personellen und sachlichen Ausstattungsmerkmalen sowie Mindestvorhaltefallzahlen geknüpft werden.
- Stationäre Einrichtungen können in sektorenübergreifende Einrichtungen überführt werden und unter anderem ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen sowie Übergangs-, Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege anbieten.
- Das Fallpauschalen-System soll nur noch anteilig weitergeführt werden. Es soll ein Vorhaltebudget eingeführt werden, wobei die bisherigen

Fallpauschalen auf einen Anteil von 40 Prozent abgesenkt werden. Die Vorhaltepauschalen sollen künftig 60 Prozent der Vergütung umfassen.

- Zum Umbau der Krankenhauslandschaft soll ein Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro eingesetzt werden, welcher jeweils hälftig aus dem Gesundheitsfonds der Krankenkassen und durch die Länder finanziert werden soll. Dieser Fonds soll bis 2035 geführt werden und jährlich mit 2,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds gefüllt werden. Die Bundesländer sollen mindestens 25 Prozent der Förderung tragen, während bis zu 25 Prozent durch die Träger selbst aufgebracht werden können.

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

 **Kabinettsentwurf** vom 22. Mai 2024
 **Inkrafttreten** Anfang 2025 geplant

- Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung
- Jahrespauschale für die Behandlung von chronisch erkrankten Patient:innen
- Vorhaltepauschale für Praxen, die spezifische Versorgungskriterien erfüllen (zum Beispiel Mindestanzahl von Patient:innen, bedarfsgerechte Öffnungszeiten, Hausbesuche und Besuche in Pflegeheimen)
- Geringfügigkeitsgrenze bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung veranlasster Leistungen von 300 Euro pro Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal
- weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Versorgungsangebots und zum leichteren Zugang für Patient:innen in der psychotherapeutischen Versorgung

Gesundheitsversorgung effizienter vernetzen

Text von **Katja Kossack-Peters**

In der digitalen Transformation des Gesundheitswesens fehlt es aus Sicht der Bundesregierung an stringenten Entscheidungsstrukturen für eine nutzerorientierte Digitalisierung. Der Kabinettsentwurf zur **Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit** (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz – GDAG) vom 17. Juli 2024 sieht vor, die Digitalisierungsprozesse effektiver zu steuern und die Telematikinfrastruktur (TI) nutzerfreundlicher aufzustellen.

Die im Gesetz geplante Digitalagentur für Gesundheit, die aus der bestehenden Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) hervorgehen soll, ist dabei auch Teil der Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung, die eine verbesserte, menschenzentrierte und effizientere Ausgestaltung der Versorgung im Fokus hat.

Mit dem GDAG sollen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Digitalagentur für die Gesamtprozesse bei der Entwicklung der Digitalprodukte deutlich ausgebaut werden. Ziel ist es, die Handlungsfähigkeit der Digitalagentur für Gesundheit zu stärken – und hierdurch für eine künftig effektivere Steuerung und zügige Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu sorgen.

Flankiert wird das neue Steuerungsmodell durch eine Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Digitalagentur per Verordnung flexibel weitere Aufgaben und Kompetenzen übertragen zu können. An der Governance der

gematik soll sich hingegen nichts ändern. Grundsätzlich unterstützt der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Bemühungen, die ein zuverlässiges Funktionieren der Digitalstruktur sicherstellen sollen. An einzelnen Maßnahmen besteht aber auch Kritik, unter anderem an der Ermächtigung des BMG, der Digitalagentur für Gesundheit weitere Aufgaben per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu übertragen. Denn Aufgaben, die den Aufbau, den Betrieb, die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und die informationstechnische Sicherheit sowie die Weiterentwicklung der TI betreffen, sollten im Einvernehmen mit den Gesellschaftern erfolgen.

Hohe Sicherheitsmaßstäbe sind essenziell

Was die TI und ihre Anwendungen anbelangt, so ist der stärkere Fokus auf den stabilen Betrieb der TI positiv zu werten. Dies wird beispielsweise durch Auflagen zur erforderlichen Erprobung im Zusammenhang mit der Zulassung gewährleistet. Zudem begrüßt der vdek die hoheitliche Aufgabe



Katja Kossack-Peters
ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



der Digitalagentur, Anforderungen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der TI an Hersteller und Anbieter zu stellen. Somit darf die Digitalagentur sowohl die Hersteller von Systemen zur Beseitigung von Gefahren und Störungen auffordern als auch selbst tätig werden. Um die notwendigen Anforderungen für den TI-Betrieb zum Schutz der Nutzenden und der Betriebsstabilität besser durchsetzen zu können, werden zudem neue Bußgeldtatbestände geschaffen.

Auch die Erstellung einer jährlichen TI-Roadmap, die erstmals 2025 vorgelegt werden soll, ist eine sinnvolle Maßnahme des GDAG. Als umfassende Planungsübersicht soll sie Aufschluss über die einzelnen Umsetzungsschritte, die langfristige Fortentwicklung der TI und den Zeitverlauf geben. Aus Sicht des vdek sollte dies allerdings in enger Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern und Betroffenen erfolgen, um realistische Umsetzungszeiträume festzulegen. Kritisch an dieser Stelle bleibt,

Die Erstellung einer TI-Roadmap sollte in enger Abstimmung erfolgen.



dass durch Mehrheitsentscheid in der Gesellschafterversammlung dem BMG die absolute Entscheidungshoheit eingeräumt wird.

Expertise der Krankenkassen einbinden

Was die Entwicklung und Bereitstellung von Komponenten und Diensten der TI betrifft, soll die Digitalagentur künftig – im Rahmen eines differenzierten Marktmodells – unterschiedliche Rollen einnehmen können: Dies bedeutet unter anderem, dass sie zukünftig nicht nur Betriebsleistungen für die zentrale Infrastruktur, sondern auch die Entwicklung beziehungsweise den Betrieb von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur sowie von ausgewählten Anwendungen ausschreiben und den Nutzen der Telematikinfrastruktur zur Verfügung stellen kann. Dies zielt durch vertragliche Steuerungsmöglichkeiten auf die Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und die zeitgerechte Bereitstellung der Produkte sowie ein insgesamt stabileres Gesamtsystem ab. Doch hinsichtlich der Verantwortlichkeiten besteht hier Kritik und Nachbesserungsbedarf: Die Entwicklung und das Betreiben von digitalen, insbesondere versichertenannahen Anwendungen sollte nicht durch die Digitalagentur für Gesundheit erfolgen, sondern den Krankenkassen und deren beauftragten Dienstleistern obliegen. Warum? Es besteht die Gefahr von wettbewerblichen Nachteilen sowie der Behinderung von Innovation im Wettstreit um die beste Lösung. Die Erfahrungen und Schwierigkeiten mit der von der gematik entwickelten E-Rezept-App stützen diese Forderung. Die gleichzeitige Rolle der Digitalagentur für Gesundheit als Aufsichtsbehörde und Marktteilnehmerin widerspricht den Prinzipien guter Governance.

Eine stärkere Einbindung der Krankenkassen ist an vielen Stellen des GDAG notwendig, vor allem, wenn es um versichertenannahen Anwendungen geht. So soll es bislang allein der Digitalagentur obliegen, Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste

und Anwendungen der TI festzulegen und ihre Einhaltung sicherzustellen, um bestehende Hürden bei der Nutzung im Markt zu beseitigen. Grundsätzlich begrüßt der vdek, dass die Nutzerfreundlichkeit beispielsweise von Praxisverwaltungssystemen im Hinblick auf die elektronische Patientenakte (ePA) durch verbindliche Vorgaben mehr in den Fokus gerückt werden soll. Es ist von zentraler Bedeutung für die Akzeptanz aller Beteiligten, dass digitale Prozesse gut funktionieren und Abläufe spürbar vereinfacht werden. Aber bei Vorgaben für versichertenannahen Anwendungen der Krankenkassen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bereitgestellt werden, gilt es, die Krankenkassen stets

an der Ausgestaltung zu beteiligen. Wettbewerbsrelevante Kassenangebote können nicht in die Regelungshoheit der Digitalagentur für Gesundheit übertragen werden.

Die Digitalagentur für Gesundheit soll zudem die Institutionen der Selbstverwaltung bei der Digitalisierung von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen und der Pflege

engagiert unterstützen. Auch hier muss sichergestellt werden, dass die Expertise der Krankenkassen und ihrer Gesellschafter einbezogen wird.

Das bei der Digitalagentur angesiedelte Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) erhält weitere Aufgaben zur Sicherstellung der Interoperabilität der Anwendungen. Hierunter fallen auch die Praxisverwaltungssysteme (PVS). Die verpflichtende Durchsetzung der Interoperabilität bei Herstellern informationstechnischer Systeme ist zu begrüßen, denn Ziel ist es, damit die Anwendungen in der Versorgung zu verbessern.

Teures Gesetz zulasten der GKV

Insgesamt ist angesichts der geplanten Aufgabenerweiterungen und des Ausbaus der gematik zu einer Digitalagentur für Gesundheit zu erwarten, dass der Mittelbedarf deutlich wachsen wird. Dies geht zulasten der GKV, da die gematik sich fast ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der GKV finanziert. ■

**Eine stärkere
Einbindung der
Krankenkassen ist an
vielen Stellen des
GDAG notwendig, vor
allem, wenn es um
versichertenannahen
Anwendungen geht.**

Wissenschaftliche Evidenz der Selbstverwaltung wieder stärker im Mittelpunkt

Text von **Dr. Sibylle Steiner**

Der **Kabinettsentwurf des „Gesundes-Herz-Gesetzes“ (GHG)** behandelt zweifellos eine medizinisch und gesellschaftlich wichtige Thematik: die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Doch trotz positiver Ansätze – nach wie vor fehlt eine konsequente Umsetzung des Präventionsgedankens.

■ Immerhin: Offenbar hat die berechtigte Kritik, die geschlossen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und anderen ärztlichen Organisationen sowie auch seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gekommen ist, Wirkung im Bundesgesundheitsministerium gezeigt. Zweifellos ist es zu begrüßen, dass bei der Früherkennung von kardiovaskulären Erkrankungen und der Verordnung von Statinen nun ausdrücklich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einbezogen wird. Damit rückt die wissenschaftliche Evidenz der Selbstverwaltung wieder stärker in den Mittelpunkt. Schließlich ist es die Aufgabe des G-BA, über geeignete Therapien, Untersuchungsmethoden und Medikamente für die Bevölkerung zu entscheiden.

Weiterhin wird in dem Gesetzentwurf jedoch eine konsequente Umsetzung des Präventionsgedankens vernachlässigt, um bestimmten Risikofaktoren, wie zum Beispiel Rauchen, Bluthochdruck, Adipositas oder Bewegungsarmut, durch eine veränderte Lebensführung, Sport oder eine andere Ernährung zu begegnen. Primärprävention beginnt bereits mit Kampagnen in der Schule, umfasst gesellschaftliche

Aufklärung und erwägt zum Beispiel Werbeverbote für oder hohe Steuern auf ungesunde Lebensmittel. Denn Prävention ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der sich auf die Förderung gesunder Lebensmittel und Lebensweisen fokussiert werden sollte.

Nicht nachvollziehbar ist, dass es bei dem vorgesehenen Beratungsangebot in Apotheken bleibt. Medizinische Beratungen gehören eindeutig zur Heilkunde – und diese ist Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Hier muss das parlamentarische Verfahren korrigierend eingreifen. Unverändert ist ebenso im Kabinettsentwurf geblieben, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten Disease-Management-Programme (DMP) anzubieten. Dies ist begrüßenswert. Es bedeutet aber auch, dass die teilnehmenden Praxen von den Krankenkassen zuverlässige Informationen über den DMP-Status ihrer Patienten erhalten müssen. Alle bestehenden DMP auf Risikokonstellationen ohne manifeste Erkrankung auszuweiten, erscheint kaum umsetzbar, weil damit keine abgrenzbare Zuordnung zu den DMP-Indikationen mehr möglich ist. ■



Dr. Sibylle Steiner
ist Mitglied des
Vorstands der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung
(KBV)



»Spielräume der Selbstverwaltungen achten«

Im vergangenen Jahr haben die Sozialwahlen stattgefunden, rund 52 Millionen Menschen in Deutschland waren wahlberechtigt. Sie sind damit nach der Bundestags- und der Europawahl hierzulande die drittgrößte demokratische Abstimmung. **Peter Weiß**, der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, übergab Hubertus Heil, dem Bundesminister für Arbeit und Soziales, Ende September dieses Jahres seinen Schlussbericht zu den Sozialwahlen 2023. Im Interview erläutert er, welche Schlüsse daraus für die Zukunft gezogen werden können.

