

ersatzkasse magazin.

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

G20634

6. AUSGABE 2024



Pflege zukunftsfest gestalten

Innovative Antworten
auf Fachkräftemangel und
demografischen Wandel
in der Pflege sind gefragt

»Die Politik muss Prävention konsequent weiterentwickeln«

Prof. Dr. Stefan Willich
erläutert, wie die Politik bei
Prävention und Gesundheits-
förderung gefordert ist

Zügige Umsetzung der Krankenhausreform

Nach der Billigung der
Krankenhausreform durch
den Bundesrat kommt es
jetzt auf die Umsetzung an

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 **@BMG_Bund** verkündet größte Beitragserhöhung in ~50 Jahren. Nächste Regierung muss schnell nachhaltige **#GKV-Finanzierung** angehen. U.a. Bund muss Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende übernehmen! Rückkehr zu einnahmenorientierter Ausgabenpolitik!

X **@vdek_Presse** Eröffnungsveranstaltung Nationaler Qualitätskongress Gesundheit. **#UlrikeElsner**: Nächste Bundesregierung muss endlich nachhaltige Finanzierung von **#GKV** und **SPV** angehen – mit klaren Verantwortlichkeiten, wofür der Staat und wofür die Versicherungen aufkommen. **#NQK24**



EDITORIAL

Herbst der Entscheidungen

Dass die nächste Bundestagswahl durch das Ampel-Aus acht Monate früher als gedacht stattfinden wird – am 23. Februar 2025 –, war die große Überraschung dieses Herbstes. Durch den Koalitionsbruch werden die noch offenen gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben nicht mehr zum Abschluss gebracht werden können.

Im Falle des Gesundes-Herz-Gesetzes (GHG) ist das eine gute Nachricht, wie der Präventions-Experte Prof. Dr. Stefan Willich von der Berliner Charité im Interview betont. Die Krankenhausreform konnte am 22. November immerhin noch knapp den Bundesrat passieren. Für eine Neuaufstellung der deutschen Kliniklandschaft ist der Weg damit formal frei, jetzt kommt es auf die konkrete Ausgestaltung an. Dazu gehört, neben den Qualitätszielen auch die Finanzierungsregelungen noch einmal auf den Prüfstand zu stellen, insbesondere was den milliardenschweren Transformationsfonds anbelangt, der ab 2026 zu weiteren Belastungen der Beitragszahlenden führen wird. Mit der Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung wird sich die nächste Bundesregierung also umgehend befassen müssen. Um 0,8 Prozentpunkte wird der Zusatzbeitragssatz in der GKV zum 1. Januar 2025 durchschnittlich steigen, hinzu kommt der Finanzbedarf zur Auffüllung der Mindestreserve. In der Pflegeversicherung steigt der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte. Das sind keine schönen Botschaften für die Versicherten im neuen Jahr. Aber es sollte ein Weckruf für die neue Bundesregierung sein, endlich zu handeln.

Wir wünschen frohe Weihnachten und starten Sie mit guten Vorsätzen ins nächste Jahr!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

2025 startet die elektronische Patientenakte (ePA) für alle. Erstmals wird sie auch strukturierte Daten enthalten. Dies ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einem stärker digitalen Gesundheitssystem.

→ Mehr dazu auf Seite 16

Seit vier Jahren gibt es digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die aber noch nicht gänzlich in der Versorgung angekommen sind. Die Ersatzkassen haben Vorschläge zur Weiterentwicklung der „Apps auf Rezept“ erarbeitet.

→ Mehr dazu auf Seite 18

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



24

»Die Politik muss Prävention konsequent weiterentwickeln«

POLITIK & VERSORGUNG In der Gesundheitsversorgung sind Prävention und Gesundheitsförderung wichtige Säulen. Welche Erfolge und welchen Nachholbedarf es hierbei gibt und wie die Politik gefordert ist, erläutert Prof. Dr. Stefan Willich, Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité in Berlin, im Interview mit *ersatzkasse magazin*.



36

Pflege zukunfts- fest gestalten

SCHWERPUNKT Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) gibt es seit 30 Jahren. Sie ist ein Erfolgsmodell, steht aber angesichts des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels vor großen Herausforderungen. Die Ersatzkassen unterstützen vielfältige Initiativen für eine gute Versorgung im Alter und haben mit dem vdek-Zukunftspreis 2024 Vorreiterprojekte zur Stärkung der häuslichen Pflege ausgezeichnet.