Die Selbstverwaltung ist ein wichtiges demokratisches Prinzip und die Sozialwahlen sind seit 70 Jahren ein fester Bestandteil der Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland. Wie lassen sich diese tragenden Elemente der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung noch stärker in der Gesellschaft und im Bewusstsein der Menschen verankern?

PETER WEISS Dies ist die entscheidende Frage – und die Antwort fällt nicht leicht. Im Zentrum der Sozialen Selbstverwaltung stehen die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter. Sie sind ein unverzichtbarer Teil unseres Systems der Sozialversicherungsträger. Über die Jahrzehnte hinweg haben wir die Erfahrung gemacht, dass unsere klassischen Medien das Thema „Soziale Selbstverwaltung“ kaum aufgreifen. Und viele Mitbürgerinnen und Mitbürger wissen nicht, um was es eigentlich geht. Deshalb will ich als Erstes die Themen Sozialversicherung und Sozialwahlen stärker in der schulischen und außerschulischen Bildung verankern. Darauf müssen dann die Sozialversicherungsträger, die Listenträger und die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter

aufbauen. Sie sollten jede Gelegenheit nutzen, um auch öffentlich die Arbeit der Sozialen Selbstverwaltung darzustellen.

Auch die Politik sollte das Selbstverwaltungsprinzip als wesentliches Element unseres Sozialstaates achten. Wie hat sich die Gesetzgebung der letzten Jahre auf den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung ausgewirkt?

In der Tendenz der letzten Jahre hat die Politik die Spielräume der Selbstverwaltungen eher eingeschränkt. Dies geschah zum Teil aus der Überzeugung, der Gesetzgeber müsse dies oder jenes zentral und schnell regeln. In der Politik begibt sich jedoch praktisch niemand auf den Kriegspfad, die Soziale Selbstverwaltung abschaffen zu wollen. Aber die Spielräume der Sozialen Selbstverwaltung werden immer wieder das Opfer des politischen Alltags. Deshalb möchte ich, dass mein Amt zum Beauftragten für die Soziale Selbstverwaltung aufgewertet wird. Damit gäbe es einen institutionellen Fürsprecher für die Selbstverwaltungen. Dann sollte in unserer

Verfassung, im Grundgesetz, das Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung verankert werden. Wenn im Gesetzgebungsverfahren eine Institution regelmäßig die Achtung der Spielräume der Selbstverwaltungen fordert, dürfte dies langfristig zum Erfolg in der Politik führen.

Wie sollten die Arbeitsaufteilung und Verantwortlichkeiten der Selbstverwaltung auf der einen Seite und des Staates auf der anderen Seite aussehen?

Das, was die Selbstverwaltungen sinnvoll selbstständig regeln können, sollten sie auch regeln dürfen. Wie das im Detail aussehen sollte, darüber gibt es zwischen den unterschiedlichen Akteuren sicher verschiedene Meinungen. Ich glaube nicht, dass es viel bringt, sich mit einem weißen Blatt Papier hinzusetzen und die Kompetenzen zwischen Selbstverwaltung und Politik neu zu verteilen. Es erscheint mir klüger, bei dem aktuellen Stand Kompetenzverteilung anzusetzen und vom Gesetzgeber einige Korrekturen zu verlangen. So wäre es doch vernünftig, wenn die Verwendung der Überschüsse aus Beitragsleistungen und Rücklagen ausschließlich durch das Haushaltsrecht der Selbstverwaltungsorgane geregelt würde. Oder wenn das Thema Reha einschließlich Budget ganz in der Verantwortung der Selbstverwaltung läge.



Peter Weiß, Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen

»Die Durchführung des Modellprojektes Online-Wahlen im Rahmen der Sozialwahlen 2023 war ein großer Erfolg.«

Junge Menschen sind die Wählerinnen und Wähler der Zukunft. Auf welche Weise können diese besser erreicht werden?

Wir hoffen darauf, dass ein Bildungssystem, das verstärkt über die Akteure der Sozialen Sicherheit informiert, zum „Gamechanger“ wird. Werden junge Menschen im „analogen Bereich“ auf die Wichtigkeit der Selbstverwaltungen hingewiesen, sind sie eher bereit, die digitalen Angebote der Sozialversicherungsträger, die über ihre Selbstverwaltungen informieren, anzunehmen. Stehen die Türen der jungen Menschen offen, müssen die Akteure der Selbstverwaltungen allerdings auch durchgehen. Dabei sollten sie die gesamte Klaviatur der neuen Medien nutzen. Und dann kann auch die Online-Wahl zusätzliches Interesse wecken.

Im vergangenen Jahr wurden die Sozialwahlen erstmals in einem Modellversuch neben den Briefwahlen auch als Online-Wahlen durchgeführt. Welche Erfahrungen ziehen Sie daraus, inwiefern können und sollten Online-Wahlen verstetigt werden?

Die Durchführung des Modellprojektes Online-Wahlen im Rahmen der Sozialwahlen 2023 war ein großer Erfolg. Dieser Erfolg, den wir fünf Ersatzkassen zu verdanken haben, gibt unserer Gesellschaft die Möglichkeit, über Online-Abstimmungen in den verschiedensten Bereichen nachzudenken. So arbeitet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zurzeit an der Einführung von Online-Wahlen bei den Betriebsratswahlen. Viele andere Institutionen beschäftigen sich ebenfalls mit diesem Thema. Nach dem Abschluss des erfolgreichen Modell-Projektes möchte ich als Erstes erreichen, dass bei künftigen Sozialwahlen alle Sozialversicherungsträger stets die Möglichkeit erhalten, Online-Wahlen regelhaft anzubieten. ■

Steigerung der kognitiven Fähigkeiten

Text von Prof. Dr. Dennis Hamacher und Mandy Krüger

Für jedes Handeln werden sogenannte exekutive Funktionen benötigt. Ein kontinuierlicher Abbau dieser kognitiven Fähigkeiten zur Steuerung des eigenen Verhaltens ist Teil des Alterungsprozesses. Die gute Nachricht: Exekutive Funktionen sind in jedem Alter trainierbar und verbesserungsfähig. Hier setzt das **Partnerprojekt P.F.L.E.G.E.** des vdek und der Europäischen Fachhochschule (EU|FH) an.

Stationäre Pflegeeinrichtungen werden zukünftig angesichts der Zunahme an Pflegebedürftigen in den nächsten 10 bis 20 Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass durch den demografischen Wandel in 20 Jahren rund 7 Millionen Menschen pflegebedürftig sein werden. Aktuell gibt es in Deutschland bereits etwa 5 Millionen Pflegebedürftige. Die Präventionsarbeit des vdek zielt aufgrund dieser Zukunftsprognose darauf ab, langfristig und wirksam die Gesundheitsressourcen von Bewohner:innen (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen zu stärken, was wiederum zum langfristigen Erhalt von Lebensqualität, Wohlbefinden und Selbstbestimmung beiträgt. Somit gilt es, die partizipative Entwicklung von praktisch integrierbaren und wissenschaftlich evaluierten Maßnahmen in den strukturellen Alltag von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen.

Charakteristika des Alterns sind Veränderungen in Bezug sowohl auf die kognitiven Funktionen, beispielsweise Aufmerksamkeit und Konzentration, als

auch auf die Motorik, zum Beispiel Gangunsicherheit und Koordination. Diese altersbedingten Veränderungen gehen unter anderem mit einer erhöhten Sturzangst, einem erhöhten Sturzrisiko und einer eingeschränkten Mobilität und damit einer eingeschränkten Teilhabe im alltäglichen Leben einher, was zu einer Reduktion von Lebensqualität führen kann. Doch mit körperlicher Aktivität ist es möglich, diesem Phänomen nachweislich entgegenzuwirken. Körperliche Aktivität und kognitive Ressourcen von Menschen bedingen sich gegenseitig. Entsprechend zielt das Forschungsprojekt P.F.L.E.G.E. (Pflegeeinrichtungen für Lebensqualität und Entwicklung von Gesundheit durch exekutive Funktionen) auf die partizipative Entwicklung von körperlich-kognitiven Maßnahmen ab. Es widmet sich den Fragestellungen, wie die Lebensqualität von Bewohner:innen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen wirksam verbessert und dem Abbau ihrer Fähigkeiten effektiv entgegen gewirkt werden kann.

Im Zeitraum von August 2023 bis Mai 2024 wurde eine neuartige, auf Bewohner:innen

angepasste, multimodale (unter Einbezug verschiedener Sinnesmodalitäten), körperlich-kognitive und bewegungsbasierte Maßnahme entwickelt. Sie nimmt verschiedene Funktionen und Fähigkeiten in den Blick, setzt auf Verbesserung der körperlichen Aktivität und Mobilität, auf Reduzierung der Sturzangst und stärkt damit gleichzeitig kognitive Leistungen. Die Maßnahme ist angelegt auf einen Zeitraum von 10 Wochen, in denen durch bewegungsbasierte Übungen insbesondere die kognitiven beziehungsweise exekutiven Funktionen der Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen unterstützt werden. Ein weiterer Bestandteil ist die Einbindung und Befähigung der Mitarbeiter:innen in den Pflegeeinrichtungen. Dazu wurden Multiplikator:innen geschult, um die Maßnahme eigenständig in den Einrichtungen durchzuführen und weitere Mitarbeiter:innen zu Kursleiter:innen auszubilden.

Das Projekt wurde in vier Pflegeeinrichtungen mit Bewohner:innen mit Pflegegraden 1 bis 4 erprobt. Vor und nach der Durchführung der sogenannten KöKo-Maßnahme (Körperliche Aktivität, Kognitive Ressourcen) testeten Mitarbeiter:innen der EU|FH kognitive Funktionen, Mobilität, Sturzangst und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Hierbei fand eine durchgängig engmaschige, durch Präsenz-Workshops und Video-Calls ergänzte Begleitung aller beteiligten Akteur:innen statt. Zudem wurde

systematisch Feedback eingeholt, um schon während der Konzeption der Übungsinhalte und des Schulungskonzeptes Änderungen einzupflegen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die exekutiven Funktionen der Bewohner:innen durch die KöKo-Maßnahme signifikant verbessert haben. Dieser Zugewinn an kognitiven Fähigkeiten steht in empirischem Zusammenhang mit einer gesteigerten Mobilität, einer Reduktion der Sturzangst sowie einer verbesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität. So konnte die sturzassoziierte Selbstwirksamkeit der Interventionsgruppe, gemessen durch den sogenannten FES-I-Score, von „starken Bedenken“ auf „moderate Bedenken“ verbessert werden. Auch die Lebensqualität, erfasst durch den EQ-5D-Fragebogen, zeigte eine klinisch relevante Verbesserung von einem Medianwert von 60 auf 75 von 100 Punkten.

Entstanden ist nach erfolgreicher Erprobung und Evaluation der KöKo-Maßnahme ein Schulungskonzept inklusive Multiplikator:innenschulung sowie Übungsvideos als mediale Ergänzung. Diese Materialien ermöglichen über das Projekt hinaus eine langfristige Implementierung der KöKo-Übungen durch die Mitarbeiter:innen weiterer Pflegeeinrichtungen. ■

→ t1p.de/ngxtb



Prof. Dr. Dennis Hamacher ist Professor für Theorieforschung und Methodik an der Europäischen Fachhochschule (EU|FH)



Mandy Krüger ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNGEN RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

Pflegeberatende fit machen für mehr Hitzeschutz

Starkregen, Hochwasser und mehr Hitzetage – der Klimawandel ist auch in Rheinland-Pfalz und dem Saarland deutlich zu spüren. Besonders Rheinland-Pfalz nimmt eine Spitzenposition bei Hitzetagen, also Tagen, an denen die Temperatur über 30 Grad liegt, ein. Dabei hat Hitze viele körperlichen und psychischen Folgen. Besonders starke Auswirkungen hat Hitze auf ältere Menschen oder chronisch Kranke – Medikamente wirken anders, der Stoffwechsel ändert sich und vieles mehr. Gerade Pflegebedürftigen fällt es schwer, Routinen in den Alltag zu integrieren, um zu Hause vor der Hitze besser geschützt zu sein. Um sie dabei zu unterstützen, wurden Pflegeberaterinnen und -berater des vdek Ende Juni 2024 geschult. Das Thema Hitze ist für die Beratenden, die meist eine pflegerische Ausbildung haben, nicht neu, aber die praxisnahen Tipps

und der Austausch über das Thema im Kontext der Pflegeberatung haben den meisten Teilnehmenden viel für ihre tägliche Arbeit gebracht. Dabei ist es der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) gelungen, mit einem Methodenmix und Praxisübungen auch die Haltung der Pflegeberatenden zu reflektieren: Wie viel unternehmen diese eigentlich für den eigenen Hitzeschutz? Klar ist, dass das Thema aktuell bleibt. Der vdek wird es daher weiterverfolgen und auch im Kontext der Pflegeberatung kontinuierlich weiterentwickeln. In Saarbrücken und Mainz wurde hierfür eine erste Grundlage gelegt. Dies ist aber nur der Anfang, denn unter hohen Temperaturen leiden alle und Pflegebedürftige noch stärker. Es braucht also auch zukünftig tragfähige Konzepte, um pflegebedürftige Menschen und chronisch Kranke vor den Folgen von Hitze schützen. *aml*

Finanzielle Entlastung von Pflegebedürftigen: Dialog mit Sozialverband VdK Bayern

Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, die Landesvorsitzende Verena Bentele sowie der Landesgeschäftsführer Michael Pausder des Sozialverbandes VdK Bayern e. V. tauschten sich im Juli 2024 über notwendige Reformen in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) aus. **Im Mittelpunkt des Dialogtreffens stand die zum 1. Juli 2024 erneut gestiegene finanzielle Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen in bayerischen Pflegeheimen.** Mussten neue Bewohnerinnen und Bewohner in den ersten 12 Monaten im Juli 2023 noch 2.550 Euro bezahlen, waren es im Juli 2024 bereits 2.814 Euro. Die Dialogpartner sind sich einig: Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle angeht. Die vdek-Landesvertretung Bayern und der VdK Bayern machen sich daher



gemeinsam für die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in Bayern stark. **Wichtiges Kriterium für eine nachhaltige finanzielle Entlastung sei die Übernahme der Investitionskosten durch den Freistaat Bayern sowie die Finanzierung der Ausbildungskosten durch Steuermittel.** Ebenso müssten die Beiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige über Steuermittel finanziert werden.