10

Auf die Umsetzung der Krankenhausreform kommt es an

POLITIK & VERSORGUNG Am 22. November 2024 hat der Bundesrat das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gebilligt. Die Krankenhausreform ist damit einen Schritt weiter, aber jetzt kommt es in entscheidendem Maße auf die Umsetzung und die konkrete Ausgestaltung an. Auch vom Umsetzungswillen der Länder wird es abhängen, ob die Reform strukturelle Wirkung entfalten kann.

AKTUELL

- 6 Klimawandel und Gesundheit
- 7 Leitsätze für Bewegung und Sport
- 8 Aus dem G-BA
- 9 18. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Krankenhausreform verabschiedet
- 12 Ende der Ampel und ihre Folgen
- 13 GKV-Ausgaben auf Rekordniveau
- 14 Ambulante Versorgung reformieren
- 15 Honorarverhandlungen Ärzte
- 16 Start der ePA für alle
- 18 DiGA: Potenziale ausbauen
- 20 Pharmazeutische Dienstleistungen
- 22 Gesundheitsförderung: Inklusive Evaluation
- 24 Interview: Prof. Dr. Stefan Willich
- 29 #regionalstark
- 35 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 38 Erfolgsmodell benötigt Perspektiven
- 41 Stärkung der Pflegekompetenz
- 42 30 Jahre Pflegeversicherung
- 44 Qualität in der Pflege
- 46 Zukunftsforum: Gut versorgt im Alter
- 49 vdek-Zukunftspreis 2024
- 50 Häusliche Pflege: Vorreiterprojekte

ERSATZKASSEN

- 52 Anteil der Frühgeburten
- 53 Cyber-Mobbing
- 54 Kieferorthopädische Behandlungen

VERMISCHTES

- 56 Verhütung bei jungen Menschen
- 57 Podcast: Unterschätzte Fettleber
- 58 PS: Gesünder und zufriedener
- 58 Impressum

Klimawandel und Gesundheit

Der globale „Lancet Countdown Bericht zu Klimawandel und Gesundheit 2024“ verdeutlicht, dass die negativen Auswirkungen der Klimakrise weltweit ein beispielloses Ausmaß erreicht haben – vor allem in Bezug auf unsere Gesundheit. Der Bericht zeigt, dass insbesondere gefährdete Gruppen – ältere Menschen, Schwangere, Kinder und sozial Benachteiligte – einem erhöhten Risiko durch Hitze ausgesetzt sind. Zwar gibt es bereits Maßnahmen zur Hitzeanpassung, wie nationale Hitzeaktionstage und regionale und lokale Maßnahmenpläne, dennoch bestehen weiterhin große Herausforderungen. Soziale Faktoren wie finanzielle Benachteiligung und geringe Gesundheitskompetenz erhöhen die individuelle Hitzebelastung, besonders in städtischen „Hitze-Hotspots“. Auch die Arbeitswelt ist stark betroffen: Vor allem Beschäftigte in körperlich belastenden Berufen verzeichneten im Jahr 2023 durch die Hitze einen signifikanten Verlust an Arbeitsstunden, insbesondere im Baugewerbe. Deutsche Wissenschaftler:innen haben mit einem Policy Brief reagiert. Zu ihren Empfehlungen gehören eine sektorenübergreifende Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingungen, gezielte Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung sozialer Faktoren und die Förderung der sogenannten „Hitze-kompetenz“ in der Bevölkerung sowie bei Fachkräften in betroffenen Bereichen. *pm*