Die Soziale Pflegeversicherung würde dadurch um etwa 3,6 Milliarden Euro entlastet. Hackenberg unterstrich die Bedeutung der notwendigen Reformen: „Um Pflegebedürftige finanziell zu entlasten, wird es höchste Zeit, die Soziale Pflegeversicherung zukunftssicher aufzustellen. Dazu gehören eine stabile Finanzierung und weiterhin eine solidarische Ausrichtung.“. *lf*

Mitmachen und Leben retten: vdek unterstützt Projekt zur Sepsis-Aufklärung

Vor Kurzem kamen 108 Helferinnen und Helfer aus ganz Mecklenburg-Vorpommern zusammen, um dem SepsisDialog der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) tatkräftig unter die Arme zu greifen. Unter anderem mit dabei: Sozialministerin Stefanie Drese und Stephan Haring, Referatsleiter Politik und Kommunikation in der vdek-Landesvertretung (Foto). Gemeinsam füllten die Teilnehmenden in nur drei Stunden 1.500 Pakete mit verschiedensten medizinischen Info-Materialien rund um das Thema „Sepsis“. Empfänger der Sendungen: die Hausarztpraxen und Apotheken im Land. Ziel der Aktion ist eine deutlich breitere Sensibilisierung des in Hausarztpraxen und Apotheken tätigen Personals, aber vor allem eine möglichst



landesweite Sepsis-Aufklärung der Bevölkerung. Denn noch immer sind zu viele Sepsis-Fälle durch schwere oder gar tödliche Verläufe gekennzeichnet. „Könnte es Sepsis sein?“ müsse daher eine noch selbstverständlichere Frage in der Patient:innen-Versorgung werden, so Mitinitiator Dr. Matthias Gründling, Intensivmediziner an der UMG, der kürzlich für seine Aufklärungsarbeit mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet wurde. **Der SepsisDialog verstehe die Aktion als Musterprojekt, verbunden mit der Hoffnung, dass sich weitere Bundesländer anschließen.** Möglich gemacht hatte das Vorhaben auch die Unterstützung des vdek, der seit einigen Jahren mit dem SepsisDialog im Rahmen der Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis vertrauensvoll zusammenarbeitet. *sth*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN-BRANDENBURG

Erfolgreiche Reorganisation: Effiziente Entlassungsfahrten in Potsdam

Auf Initiative des vdek in Berlin/Brandenburg und der AOK Nordost wurde die Organisation von Krankenfahrten in Potsdam im Rahmen eines Modellvorhabens neu strukturiert. Seit dem 1. Januar 2024 ermöglicht eine Kooperation zwischen den Kostenträgern im Land Brandenburg, der Feuerwehr Potsdam und den Notfallaufnahmen der Potsdamer Krankenhäuser eine verlässliche Durchführung von Krankenfahrten in den Abend- und Nachtstunden. Hintergrund für diese Neuregelung war, dass in diesem Zeitraum keine geeigneten Transportmöglichkeiten für entlassene Patienten aus den Notfallaufnahmen zur Verfügung standen. Dies führte häufig zu unnötigen stationären Aufnahmen oder hohen Kosten durch den Einsatz von Rettungsdienstfahrzeugen. **Täglich zwischen 20 Uhr und 5 Uhr stehen zwei Liegendtransportfahrzeuge eines ortsansässigen Dienstleisters bereit,**



der sich zur Übernahme der Krankenfahrten verpflichtet hat und dafür eine zusätzliche Vergütung erhält. Im zweiten Quartal 2024 wurden so durchschnittlich fünf Fahrten pro Nacht über ein appbasiertes System direkt aus den Notaufnahmen beauftragt. Eine kürzlich abgeschlossene Evaluierung zeigt positive Ergebnisse: Die Zahl der unnötigen stationären Wiederaufnahmen konnte erheblich reduziert

werden, was die Krankenhauskapazitäten und Ressourcen der Notfallversorgung entlastet hat. Rettungswagen mussten deutlich seltener eingesetzt werden. **Die Reorganisation führte zu einer höheren Effizienz der Entlassungstransporte und verhinderte Mehrkosten für die Krankenkassen.** Auch die Zufriedenheit der beteiligten Akteure, insbesondere der Rettungssanitäter und des Krankenhauspersonals, ist gestiegen, da sie sich wieder stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. *vb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

MRE-Projekt in Hessen: Gemeinsam gegen multiresistente Keime

Jährlich wird bei über 20.000 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Hessen eine nosokomiale Infektion (NI) während ihres Klinikaufenthalts festgestellt. Nach übereinstimmender Expertenmeinung sind davon 20 bis 30 Prozent vermeidbar. Besonders problematisch sind Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE). Deshalb haben die Landesverbände der Krankenkassen, die Hessische Krankenhausgesellschaft sowie das damals für Gesundheit zuständige Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) 2016 das Projekt „Analyse der MRE-Prävalenz sowie Maßnahmen zur Reduktion nosokomialer Infektionen durch MRE in hessischen Krankenhäusern“ entwickelt. Es wird von der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) durchgeführt und ist aktuell bis 30. Juni 2026 befristet.



Die Projektpartner bewerten den bisherigen Projektverlauf durchweg positiv. **Der nun erschienene 3. Zwischenbericht hebt die hohe Akzeptanz und Beteiligung seitens der Krankenhäuser hervor.** Er zeigt außerdem, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung wie die durchgeführten „Strukturierten Dialoge“ mit statistisch auffälligen Kliniken einen wertvollen Beitrag zur Identifikation von Defiziten in

Struktur- und/oder Prozessqualität in den hessischen Kliniken leisten und darüber hinaus erfolgreich bei der Abhilfe dieser Mängel und der Optimierung klinikinterner Abläufe unterstützen können. Das MRE-Projekt ist in dieser Form deutschlandweit einmalig und ist aus Sicht der vdek-Landesvertretung Hessen ein wichtiger Baustein für mehr Patientensicherheit in hessischen Krankenhäusern. *hk*

X @vdek_HH Lebhaftige Diskussion beim Gesundheitstreff mit Dr. Claudia Brase @HKG_Hamburg, Caroline Roos #KVHH und Kathrin Schuol #Innenbehörde. Wir brauchen eine echte Reform der Notfallversorgung, die den Rettungsdienst mit einbezieht.

X @vdek_SAC #WirsindGKV: Die gesetzlichen #Krankenkassen in #Sachsen fördern ambulante #Hospizdienste auch in 2024 – dieses Mal mit über 6 Mio. Euro. Das Geld fließt vor allem in die Qualifizierung der ehrenamtlich Helfenden. Mehr Infos in unserer gemeinsamen PM.



VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Konkrete Lösungsansätze für mehr Klimaschutz und Gesundheitsförderung

Wie wirkt sich der Trend zu mehr Flächenversiegelung auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland aus? Wie zeigen sich konkrete Auswirkungen klimabedingter Gesundheitsgefährdungen? Dies und anderes diskutierten das GKV-Bündnis für Gesundheit Baden-Württemberg und die Deutsche Umwelthilfe (DUH) am 30. Juli 2024 mit Medienvertretern aus ganz Deutschland. Frank Winkler, stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, benannte für das GKV-Bündnis in der Pressekonferenz konkrete Auswirkungen klimabedingter Gesundheitsgefährdungen: **Hitzeerkrankungen wie Schwindel, Kopfschmerzen, Erschöpfung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine schlechtere Immunabwehr, Hitzekollaps und Aggressivität durch vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen seien deutliche Anzeichen.** Die Zunahme an UV-Strahlung erhöhe das Hautkrebsrisiko. Die Zunahme

von Allergien aufgrund der Verbreitung allergieauslösender Pflanzen, unter anderem der Ambrosia, sei manifest. Das Risiko für psychische Erkrankungen steige in möglichen Ausprägungen, wie Angststörung, Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Luftschadstoffe können Erkrankungen der Atemwege wie Asthma und COPD sowie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (mit-)verursachen. Auch können Krankheitserreger durch wärmeliebende Vektoren wie Stechmücken oder Zecken leichter übertragen werden, wenn diese ein entsprechendes Klima vorfinden. **Konkrete Lösungsansätze für mehr Klimaschutz und Gesundheitsförderung versprechen sich die Projektpartner mit zwei Modellstädten im Projekt „Gesund unterwegs im Stadtquartier – die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gesünder, vielfältiger und grüner machen“.** *wi* → t1p.de/2gdlh

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Ein Methodenkoffer für mehr Prävention an Gesundheitsfachschulen

Prävention wird dann interessant, wenn wir sie interessant machen. Ganz unter diesen von Prof. Dr. Sylvia Säger geprägten Worten starteten Studierende an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera ein bundesweit wohl einmaliges Präventionsprojekt in Kooperation mit der vdek-Landesvertretung Thüringen und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. –

AGETHUR. Nach einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung im Januar 2024 nahm das erklärte Ziel immer mehr Gestalt an: Geplant wurde eine Sammlung von Unterrichtsmethoden zur Gesundheitsprävention, die in Form eines „Methodenkoffers“ leicht zugänglich und niederschwellig in den Unterricht an Gesundheitsfachschulen implementiert werden können. Die Präventionsmaßnahmen sollen die Selbstfürsorge der Schülerinnen und Schülern anregen und unterstützen. **Die Grundlage für den Methodenkoffer wurde in Form einer deutschlandweiten Bedarfserhebung und -ermittlung an Gesundheitsfachschulen fokussiert.** Dafür entwickelten die Studierenden einen Fragebogen, mit dem sie erfassten, in welchem Umfang gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Berufsfachschulen für gesundheitliche Ausbildungen bereits implementiert waren. Den Fragebogen sendeten sie an

1.889 Berufsschulen in Deutschland. Die Ergebnisse zeigten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen an einem Großteil der Gesundheitsfachschulen (92 Prozent) bereits Anwendung finden, curricular verankert sind (92 Prozent) und „eine große Rolle spielen“ (75 Prozent). Somit, so das Resümee, scheint Gesundheitsprävention bereits eine hohe Relevanz zu besitzen. Besondere Themenschwerpunkte fanden sich bei den

vorliegenden Maßnahmen in den Bereichen Kommunikation, Entspannung/Achtsamkeit, Kinästhetik und Bewegungsförderung. Dennoch sei eine bewusste Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesundheitsfachschulen gefragt, denn **trotz des hohen Anteils an Einrichtungen, an denen gesundheitsfördernde Maßnahmen schon greifen, werden die zur**

Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen durch die Befragten größtenteils als unzureichend eingestuft. Gleichzeitig sah ein Großteil der Befragten einen hohen bis sehr hohen Mehrbedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Im Ergebnis kamen die Studierenden zu dem Schluss, dass Gesundheitsprävention an den befragten Berufsfachschulen eine wichtige Thematik darstellt, die dennoch zukünftig stärker fokussiert und ausgebaut werden müsse. Dabei sollten die als mangelhaft wahrgenommenen Ressourcen bei der Implementierung neuer Maßnahmen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse flossen in die Entwicklung des Methodenkoffers ein. Dieser wird den Schulen zur Verfügung gestellt und ist als App verfügbar („PRIMA Präventions-App“). Der Methodenkoffer stellt einen kleinen Schritt in Richtung einer flächendeckenden Gesundheitsförderung an Berufsfachschulen mit dem übergeordneten Ziel der Gesundheitsförderung in



Prof. Dr. Sylvia Säger, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera (oben), sowie Kerstin Keding, Pressesprecherin der vdek-Landesvertretung Thüringen, stellten das gemeinsame Präventionsprojekt bei einer Auftaktveranstaltung im Rahmen der Geraer Präventionskonferenz vor.

den Gesundheitsfachberufen dar. „Im Präventionsgesetz finden Gesundheitsförderung und Prävention in der ‚Lebenswelt des Studierenden‘ eine besondere Berücksichtigung“, betont Kerstin Keding von der vdek-Landesvertretung Thüringen. „Zu den Aufgaben der Ersatzkassen gehört es daher, den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Hochschulen zu unterstützen.“ *kk*



EINWURF

Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik

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

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spitzt sich dramatisch zu. 22 Krankenkassen mussten ihren Zusatzbeitragssatz bereits unterjährig anpassen, weitere Erhöhungen werden zum Jahreswechsel erwartet. Dabei sind allein in der Krankenversicherung Steigerungen von 0,7 Prozentpunkten und mehr realistisch. Dies ist das Ergebnis einer verfehlten Gesundheitspolitik und der falschen Annahme, mehr Geld werde es schon richten. Doch die Gesetzgebung führt nicht zu einer wahrnehmbaren Verbesserung der Versorgung. Sie wird nur immer teurer.

Die Krankenkassen warnen bereits seit Jahren vor einer kontinuierlichen preis- und mengenbedingten Ausgabensteigerung mit zunehmender Dynamik bei ausbleibender solider Gegenfinanzierung. So stiegen die Gesamtausgaben der GKV in den letzten zehn Jahren um fast 60 Prozent: Lagen Sie 2013 bei 194 Milliarden Euro, erreichten sie 2023 satte 306 Milliarden Euro. Die größten Kostentreiber sind der Krankenhausbereich (30 Prozent der Gesamtausgaben), die Arzneimittelausgaben (16 Prozent) und die ärztliche Behandlung (15 Prozent). Doch damit nicht genug: Im nächsten Jahr drohen weitere Mehrausgaben durch die aktuellen

Gesetzesvorhaben, zuvorderst durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG).

Angesichts dieser Schieflage zulasten der beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber ist die Politik gefordert, endlich gegenzusteuern und für eine nachhaltige Finanzierung der GKV zu sorgen. Dazu gehört auch, die im Koalitionsvertrag gemachten Zusagen zum Ausgleich der Kosten für durch die GKV übernommene Aufgaben umzusetzen, sprich die Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen sowie die angemessene Finanzierung des Krankenkassenbeitrags für Bürgergeldbeziehende. Auf der Ausgabenseite brauchen wir dringend einen effizienten Einsatz der Ressourcen, eine bessere Kostensteuerung sowie eine stärkere Patienten- und Qualitätsorientierung. Es gilt, das Geld sinnvoll im Interesse der Versicherten einzusetzen. Doch dafür die Beitragsspirale immer weiter nach oben zu drehen, ist der falsche Weg. Stattdessen ist eine Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik notwendig, also zu einer Politik, in der sich Einnahmen und Ausgaben die Waage halten und Beitragssatzstabilität wieder zu einem politischen Ziel wird. ■



Reform der Notfallversorgung



Die Herausforderungen in der Notfallversorgung sind groß und schon lange bekannt. Jetzt will die Bundesregierung mit einem NotfallGesetz gegensteuern. Vorhaben wie die Etablierung Integrierter Notfallzentren (INZ) sowie der Aufbau von Akutleitstellen sollen dazu beitragen, Hilfesuchende schneller in die passende Behandlung zu vermitteln und Notfalleinrichtungen effizienter zu nutzen. Das sind wichtige und richtige Maßnahmen, doch reichen sie nicht aus, um die Notfallversorgung strukturell besser aufzustellen und intransparente Doppelstrukturen abzubauen. Was noch fehlt, ist eine dringend notwendige Neustrukturierung des Rettungsdienstes.

Die eine Hälfte

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Nach vielen Verzögerungen ist die **Notfallreform** im Bundestag angekommen. Viele wichtige und richtige Regelungen sind enthalten. Die dringend notwendige Neustrukturierung des Rettungsdienstes fehlt allerdings noch.

Mit dem Kabinettsbeschluss im Juli 2024 hat das NotfallGesetz eine wichtige Hürde genommen. Frühere Anläufe, bereits in der letzten Legislaturperiode, waren wieder in den Schubladen des Ministeriums verschwunden. Dabei sind die Probleme der Notfallversorgung seit Langem bekannt. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hatte schon 2016 gemeinsam mit dem aQua-Institut konkrete Forderungen entwickelt, damit sie besser funktioniert. Wichtigstes Ziel ist es, Versicherte in die für sie angemessene Versorgungsebene zu steuern, wenn sie sich in einer tatsächlichen – oder einer subjektiv empfundenen – Notfallsituation befinden. Denn nur so kann sichergestellt werden, dass echte Notfälle schnell behandelt werden und gleichzeitig Menschen mit leichten Erkrankungen geholfen wird, ohne unnötig Ressourcen zu binden.

Vieles davon greift das NotfallGesetz auf: In Integrierten Notfallzentren, kurz INZ, sind Notaufnahme und Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) flächendeckend an einem Ort zu finden. An einem „Gemeinsamen Tresen“ wird festgelegt, welche Versorgung am besten geeignet ist. Die Öffnungszeiten der Notfallpraxen sind bundesweit einheitlich. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt



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

die Versorgung entweder in einer nahen Arztpraxis oder direkt in der Notaufnahme. Kriterien und die Standorte der INZ sollen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene festlegen. Damit ist viel erreicht.

Wichtig ist auch der Aufbau von Akutleitstellen, die unter der Nummer 116117 schneller erreichbar sein sollen. Im besten Fall können dort medizinische Fragestellungen abschließend geklärt werden, ohne dass der Weg zum INZ nötig wird. Im Hintergrund müssen die KV ein Angebot bereithalten, über das Ärztinnen und Ärzte per Telefon und Video rund um die Uhr erreichbar sind. Solche Projekte haben sich in einigen KV-Regionen bereits bewährt. Ebenso vorgesehen ist ein Hausbesuchsdienst, der ebenfalls 24/7 verfügbar sein soll. Hier ist es aus Sicht der Ersatzkassen wichtig, vor allem qualifizierte nichtärztliche Mitarbeitende wie Physician Assistants einzusetzen, damit ausreichend Personal zur Verfügung steht.

Der Aufbau dieser Strukturen kostet jedoch Geld. Der Gesetzgeber erwartet hohe Einsparungen im Rettungsdienst. Damit diese auch wirklich eintreten, muss auch dieser Bereich Bestandteil der Reform werden (→ **Mehr dazu auf Seite 29**). Dazu gehört unter anderem der verpflichtende Aufbau sogenannter Gesundheitsleitstellen und eine erhebliche Verringerung der Anzahl der Rettungsleitstellen. Diese Punkte sind wichtig, damit aus dem NotfallGesetz auch eine echte, vollumfängliche Reform wird. ■

ist geschaffen

Bessere Versorgung durch bessere Steuerung

Text von Dr. Axel Kortevoß

Der **Rettungsdienst** ist unverzichtbar, wenn es um (lebens-)bedrohliche Notfälle geht. Jedoch kommt dieser oft auch dann zum Einsatz, wenn eigentlich der Ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig wäre. Um sowohl den Einsatz des Rettungsdienstes wirtschaftlicher zu betreiben als auch die Versorgung der Patienten angemessen sicherzustellen, sind eine bessere Planung und Reduzierung der Leitstellen der richtige Weg.

Die Anfang der 1990er Jahre europaweit eingeführte einheitliche Notrufnummer 112 gilt zu Recht als eine der Erfolgsgeschichten in der Europäischen Union (EU). In Deutschland ist diese Nummer bei den Bürgern für Brände, Katastrophen sowie medizinische Notfälle weithin bekannt. Weniger bekannt ist, dass der Notruf 112 nicht für alle akuten Vorfälle zuständig und angemessen ist. Die Reaktionsmöglichkeiten der 112-Leitstellen beschränken sich in Deutschland aktuell weitgehend auf die Alarmierung von hochqualifiziert besetzten Rettungstransportwagen (RTW) sowie eventuell von arztbesetzten Notarzteinsetzungsfahrzeugen (NEF). Allerdings sieht unser Gesundheitssystem für alle akuten, aber nicht (lebens-)bedrohlichen Notfälle vor, dass diese vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden. Jüngste Analysen der BARMER (→ t1p.de/6jg55) haben nochmals bestätigt, dass bei einer Vielzahl der

von der 112 ausgelösten Einsätze keine so dringende medizinische Bedrohung vorlag, die den Einsatz der hochqualifizierten RTW rechtfertigen.

Ein Grund für diese bundesweite Überversorgung liegt auch in der historisch bedingten Verortung des Rettungsdienstes bei den Bundesländern. Rettungsdienst ist nicht Teil der Gesundheitsversorgung im bundesrechtlichen SGB V, vielmehr liegt die grundgesetzliche Gesetzgebungskompetenz bei den Bundesländern. Der rechtliche Oberbegriff hierfür ist die Gefahrenabwehr, die neben dem Rettungsdienst auch den Brand- und Katastrophenschutz umfasst. Dem folgend haben sich in den 16 Bundesländern jeweils 16 Landesrettungsdienstgesetze (LRDG) mit unterschiedlichen Versorgungsstandards und

-strukturen entwickelt. Ein Ergebnis davon ist zum Beispiel, dass es je Bundesland unterschiedliche Hilfsfristen gibt, also die Zeit, die ein RTW brauchen soll, bis ein Notfallort erreicht ist.

Weniger bekannt ist, dass der Notruf 112 nicht für alle akuten Vorfälle zuständig und angemessen ist.



Weiterhin wird durch die LRDG die konkrete Planung des Rettungsdienstes auf die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte verlagert. Damit setzen in Deutschland über 400 kommunale Entscheider die jeweiligen LRDG um. Dies führt beispielsweise in Hessen und Nordrhein-Westfalen dazu, dass es nahezu in jedem Landkreis/ jeder kreisfreien Stadt eine eigene Leitstelle und einen eigenen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) gibt. Das verursacht kleinräumige Unterschiede in der Versorgungsqualität, die sich zum Beispiel in der Freigabe von bestimmten Notfallmaßnahmen für das Rettungspersonal durch ÄLRD äußern. So werden beispielsweise Patienten mit akuten Herzproblemen in einigen Regionen bereits durch die meist früher eintreffenden Notfallsanitäter mittels eigenverantwortlich eingeleiteter Maßnahmen versorgt, in anderen Regionen muss dafür auf das Eintreffen des Notarztes gewartet werden.

In Deutschland setzen über 400 kommunale Entscheider die jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze um.

Während also die föderalen Zuständigkeiten regional ungleiche Versorgungsqualität verursacht, folgt die Finanzierung trotz formal-rechtlicher Unterschiede de facto bundesweit einem gleichen Muster. Gemeinsam ist allen LRDG, dass die Kosten, die bei der Durchführung des Rettungsdienstes entstehen, von den Kostenträgern (dies sind zu etwa 90 Prozent die gesetzlichen Krankenkassen) zu erstatten sind. Die Basis für deren Kalkulationen sind dabei die Aufträge der Kommunen an die durchführenden Leistungserbringer, den Rettungsdienst für einen regionalen Bereich sicherzustellen. Ein solcher Auftrag umfasst unter anderem die Bereitstellung eines RTW an einem bestimmten Standort für 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr. Diese rettungsdienstliche Vorhaltung ist erst einmal unabhängig davon, wie viele Einsätze dieses Fahrzeug bedienen muss. Die





Vorhaltekosten für einen RTW summieren sich im Bundesschnitt auf etwa 600.000 bis 700.000 Euro pro Jahr. Die Refinanzierung erfolgt durch die Division der Kosten durch die Anzahl der voraussichtlichen Einsätze. Diese Einzelpreise füllen das Jahr über die Vorhaltekosten im Sinne eines jahresbezogenen Vollkostenbudgets auf.

Da die Krankenkassen diese Leistungen für ihre Versicherten ohne Vorleistung direkt übernehmen, gibt es in jedem Bundesland eine Beteiligung an der Kostenermittlung. Allerdings haben die Kostenträger aufgrund der gesetzlichen Vorgaben durch die LRDG bei der Aushandlung der Preise kaum Spielraum, da mit dem für einen RTW vorzuhaltenden Rettungspersonal etwa 80 Prozent der Kosten de facto fix sind und lediglich nachgewiesen werden müssen, etwa in Form anonymisierter Gehaltslisten.

Hauptansatzpunkt für eine wirtschaftliche Steuerung des Rettungsdienstes ist daher nicht die Verhandlung der Vorhaltekosten, sondern die Planung der notwendigen RTW und NEF. Da unbestritten ist, dass ein Großteil der im Rettungsdienst transportierten Patienten nicht die Versorgung durch RTW und gegebenenfalls NEF benötigt, besteht hier ein enormes Wirtschaftlichkeitspotenzial. Ebenso könnten durch eine deutliche Reduzierung der Anzahl der 112-Leitstellen erhebliche Verbesserungen in der Steuerung und Versorgung der Patienten erreicht werden, da Prozesse wie die Notrufabfrage und das Qualitätsmanagement systematisiert und standardisiert würden. Vorbilder für diese überfälligen Strukturverbesserungen finden sich in unmittelbarer Nachbarschaft, zum Beispiel in Dänemark, den Niederlanden oder auch in Teilen von Österreich. ■



Dr. Axel Kortevoß ist Leiter des Referats Ambulante Versorgung und stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung Hessen



»Wir müssen die strukturelle Ineffizienz des Systems verändern«

Das Bundesgesundheitsministerium hat ein NotfallGesetz angestoßen. **Dr. Janosch Dahmen** ist gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis90/Die Grünen und Notfallmediziner. Im Interview skizziert er die Probleme in der Notfallversorgung, erläutert geplante Maßnahmen sowie weiteren Änderungsbedarf und fordert einen stärkeren Fokus auf den Rettungsdienst.

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

Als Notfallmediziner setzen Sie sich stark für eine Reform der Notfallversorgung ein. Wie notwendig ist diese?

DR. JANOSCH DAHMEN Es gibt seit vielen Jahren große Probleme in der Notfallversorgung. Das System ist sehr ineffizient, ein löchriger Flickenteppich schlecht abgestimmter und unübersichtlicher Hilfsangebote und eine im internationalen Vergleich zurückgefallene Qualität und Verlässlichkeit. Patientinnen und Patienten sowie das Personal leiden inzwischen unter der Gleichzeitigkeit von Unter-, Über- und Fehlversorgung. In allen drei Säulen der Notfallversorgung, also in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, im vertragsärztlichen Notdienst und beim Rettungsdienst, gibt es einen seit Jahren bestehenden Reformstau. Bei den Notaufnahmen stehen wir vor der Herausforderung, dass diese aus zwei Gründen stark belastet sind. Erstens entsprechen die strukturellen Voraussetzungen, zum Beispiel die Größe und Aufteilung der Räumlichkeiten, aber auch die Fachqualifikation des Personals – beispielsweise Fachweiterbildung Notfallpflege oder Facharzt für Notfallmedizin – und auch die Ausstattung vielerorts nicht dem international aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Und zweitens ist es den Notaufnahmen aufgrund des immer stärkeren Arbeitskräftemangels auf den weiterversorgenden Stationen oft kaum möglich, Patientinnen und Patienten zeitnah aus der Notaufnahme weiter zu verlegen. Zudem stehen vielerorts nicht rund um die Uhr oder mindestens für die Stoßzeiten effiziente, ambulante Versorgungsstrukturen in den Notaufnahmen zur Verfügung, um fußläufige Akutpatientinnen und Akutpatienten bei weniger dringlichen oder komplexen Hilfebedürfnissen schneller und effizienter als komplexe Notfälle vor Ort versorgen zu können.

Letzteres betrifft die ambulante Notfallversorgung.

Problematisch ist, dass bei uns in Deutschland die Verlässlichkeit der Primärversorgung und auch der Langzeitpflege immer mehr erodiert. Auch die ambulante Notfallversorgung funktioniert nicht überall und nicht rund um die Uhr, so wie es medizinisch geboten wäre. Patientinnen und Patienten haben, wenn es ihnen plötzlich akut schlecht geht, außer dem Rettungsdienst oft keine vernünftigen alternativen Hilfsangebote. Diese Alternativlosigkeit setzt sich bei uns sogar leider in der Versorgungskette noch weiter fort: Auf den Rettungsdienst folgt die Notaufnahme

und auf die Notaufnahme der stationäre Aufenthalt. In der Konsequenz werden also bei uns Menschen viel häufiger, als dies medizinisch sinnvoll und erforderlich wäre, in eine Notaufnahme gebracht und dann vom Krankenhaus zu kurzstationären Behandlungen aufgenommen. Dahinter stehen komplexe Fehlanreiz- und Fehlsteuerungsmechanismen, etwa dass die diagnostischen und therapeutischen Aufwände in der Notaufnahme mit den ambulanten Behandlungspauschalen gar nicht zu finanzieren sind und aus Abrechnungsgründen deshalb bei uns viel mehr Patientinnen und Patienten aufgenommen werden als in den europäischen Nachbarländern. Natürlich gab es schon einzelne erste Reformschritte in der Vergangenheit, etwa die Einführung der einheitlichen G-BA-Notfallstufen oder im Jahr 2012 die Einführung der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 für ambulante Akut- und Notfälle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Allerdings machen Menschen leider immer wieder die Erfahrung, dass sie nicht nur sehr lange in der Leitung warten müssen, sondern ihnen dann nicht fachgerecht geholfen werden kann und ihnen letztlich auch nur gesagt wird, dass sie doch besser direkt die Notaufnahme aufsuchen oder den Rettungsdienst unter der Notrufnummer 112 anrufen sollen.

Mit dem Rettungsdienst wären wir bei der dritten Säule der Notfallversorgung.

Der Rettungsdienst ist oft das letzte Haltenetz in der Gesellschaft, er muss notgedrungen auffangen, was an anderer Stelle nicht richtig funktioniert. Wir haben bereits seit Jahren einen starken Anstieg der Einsatzzahlen und auch stationären Zuweisungen durch den Rettungsdienst. Das verschärft sich dadurch, dass durch die Notrufleitstellen der 112 vielerorts keine Ersteinschätzung durch eine standardisierte Notrufabfrage vorgenommen wird und auch keine technische und organisatorische Vernetzung mit der 116117 besteht. Patientinnen und Patienten können so medizinisch nicht sinnvoll gesteuert werden. Zum anderen stehen jenseits von Rettungswagen und Notarzteinsetzungsfahrzeugen keine weiteren

»Natürlich gab es schon einzelne erste Reformschritte in der Vergangenheit.«



alternativen Hilfsangebote systematisch rund um die Uhr zur Verfügung. Denken Sie an psychiatrische Not-hilfe, Notfallpflege oder ambulante Palliativteams. All das wäre erforderlich, um Menschen in akuter Not fall-abschließend ohne stationäre Behandlung am Notfallort vernünftiger helfen zu können und den Rettungsdienst zu entlasten.

Das NotfallGesetz soll Abhilfe schaffen. Eine Maß-nahme ist der Aufbau sogenannter Integrierter Notfall-zentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern. Was steckt dahinter?

Mit einem INZ wird im Krankenhaus ein Ort geschaf-fen, in dem Menschen unabhängig von ihrem Hilfsbe-dürfnis die jeweils erforderliche Hilfe aus einer Hand erhalten. Sie werden an einem sogenannten Gemein-samen Tresen ersteingeschätzt und dann in die für sie passende Versorgungsstruktur gesteuert. Dabei können komplexe oder dringliche medizinische Notfälle in der interdisziplinären Notaufnahme des INZ fallabschlie-ßend versorgt werden, weniger komplexe und weniger dringliche medizinische Notfälle analog in der integrierten KV-Notfallpra-xis des INZ. Die Patientinnen und Patienten müssen so nicht vorher wissen, was genau sie brauchen, sie bekommen die für sie medizi-nisch sinnvolle Versorgung. Das ist nicht nur eine Entlastung für die Notaufnahmen, sondern auch eine erhebliche Vereinfachung für die Patientinnen und Patien-ten. Mit den INZ haben sie einen zentralen Anlaufort, an dem ihnen entweder stationär oder ambulant fach- und bedarfsgerecht geholfen wird.

Wie viele INZ sind nötig? Derzeit haben wir rund 1.700 Krankenhaus-Standorte.

Die Zahl der Standorte lässt sich jetzt noch nicht abschließend benennen, aber wahrscheinlich braucht es 500 bis 700 Stück für ganz Deutschland. Letztlich ist es sinnvoll, dass dies die Länder zusammen mit den Kostenträgern entscheiden. Natürlich ist in einem Stadtstaat mit kurzen Wegen eine andere Dichte an INZ bezogen auf die Bevölkerung erforderlich als in einem Flächenland, wo zwar wenige Menschen leben, aber auf großer Fläche mit weiten Strecken Notfallversorgung im engen Zusammenspiel mit dem Rettungsdienst anders

organisiert werden muss. Es liegt aber auf der Hand, dass wir zukünftig deutlich weniger als die derzeit über 1.000 Notfallkrankenhäuser und wohl kaum eine ebenso große Zahl an Notfallpraxen brauchen. Es kommt dar-auf an, die Strukturen von bereits bestehenden Notfall-praxen und die Krankenhausstrukturen, insbesondere der umfassenden und erweiterten Notfallversorgung, zusammenzuführen. Dann schauen sich die Planungs-behörden der Länder an, was sinnvolle Standorte für die zukünftigen INZ sind, um eine gute Flächenver-sorgung und Erreichbarkeit für die Bevölkerung hinzu-bekommen.

Des Weiteren ist ein Ausbau der notdienstlichen Akut-versorgung der KV mit einer 24/7-Bereitstellung vor-gesehen. Wie lässt sich das umsetzen?

Wir müssen miteinander gesetzlich vereinbaren, was Sicherstellung in der ambulanten Notfallversorgung konkret bedeutet. Weiter irgendwie und überall anders wird nicht gehen. Wir müssen die Strukturen verbind-licher, einheitlicher und verlässl-icher gestalten. Das bedeutet aber nicht, dass wir Ärztinnen und Ärzte aus den Praxen abzie-hen und stattdessen im INZ ein-setzen wollen. Im Gegenteil, es braucht dringend mehr Multi-professionalität in der ambulan-ten Notfallversorgung. Wir haben in Deutschland ein stark arztzen-triertes System. Aber nicht alles, was in der ambulanten Notfall-versorgung notwendig ist, muss von einer Ärztin oder einem Arzt

»Es braucht dringend mehr Multiprofes-sionalität in der ambulanten Notfall-versorgung.«

gemacht werden. Das NotfallGesetz sieht deshalb etwa vor, dass für fahrende Bereitschaftsdienste künftig auch Gemeinde-Notfallsanitäterinnen und Gemeinde-Not-fallsanitäter oder Community Nursing- Qualifikationen eingesetzt werden könnten. Das ist ein guter Schritt. In den Nachbarländern gibt es beeindruckende Systeme, wo mit Gesundheitsfachberufen vom Ultraschall bis hin zur Point-of-Care-Labordiagnostik komplexe ambulante Versorgung aus dem Fahrzeug heraus inklusive tele-medizinischem Callback-Verfahren mit Ärztinnen und Ärzten in den Leitstellen vorgenommen werden. Tele-medizinisch assistierte „Treat at home“-Konzepte, also dass das Krankenhaus und multiprofessionelle Struk-turen der Notfallversorgung zu den Patientinnen und Patienten kommen und nicht umgekehrt, das ist hier

für die Zukunft absehbar das Stichwort. Da müssen wir aufholen.

Sie sprechen die Telemedizin an. Welches Potenzial hat sie in der Notfallversorgung?

Sie birgt ein enormes Potenzial. Ein Beispiel aus eigener Erfahrung in der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes in Berlin: Dort hat die KV irgendwann angefangen, auf der Notrufnummer 116117 telemedizinische KV-Beratungsärztinnen und -Beratungsärzte rund um die Uhr einzusetzen, mit der Folge, dass der Anteil der aufsuchenden Hausbesuche durch KV-Beratungsärztinnen und -Beratungsärzte um 70 Prozent gesenkt werden konnte. Das heißt, ein Großteil der Hilfeersuchen konnte fallabschließend telefonisch oder telemedizinisch durch KV-Beratungsärztinnen und -Beratungsärzte beantwortet werden. Und das ist sicher noch nicht das Ende der Fahnenstange. Das Potenzial zu mehr Effizienz ist hier riesig. Wahrscheinlich braucht es auch hier noch nicht mal immer zwingend eine Ärztin oder einen Arzt, sondern auch entsprechend geschulte Pflegekräfte können Menschen in vielen Fällen abschließend gut helfen. Voraussetzung ist ein systematisches Qualitätsmanagement, strenge Standardisierung und Evidenzbasierung dieser Hilfeleistungsstrukturen. Es ist also erforderlich, dass wir rund um die Uhr telemedizinische Beratung dort, wo sie nach standardisierter Ersteinschätzung geboten ist, anbieten

und die Menschen auch direkt zu Notfall- oder Hausarztpraxen steuern oder im Idealfall fallabschließend direkt digital helfen. Auch an anderen Stellen ist noch Luft nach oben. Nehmen wir das E-Rezept: Wenn über die ärztliche Beratungsleistung hinaus eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist, könnte das E-Rezept Patientinnen und Patienten direkt durch die 116117 geschickt werden. Die Instrumente dafür stehen theoretisch schon heute zur Verfügung. Es ist Zeit, dass wir mit all dem endlich systematisch und überall in Deutschland anfangen. Nicht die Patientinnen und Patienten sind schuld an einer immer weiter gewachsenen Inanspruchnahme der Notfallversorgung, sondern das zunehmend löchrige Netz der Primärversorgung und unsere schrecklich ineffizienten und schlecht abgestimmten und wenig standardisierten Strukturen.

Neben der Notrufnummer 116117 der KV gibt es die Notrufnummer 112 des Rettungsdienstes. Doch die Menschen können mit der Unterscheidung oft nichts anfangen. Das Notfallgesetz ermöglicht eine Zusammenlegung als gemeinsames Notfallsystem. Eine sinnvolle Verzahnung?

Unbedingt. Den Notfall definiert immer der betroffene Mensch oder sein Umfeld selbst, das System muss darauf die medizinisch passende Antwort reproduzierbar und verlässlich geben können. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass sie, wenn es darauf ankommt, die richtige Hilfe erhalten, egal welche Nummer sie gerade in einer Ausnahmesituation gewählt haben. Der Idealfall in der Praxis wäre, wenn ich überall in Deutschland bei einem medizinischen Notfall den Notruf 112 anrufen könnte, dort dann standardisiert eine Ersteinschätzung vorgenommen würde und falls sich herausstellt, dass es ein weniger dringlicher Akutfall ist, der keine unmittelbare Hilfe durch den Rettungsdienst braucht, wohl aber durch die KV-Notfallversorgung





Dr. Janosch Dahmen (geboren am 6. September 1981 in Berlin) ist Unfallchirurg und Notfallmediziner sowie Bundestagsabgeordneter der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Nach Studium, Promotion und Facharztweiterbildung arbeitete er als Ärztlicher Leiter des Luftrettungszentrums am BG Klinikum Duisburg. Im Anschluss war er von 2018 bis November 2020 als Oberarzt Teil der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes der Berliner Feuerwehr. Seit 1998 ist er Mitglied von Bündnis 90/Die Grünen. Nach politischen Stationen auf Kommunal- und Landesebene ist er seit November 2020 Bundestagsabgeordneter und gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.

weiter versorgt werden muss, dann das Notrufgespräch digital direkt an die 116117 weitergeleitet wird, inklusive der bereits gegebenen und erhobenen Informationen sowie Dringlichkeitseinschätzung. Dort sollte dann eine noch differenziertere Einschätzung sowie die Entscheidung erfolgen, welches passende Hilfsangebot – also beispielsweise, ob jemand zu mir kommen muss, ob ich einen Termin in einer Notfallpraxis brauche, ob eine telemedizinische Beratung reicht oder ob die Verordnung eines E-Rezepts oder einer Krankenfahrt erforderlich ist – zur Verfügung gestellt wird. Regional wird

das teilweise bereits umgesetzt. In Berlin beispielsweise werden mithilfe einer solchen technisch standardisierten Schnittstelle weit über 100 Anrufe am Tag von der 112 an die 116117 gegeben. Auch umgekehrt, wenn auch weniger oft natürlich, also wenn sich herausstellt, dass etwas dringlicher und schwerwiegender ist, wird der Fall automatisch von der 116117 an die 112 zum Rettungsdienst weitergeleitet. Notfallmedizin ist hoch dynamisch und nie eine Einbahnstraße.

Wie realistisch ist es, dass es zu solchen Zusammenlegungen gerade in der Fläche kommt? Das NotfallGesetz sieht nur vor, dass dies auf Initiative der Rettungsleitstellen geschehen soll. Braucht es da nicht eine klare Vorschrift durch den Gesetzgeber?

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ist begrenzt und ermöglicht keine gesetzliche Verpflichtung der Rettungsleitstellen zur Kooperation. Hier sind die Landesgesetzgeber gefordert, die eine solche Verpflichtung teilweise bereits in Novellen der Rettungsdienstgesetze umsetzen. Mit Blick auf die deutliche Entlastung für das Personal im Rettungsdienst und die höhere Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ist die technische und organisatorische Vernetzung zwischen 112 und 116117 unabdingbar. Die Verpflichtung der 116117-Leitstellen zur Kooperation mit interessierten Rettungsleitstellen liegt im Bereich der Bundeskompetenz und wird im NotfallGesetz verbindlich geregelt.

Sie fordern, den Rettungsdienst im Sozialgesetzbuch V differenzierter zu regeln. Warum ist das so wichtig?

Tatsächlich ist es so, dass die bisherige gesetzliche Grundlage für den Rettungsdienst, die vor vielen Jahren unter anderen Umständen geschaffen wurde, nicht mehr das abbildet, was erforderlich ist. So steht beispielsweise formal in der aktuellen Gesetzgebung im SGBV keine Regelung, die es zulässt, dass Patientinnen und Patienten durch innovative Versorgungsmodelle wie Gemeinde-Notfallsanitäterinnen und Gemeinde-Notfallsanitäter vom Rettungsdienst fallabschließend zu Hause oder am Notfallort behandelt werden können und die Krankenkassen dafür immer die Kosten übernehmen. Das Gesetz sieht streng genommen nur vor, dass der Rettungsdienst die Patientinnen und Patienten im Rahmen einer sogenannten Annexeistung zu einem Klinikaufenthalt vom Notfallort zur eigentlichen Behandlung in ein Krankenhaus bringt. Das führt heute unter anderem zu der bekannten Überfüllung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und zu Fehlbelegungen. Wahrscheinlich geben wir so jedes Jahr bis zu drei Milliarden Euro für stationäre Behandlungen aus, die medizinisch sinnvoller, günstiger und für die Patientinnen und Patienten schonender direkt am Notfallort erledigt werden könnten.

Was müsste konkret geändert werden?

Das SGBV führt grundsätzlich auf, was ein Mensch in seiner Rolle als Versicherter für einen Anspruch gegenüber seiner Krankenkasse hat. Ein expliziter Anspruch auf Notfallbehandlung steht allerdings nicht drin, obwohl natürlich auch darauf Anspruch besteht, genauso wie beispielsweise auf Krankenhausbehandlung, Rehabilitation und Zahnbehandlung, was allesamt im SGBV einzeln ausgeführt wird. Im nächsten Schritt muss definiert werden, unter welchen Umständen die Krankenkasse welche Kosten des Leistungserbringers erstatten muss. Da wäre wichtig festzulegen, dass eine Krankenkasse nicht nur dann zahlt, wenn ein Versicherter in einem Notfall mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht wird, sondern auch, wenn dieser beispielsweise fallabschließend telenotärztlich oder an bestimmte Qualitätsvoraussetzungen geknüpft am Notfallort behandelt wird. Damit hätten wir bundesweit eine Rechtsgrundlage, die es ermöglicht, Innovationen und zeitgemäße Notfallversorgung als Flächenversorgung anzubieten und zu refinanzieren.

Wie würde die Ausgestaltung von Qualitätsstandards erfolgen, zum Beispiel die Festlegung der Hilfsfrist? Diese wird ja zum Teil in den Ländern unterschiedlich definiert mit entsprechenden Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten.

Das würde den Ländern weiterhin obliegen im Zuge ihrer Rettungsdienstgesetze. Wichtig ist, regionale und insbesondere medizinische Begebenheiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu berücksichtigen. Bei der Hilfsfrist, also die maximale Zeitspanne, innerhalb derer ein Rettungsdienst ab dem Notrufeingang am Einsatzort eintreffen muss, braucht es zukünftig stärker unterschiedliche Hilfsfristen für unterschiedliche medizinische Zustandsbilder. Mindestens in besonders kritischen Fällen muss dabei weniger allein das Eintreffen von

»Wichtig ist, regionale und insbesondere medizinische Begebenheiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu berücksichtigen.«

Rettungsmitteln am Einsatzort als das Eintreffen der Patientin und des Patienten im nächsten geeigneten Krankenhaus für die Planung und das Qualitätsmanagement berücksichtigt werden. Aufseiten des Bundes könnte höchstens die Gewährleistung bestimmter Versorgungsstandards beschrieben werden, aber die Details der strukturellen Anpassungen und der konkreten



Ausgestaltung und Ausstattung des einzelnen Rettungsdienstes sind in den Ländern besser aufgehoben.

Sie fordern auch ein kluges Zusammenspiel von Krankenhaus- und Notfallreform inklusive Rettungsdienst. Wie zuversichtlich sind Sie nach den Diskussionen der vergangenen Monate, dass ein solches Zusammenspiel gelingt? Allein die Debatte um die Krankenhausreform zeigt, wie schwierig ein Kompromiss zwischen Bund und Ländern ist. Und beim Rettungsdienst müssen ebenfalls dicke Bretter gebohrt werden.

Die Debatte zur Krankenhausreform hat gezeigt, dass Bund und Länder gemeinsam zu einer aus fachlicher Sicht dringend gebotenen Lösung kommen können, auch wenn der Weg dorthin nicht immer einfach war. Die Länder sehen auch in Bezug auf die Notfallreform den hohen Regelungsdruck. Ich bin mir sicher, dass wir auch im Bereich des Rettungsdienstes zu einer für alle Seiten unterstützungsfähigen Regelung kommen werden, die die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt und das Personal im Rettungsdienst entlastet. Patientinnen und Patienten leiden genau wie das Personal unter den bestehenden Schwächen von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Notfallversorgung, deshalb besteht dringender Handlungsbedarf auf allen staatlichen Ebenen zur Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Falle eines Notfalls und des hinreichend verlässlichen Schutzes von Leib, Leben und Gesundheit. ■■

»Nicht die gewählte Nummer darf entscheiden«

Eine der weltweit größten Leitstellen im Bereich des Rettungsdienstes findet sich in Niederösterreich: Notruf Niederösterreich wird häufig als Blaupause für eine moderne Leitstelle angeführt, die Notrufe zentral entgegennimmt und steuert. Co-Geschäftsführer **Dr. Christian Fohringer** erklärt in *ersatzkasse magazin*, wie die Leitstelle funktioniert.

Notruf Niederösterreich wurde 2003 gegründet. Wie war der Rettungsdienst in Ihrem Bundesland vorher organisiert, worauf war „Notruf NÖ“ die Antwort?

DR. CHRISTIAN FOHRINGER Die Rettungs- und Krankentransportorganisationen wussten, dass die bisherige Leitstellenstruktur (rund 90 Einzeleitsstellen) vor dem Hintergrund effizienter Rettungsdienstdisposition, wirtschaftlicher Krankentransportorganisation sowie der Einführung des Digitalfunks zur Jahrtausendwende nicht mehr zeitgemäß waren. Die Antwort war jedoch keine Zusammenlegung von einzelnen Leitstellen zu bestimmten Organisationen oder Stützpunkten, sondern die Gründung einer Struktur, wo alle Organisationen sowie das Land Niederösterreich im Aufsichtsrat sind, die aber eigenständig und neutral allen gegenüber agiert. Wichtigster Punkt war von Beginn an die Integration aller kommunikativen Gesundheitsdienstleistungen – für den Notfall oder auch nicht dringende Anfragen, welche über die Jahre immer mehr erweitert wurden.

Was passiert im Vorder- und im Hintergrund, wenn ein Anruf in Ihrer Leitstelle eingeht?

Ein primäres Routing erfolgt aufgrund der gewählten Nummer (Notruf, Krankentransport, Ärztedienst, Gesundheitsberatung, Hotlines ...) zum jeweiligen dafür ausgebildeten und dadurch berechtigten Mitarbeiter. Grundsätzlich erfolgt aber dann immer ein „Clearing“, ob zum Beispiel jemand am Notruf nur nach einer dienstbereiten Apotheke fragt oder ob ein Notfall

über die Ärztedienstnummer gemeldet wird. Dafür sind unterschiedlich ausgebildete Kommunikationsexperten im Dienst, die eben auch unterschiedliche Aufgaben haben. Wenn geklärt ist, welche „Dringlichkeit“ das Hilfeersuchen hat, wird mit dem jeweils passenden standardisierten Abfragesystem der Anrufer in das Gesundheitssystem gelotst.

Es ist in Deutschland nicht selten, dass der Notruf gewählt wird, obwohl gar kein Notfall vorliegt. Welches Gewicht haben solche Anrufe in Ihrer Leitstelle und wie geht Ihr Team damit um?

Jeder Anrufer ist bei uns richtig, egal welches gesundheitliche Anliegen und wie dringlich es ist. Wir sind dabei ein Gatekeeper, oder besser -opener ins Gesundheitssystem. Je nach Dringlichkeit leiten wir die Menschen zur für das Problem passenden Versorgungseinrichtung, das der jeweiligen Region zur Verfügung steht. Grundlage dafür ist die qualitätsgesicherte, nach internationalen Standards durchgeführte Notrufabfrage, damit mit gutem Gewissen jemand als „Nicht-Notfall“ eingestuft werden und damit zum Beispiel in den niedergelassenen Bereich oder in die Selbstbehandlung verwiesen werden kann.

Seit vier Jahren bilden Sie sogenannte „Acute Community Nurses“ aus. Was steckt dahinter, welche Rolle spielen diese Nurses in Ihrer Leitstelle?

Neben Disponenten, Notrufexperten und Calltaker sowie Chatroom-Agents für Social Media und Messengerkontakte – mit

einer horizontalen Arbeitsteilung (Anrufannahme und Disposition) – sind seit 2017 auch diplomierte Pflegepersonen direkt am Telefon tätig und führen die Gesundheitsberatungen sowie Dringlicheitschätzungen für „Nicht-Notfälle“ durch. Diese nennen sich ECN – Emergency Communication Nurses. Hier erkannten wir vor Jahren eine Lücke in der präklinischen Versorgung. Viele Fälle könnten vor Ort akutpflegerisch gelöst und damit eine Hospitalisierung vermieden werden. Mit dem Pilotprojekt „Acute Community Nurse“ (ACN) werden seit Mai 2020 diplomierte Pflegepersonen mit der Zusatzausbildung zum/zur Notfallsanitäter/in mit Notfallkompetenzen eingesetzt. Diese sollen die Lücke in der Versorgung zwischen niedergelassenen Ärzten, mobiler Pflege und klinischer Versorgung schließen. Ziel ist die zeitnahe aufsuchende Betreuung bei akuten gesundheitlichen Problemen als Ergänzung zu bestehenden Systemen. Neben den grundlegend pflegerischen Tätigkeiten werden die ACN auch gemeinsam mit dem Rettungsdienst zu akuten Notfällen disponiert,



Dr. Christian Fohringer ist Facharzt für Anästhesie und Notarzt. Er war jahrelang der medizinische Leiter von Notruf Niederösterreich und übernahm im November 2023 gemeinsam mit Josef Schmoll die Geschäftsführung.



um das therapiefreie Intervall für die kranken, verletzten und hilfsbedürftigen Personen so gering wie möglich zu halten. Die Schwerpunkte der ACN-Tätigkeit bilden akute Interventionen bei Sonden- und Kathetersystemen, Wundversorgungen sowie die Durchführung von ärztlich angeordneten Infusionstherapien. Es werden aber auch Gesundheitsberatungen durchgeführt und die Begleitung von Personen, welche zu Hause ihr Lebensende erwarten.

Kann die Leitstelle in Niederösterreich ein Vorbild für Deutschland sein?

Natürlich, die Leitstellenstruktur in Niederösterreich war noch viel kleinteiliger und mit Technik und Abläufen aus den 1980er und 90er Jahren ausgestattet. Eine derart tiefgreifende Änderung wird aber nicht friktionsfrei ablaufen. Über Jahrzehnte gibt es sündteure Kampagnen, wo versucht wird, dem Laien zu erklären, bei welchem „Notfall“ oder Gesundheitsproblem welche Nummer zu rufen sei. Der Effekt verhallt – wenn überhaupt angenommen – nach nur wenigen Wochen ungehört. Denn nicht die gewählte Telefonnummer darf über die Dringlichkeit und die Art der Hilfe entscheiden, sondern der Zustand und der Bedarf des Patienten, abhängig von den verfügbaren Versorgungseinrichtungen. Dafür ist ein Gateopener-System wichtig, an das sich Menschen niederschwellig, also nicht nur telefonisch, sondern auch via Social Media und Chatsystemen wenden können. Der Experte am anderen Ende muss dann nach qualitätsgesicherten Richtlinien den Hilfesuchenden zum „Best-Point-of-Service“ leiten. Dafür ist der Zugriff sowohl auf die hochqualifizierte Notfallrettung aber auch auf „Non-Emergency“-Systeme wie Krankentransport, Akutpflege, kassenärztlicher Notdienst, Terminbuchungssystem bei niedergelassenen (Fach)ärzten und Primärversorgungseinrichtungen sowie auf Sozialarbeits- und Psychologische Dienste unumgänglich. ■

HPV-Impfrate bei Kindern wieder steigern

BARMER Der neue Arzneimittelreport der BARMER zeigt, dass 40 Prozent der Mädchen trotz entsprechender Impfempfehlung mit 14 Jahren nicht oder unzureichend gegen das humane Papillomavirus (HPV) geimpft sind. Das entspricht jährlich rund 150.000 Betroffenen in Deutschland. Zudem ist die Rate der jährlich Geimpften zum Ende der Corona-Pandemie hin massiv eingebrochen. Demnach ist von 2021 auf 2022 die Impfrate um 23,5 Prozent von 98 auf 75 Impfungen je 1.000 Mädchen zurückgegangen. „Das humane Papillomavirus ist für die Hälfte aller virusbedingten bösartigen Tumore und für fast 100 Prozent der Fälle von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich. Eine HPV-Impfung kann diese Krebserkrankung verhindern und damit Todesfälle vermeiden“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Auch Jungen profitierten durch die Senkung des Risikos für HPV-assoziierte Tumore von dieser Impfung. Straub plädierte unter anderem für ein nachhaltiges Erinnerungssystem für Versicherte mit Impflücken. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/xl4mx

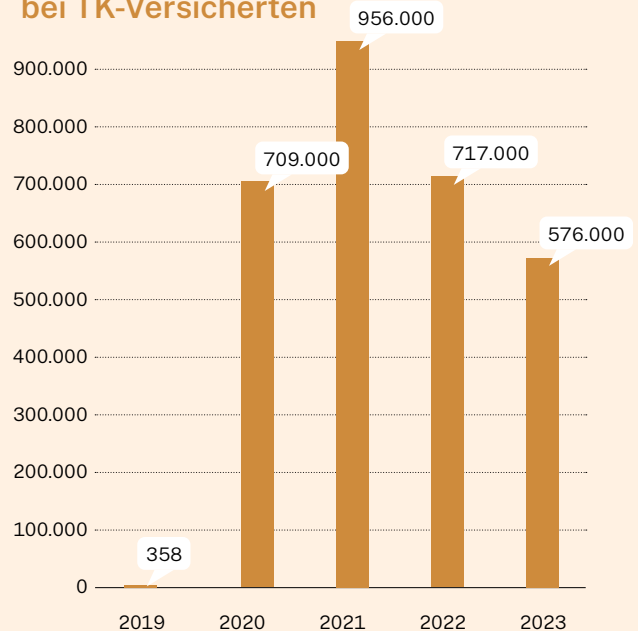


Zahl der Videosprechstunden gesunken

TK Die Anzahl der Videosprechstunden ist einer Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zufolge nach dem bisherigen Höchstwert im Jahr 2021 um 40 Prozent gesunken: Während 2021 noch 956.000 Videosprechstunden stattfanden, sank die Zahl 2023 auf 576.000. „Diese ernüchternde Entwicklung zeigt leider, dass die Corona-Pandemie der Digitalisierung im Gesundheitswesen nur einen kurzfristigen Anstoß gegeben hat“, stellt der TK-Vorstandsvorsitzende Jens Baas fest. Der aktuelle Abwärtstrend hänge auch mit der Aufhebung der Corona-Hygieneregeln zusammen. Der Nutzen von Videosprechstunden für die Versorgung sei jedoch auch abseits der Pandemie groß: „Eine digitale Behandlung spart Anfahrtswege, Wartezeiten in vollen Arztpraxen und reduziert das Ansteckungsrisiko aller Beteiligten. Die Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund der digitalen Behandlung flexibler in ihrer Arbeit und können den Praxisalltag effizienter organisieren. Nicht zuletzt stellen die Videosprechstunden in versorgungsschwächeren Gebieten eine gute Behandlung sicher“, so Baas. *pm*

→ tk.de → t1p.de/n74pb

Anzahl der Videobehandlungen bei TK-Versicherten

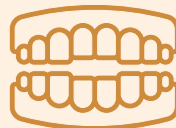


Quelle: Techniker Krankenkasse

DAK Jede vierte Person in Deutschland hatte 2024 bereits Gesundheitsprobleme durch extreme Hitze, wie beispielsweise Abgeschlagenheit, Kreislaufprobleme und Schlafstörungen. In der Altersgruppe über 60 Jahren war sogar rund ein Drittel betroffen. Hier gab es im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Anstieg. Das zeigt der aktuelle Hitzereport der DAK-Gesundheit. Laut **Forsa-Umfrage im Auftrag der Krankenkasse bereiten Hitzewellen und Extremwetter knapp zwei Drittel der Menschen große Sorgen**. Dabei sind vor allem junge Menschen von Ängsten betroffen. Für einen weiteren Ausbau der Hitzeprävention in Deutschland spricht sich DAK-Vorstandschef Andreas Storm aus und verweist dabei auf die Fortschritte der Hitzeprävention in Bund, Ländern und Kommunen.

„Die Schutzpläne müssen weiter ausgebaut werden und bundesweit zur Entfaltung kommen“, so Storm. „Vor allem Kinder, Kranke und ältere Menschen müssen besser vor Hitze geschützt werden.“ Ferner sei der Hitzeschutz am Arbeitsplatz notwendig. *pm*

→ dak.de → t1p.de/vaul7



HKK Eine kieferorthopädische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen dauert im Durchschnitt 2,4 Jahre.

Das ist das Ergebnis einer Auswertung der Daten von rund 2.600 bei der hkk versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die zwischen dem 1. Januar 2018 und dem 30. Juni 2023 behandelt wurden. Lediglich 60,8 Prozent der Patientinnen und Patienten haben die Behandlung innerhalb des vor Behandlungsbeginn definierten Untersuchungszeitraums mit einer ärztlichen Bescheinigung vollendet. Bei 39,2 Prozent der Patientinnen und Patienten war die Behandlung am 30. Juni 2023, also maximal fünfhalb bzw. minimal viereinhalb Jahre nach Genehmigung des Behandlungsplans, noch nicht abgeschlossen. Die Autoren der Studie, der Bremer Sozialwissenschaftler Dr. Bernard Braun und der Kieferorthopäde Dr. Alexander Spassov, sind sich einig, dass die Ergebnisse auf eine zu lange Behandlungsdauer hinweisen. Als Grund dafür werden finanzielle Anreize genannt. *pm*

→ hkk.de → t1p.de/znr5l

Schulkinder leiden unter Einsamkeit und Erschöpfung

Text von **Dorothea Wiehe**

Sie sind erschöpft, haben Schmerzen und fühlen sich einsam: Die Häufigkeit von (psycho-)somatischen Beschwerden und psychischen Auffälligkeiten bei Heranwachsenden gibt Anlass zur Sorge. Der **Präventionsradar** – eine schulbasierte Fragebogenstudie der DAK-Gesundheit – zeigt eine hohe Prävalenz von Einsamkeitserfahrungen bei bestimmten Untergruppen.

Etwa ein Drittel der älteren Schulkinder in Deutschland im Alter von 10 bis 17 Jahren (31,5 Prozent) kennt das Gefühl erhöhter Einsamkeit. Die Betroffenen fühlen sich allein und ausgeschlossen und es mangelt ihnen an Freundschaften. Etwa 8 Prozent sind nach eigenen Angaben oft einsam. Mit 19 Prozent sind Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus besonders häufig betroffen. „Dieses Ergebnis ist alarmierend, denn chronische Einsamkeit stellt ein Risiko für die mentale Gesundheit der Mädchen und Jungen dar“, betont DAK-Vorstandschef Andreas Storm: „Wir müssen verhindern, dass eine Generation mit Gesundheitsproblemen und seelischen Leiden heranwächst.“

Einsamkeit ist kein Phänomen des Alters

Der Präventionsradar der DAK-Gesundheit untersucht seit 2016 das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern der Klassen 5 bis 10. Für die 8. Erhebungswelle hat das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) im Schuljahr 2023/2024 rund 23.000 Schulkinder in 14 Bundesländern befragt. Demnach sind mehr als die Hälfte der Jungen und Mädchen erschöpft (55 Prozent). Mehr als ein Drittel berichten von Schlafproblemen (37 Prozent). 27 Prozent geben an, jede Woche oder häufiger Rückenschmerzen zu erleben. Ebenso viele berichten von häufigen Kopfschmerzen und ein Fünftel klagt über Bauchweh. „Die Entwicklungen sind besorgniserregend –

sowohl was die Zunahme körperlicher Beschwerden angeht als auch den alarmierend hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen, die von Einsamkeit betroffen sind. Einsamkeit ist kein Phänomen des Alters, sondern betrifft auch die junge Generation. Es ist dringend erforderlich, dass Information und Aufklärung in diesem Bereich intensiviert werden“, erklärt Prof. Dr. Reiner Hanewinkel, Studienleiter beim IFT-Nord in Kiel.

Multiple Beschwerden nehmen zu

Auffällig ist laut Studie, dass fast die Hälfte der Schulkinder von mindestens zwei wöchentlich auftretenden Gesundheitsproblemen betroffen ist. Im Vergleich zur zweiten Erhebungswelle 2017/2018 haben diese sogenannten multiplen Beschwerden deutlich zugenommen. Vor 6 Jahren lag der Anteil der betroffenen Schulkinder bei 36 Prozent, aktuell liegt er bei 46 Prozent, also etwa ein Viertel darüber. Bei den Mädchen ist der Anteil noch stärker gestiegen, nämlich um rund ein Drittel.

Krisenängste sind verbreitet

Drei Viertel der Schulkinder sind von Krisenängsten betroffen. Sie befürchten, dass etwa der Ukraine-Krieg oder die Klimakrise noch lange anhalten oder dass sich die finanzielle Situation ihrer Familie verschlechtern wird. 6 Prozent geben sogar an, solche Krisenängste „oft“ zu haben. Wie bei der Einsamkeit sind auch hier Jungen und Mädchen mit einem sozial schwachen Familienhintergrund stärker betroffen. Die Studie zeigt,

Präventionsprogramm „Nico“

Die DAK-Gesundheit bietet Heranwachsenden das kostenlose Online-Programm „Nico“ an, das dabei hilft, mit Stress, Sorgen und Konflikten besser umzugehen. Durch gezielte Fragen, Tipps und Übungen unterstützt das Programm dabei, die eigenen Stärken zu erkennen und so gesünder durchs Leben zu gehen.

→ dak-nico.de



dass bei Kindern und Jugendlichen, die häufiger krisenbezogene Ängste erleben, auch häufiger depressive Symptome auftreten. Dazu gehört es etwa, sich unglücklich oder niedergeschlagen zu fühlen oder häufiger weinen zu müssen.

Nicht alle Schulkinder sind in gleichem Maße von ungünstigen gesundheitlichen Entwicklungen betroffen. Es kommt darauf an, die weitere Entwicklung des Gesundheitsverhaltens der Kinder und Jugendlichen im Blick zu behalten. Die Daten des Präventionsradars liefern hierzu die nötigen Informationen. Eine fortlaufende Bestandsaufnahme der Situation ist eine wichtige Grundlage, um präventive und intervenierende Maßnahmen insbesondere auf diejenigen auszurichten, die am stärksten darauf angewiesen oder besonders gefährdet sind. ■

→ tip.de/6pe14



Dorothea Wiehe
ist Presse-
referentin bei der
DAK-Gesundheit





Unterstützung durch Mindestmengenkarten

Krankenhaus ist nicht gleich Krankenhaus, denn nicht jede Klinik darf jeden Eingriff vornehmen. Für aktuell neun komplexe Behandlungen gelten sogenannte Mindestmengen. Ein Krankenhaus muss die Eingriffe also mit einer bestimmten Fallzahl pro Jahr durchführen, um sie anbieten zu dürfen. Das gilt für Transplantationen von Leber, Niere oder Stammzellen, für bestimmte Eingriffe an der Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse, für sogenannte Kniegelenk-Totalendoprothesen, für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter 1.250 Gramm sowie für die chirurgische Behandlung von Brust- und Lungenkrebs. Damit sich Versicherte einen Überblick verschaffen können, stellt der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) auf seiner Website digitale Mindestmengenkarten bereit, die für alle neun Eingriffe die Klinikstandorte zeigen, die die jeweilige Behandlung anbieten dürfen. Diese Karten werden regelmäßig aktualisiert. Die Mindestmengenregelung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, denn führt ein Krankenhaus bestimmte Eingriffe regelmäßig durch, baut es Erfahrung auf und liefert nachweislich höhere Qualität. Dabei stützen sich Mindestmengen auf wissenschaftliche Untersuchungen und werden stetig überprüft und weiterentwickelt. Aktuell ist die Festlegung neuer Mindestmengen für Eingriffe an Leber, Magen und Darm geplant. *pm*

→ t1p.de/c5cu3



Eine Umfrage des Digitalverbands bitkom (→ t1p.de/20m81) zeigt, dass eine große Mehrheit in Deutschland

der Digitalisierung im Gesundheitswesen positiv gegenübersteht. Gleichzeitig fühlt sich knapp die Hälfte der Befragten davon überfordert. **Um das Verständnis für digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte (ePA) und das E-Rezept zu verbessern, betreibt der vdek die Website „Gesund digital“ (→ gesund-digital.info).** Das Portal richtet sich insbesondere an Menschen, die in Sachen Digitalisierung wenig Erfahrung haben. Neben leicht verständlichen Texten gibt es kurze Video-clips, in denen die Digitalthemen auf unkomplizierte Weise erläutert werden. *pm*



Das Politikmagazin Monitor vom WDR hat in seiner Sendung vom 19. September 2024 die Finanzierung der

geplanten Krankenhausreform kritisch beäugt. **In dem Beitrag verdeutlicht vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, dass die aktuelle Ausgestaltung des Transformationsfonds ein Griff in die Sozialkassen sei – mit der Folge, dass die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen würden, wobei die Versicherten für etwas zahlen müssten, wofür die GKV gar nicht zuständig sei.** Zudem weist Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, darauf hin, dass der Bund nicht wie im Koalitionsvertrag vereinbart eine ausreichende Erstattung von versicherungsfremden Leistungen vornehme. Monitor kommt zu dem Schluss, dass die Kassenbeiträge steigen werden, weil der Bund die gesetzlich Versicherten für Aufgaben zahlen lässt, die er selbst übernehmen müsste, zulasten gerade von Menschen mit kleinem und mittlerem Einkommen, auch bei der Krankenhausreform. *ake* → t1p.de/810al

✕ @vdek_Presse Am Welttag der #Patientensicherheit appelliert #UlrikeElsner an Politik: „Bei Krankenhausreform eine bedarfsorientierte und an den Patient:innen ausgerichtete Krankenhausversorgung im Fokus behalten. Qualitätsorientierung dient der Patientensicherheit!“

✕ @vdek_Presse Etwa 85.000 Menschen sterben in Deutschland jährlich an #Sepsis. Bei rechtzeitigem Erkennen könnten viele gerettet werden. vdek unterstützt Kampagne @DeErkenntSepsis u.a. mit Aufklärungsvideos über Sepsis für pflegende Angehörige.

Wie kann die Organspende gestärkt werden?

PODCAST Die Kluft zwischen gespendeten Organen und benötigten Organen ist weiterhin groß. So wurden 2023 nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) 2.877 Organe postmortal gespendet, während sich zum Jahresende 8.387 gemeldete Patientinnen und Patienten auf der aktiven Warteliste für ein Spenderorgan befanden. Im Podcast „imPULS“ der Deutschen Herzzstiftung geht die Medizinredakteurin Ruth Ney in der Folge „Ein neues Herz – Warum es bei der Organspende hakt“ gemeinsam mit einem Kardiologen und einem Herzchirurgen den Ursachen für die verhaltene Spendenbereitschaft auf den Grund. Auch zwei herztransplantierte Patienten schildern ihre Erfahrungen und Erkenntnisse. [tag](#)

→ t1p.de/tyzxv



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Krankenhaus Rating Report 2024 analysiert die aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und prognostiziert deren Entwicklung bis 2030. Der Report basiert auf rund 500 Jahresabschlüssen von 920 Krankenhäusern und bietet durch zahlreiche Schaubilder, Karten und Tabellen wertvolle Einblicke für Krankenhäuser, Geschäftspartner und Entscheidungsträger.

Dr. Boris Augurzyk, Dr. med. Sebastian Krolop, Daniel Monsees, Henrik Bergschneider, Johannes Hollenbach, Dr. Adam Pilny, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt | **Krankenhaus Rating Report 2024. Zwischen Hoffen und Bangen** | 2024, 203 S., € 359 | medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Gesundheitsbranche kompakt

Das Buch bietet einen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem, welches vor großen Herausforderungen steht: Klinikschließungen, Streiks im Gesundheitssektor und fehlende Nachfolge für Arztpraxen. Die komplexen Strukturen der Finanzierung und Organisation werden erläutert und zentrale Fragen geklärt: Wie funktioniert das System? Wer ist wofür verantwortlich? Ist es zukunftssicher?

Guntram Fischer | **Das deutsche Gesundheitswesen kompakt 2024. Akteure, Strukturen, Finanzierung** | 2024, VIII, 198 S., € 39,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin



PS: Heute schon Tränen gelacht 😂?

Welches der Gesichts-Emojis nutzen Sie in Ihren Mails oder Chatnachrichten am liebsten, um ein bestimmtes Gefühl auszudrücken? Sofern es das Tränen lachende Gesicht ist, liegen Sie voll im Trend. Denn eine gemeinsame Studie der Ruhr-Universität Bochum und der Charité Universitätsmedizin Berlin zeigt: Das Tränen lachende Gesicht wird am häufigsten genutzt. Der zweite Platz geht an das lachende Gesicht, gefolgt vom Zwinkersmiley auf Platz drei. Die Studie fördert allerdings auch zutage, dass in der digitalen Gefühlswelt viele der bunten Gesichtchen nicht immer eindeutig interpretiert werden. Während das Tränen lachende Gesicht die Hauptbedeutung „lustig“ oder „lachen“ hat, beschrieben die Studienteilnehmenden beispielsweise das leicht lächelnde Gesicht sowohl als freundlich als auch als passiv aggressiv. Im Allgemeinen kann aber die Verwendung von Emojis für ein gutes Gefühl bei der Kommunikation sorgen und positive Emotionen freisetzen wie Freude, persönliche Interaktion oder Nützlichkeit.

Starten Sie gesund 🍏 und gut gelaunt 😊 in die bunte Herbstzeit 🍁!

Ihre Redaktion 🧑🏻‍💻 🧑🏻‍💻 🧑🏻‍💻

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Anton Hallmann
(Titelseite, S. 4/5, 13, 26/27, 30/31, 43)
antonhallmann.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Oktober 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: vdek/Georg J. Lopata | S. 6: SOMKID THONGDEE/iStock/Getty Images Plus | S. 7: privat | S. 10: Festland/Yuky Ryang | S. 12: vdek/Manfred Schild | S. 15: axentis.de/Lopata | S. 17: Claudia Thoma | S. 19: EU/FH; Henrik Bartels; privat | S. 20: Boarding1Now/iStock/Getty Images; simarik/iStock/Getty Images; simarik/iStock/Getty Images; Panoramalimages/iStock/Getty Images Plus | S. 21: vegefox.com/Adobe Stock; vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern | S. 22: joey333/iStock/Getty Images Plus; FatCamera/iStock/Getty Images | S. 23: galitskaya/iStock/Getty Images Plus | S. 24: vdek-Landesvertretung Thüringen | S. 25: vdek/Georg J. Lopata | S. 28: privat | S. 31: privat | S. 32: vdek/Georg J. Lopata | S. 33: vdek/Georg J. Lopata | S. 35: vdek/Georg J. Lopata | S. 36: vdek/Georg J. Lopata | S. 37: vdek/Georg J. Lopata | S. 39: Notruf Niederösterreich | S. 40: jacoblund/iStock/Getty Images Plus | S. 43: DAK-Gesundheit; Arne Weychardt/DAK-Gesundheit | S. 45: Deutsche Herzstiftung | S. 46: Westend61/iStock/Getty Images

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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

vdek online

vdek.com

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



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