→ t1p.de/z87au



Energydrinks erhöhen den Blutdruck

Im Zusammenhang mit Energydrinks hat die Deutsche Herzstiftung über Risiken, Studien und Empfehlungen informiert. Zwei Drittel der Jugendlichen in der Europäischen Union konsumieren Energy-Drinks. Viele Ärzte und Ernährungsexperten halten den hohen Zucker-gehalt und das in den süßen Getränken enthaltene Koffein für bedenklich. Eine 250-ml-Dose eines Energydrinks enthalte im Schnitt etwa 80 Milligramm Koffein. Dies sei etwa dreimal so viel, wie in der gleichen Menge der meisten normalen Cola-Getränke enthalten ist. Bei Kindern und Jugendlichen sollte jedoch der Konsum von maximal 3 Milligramm Koffein pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag nicht überschritten werden, empfiehlt beispielsweise die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA). Für die Praxis heißt das: Schon mit einem halben Liter eines Energydrinks liege ein Teenager mit 50 Kilogramm Körpergewicht über diesem Limit, so die Herzstiftung. Folgen eines übermäßigen Konsums solcher Süßgetränke können neben Herzrasen, Schlaflosigkeit oder Magen-Darm-Beschwerden auch Blutdruck-Erhö- hungen und Veränderungen des Herzrhythmus sein. Der Anstieg des Bluthochdrucks und ein veränderter Herz- rythmus wurden im Rahmen der EDUCATE-Studie um das Team von Dr. Felix S. Oberhoffer von der Abteilung Kinder- kardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin am LMU Klinikum München nachgewiesen. Insbesondere bei einem vorgeschädigten Herzen kann der Energydrink-Konsum gefährliche Folgen haben. *pm*



Leitsätze für Bewegung und Sport vorgestellt

Bundesinnen- und Sportministerin Nancy Faeser und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (beide SPD) haben im November den Entwicklungsplan Bewegung und Sport des Bundes vorgelegt. Kern des Entwicklungsplans sind neun Leitsätze für eine begeisterte und lebensbejahende Sport- und Bewegungskultur. Die Leitsätze sollen unter anderem verdeutlichen, dass jede Leistung von der Bewegung im Alltag bis zum Spitzensport zählt, dass es die natürliche Bewegungsfreude der Kinder in einem diskriminierungsfreien Kita- und Schul- sport zu erhalten gilt und dass Förderbedingungen so flexibel und unbürokratisch wie möglich gestaltet werden. Der Entwicklungsplan soll so die Rahmenbedingungen von Bewegung und Sport verbessern und zu einer positiven Sport- und Bewegungskultur beitragen. Daneben steht die Förderung eines gesundheitsförderlichen und aktiven Lebensstils im Fokus. Konkret sollen die Rahmenbedin- gungen in den Bereichen zukunftsfähige Bewegungs- und Sporträume, Gemeinschaft, Zusammenhalt und Teilhabe, aktive Mobilität, freiwilliges Engagement und Ehrenamt sowie aktiver Lebensstil für alle Altersgruppen gefördert werden. *pm*

→ t1p.de/gnuja



62

DIE ZAHL Bei typischen Erkältungssymptomen testet sich die Mehrheit der Menschen in Deutschland noch auf das Coronavirus. Das ist das Ergebnis einer bundesweit repräsentativen forsa-Umfrage im Auftrag der TK. Demnach haben 62 Prozent der Befragten, die in diesem Jahr bereits Erkältungssymptome hatten, sich mindestens einmal auf Corona getestet. *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Erweiterung des Leistungsanspruchs

Für Patientinnen und Patienten mit einem schweren Lungenemphysem kann ein operativer Eingriff zum Verringern des überblähten und funktionslosen Lungengewebes eine Behandlungsoption sein. Dafür stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung – beispielsweise die bronchoskopische Lungenvolumenreduktion (LVR) mittels Spiralen. Aufgrund der aktuellen Erkenntnislage hat der G-BA die bisherige Einschränkung des Leistungsanspruchs auf eine LVR mittels Spiralen auf eine bestimmte Patientengruppe aufgehoben. In Ausnahmefällen können mit diesem

Verfahren nun auch Betroffene behandelt werden, bei denen nach maximaler Ausatmung das verbleibende Luftvolumen in der Lunge weniger als 225 Prozent vom Soll beträgt.

Cannabis ohne Genehmigung verordnen

Ärztinnen und Ärzte, die bestimmte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen besitzen, dürfen seit Mitte Oktober medizinisches Cannabis ohne Genehmigung der gesetzlichen Krankenkassen verordnen. Bestehen jedoch Unsicherheiten, ob bei einer Patientin oder einem Patienten die Voraussetzungen für eine Cannabisverordnung gegeben sind, können sie eine Genehmigung der Cannabisverordnung bei der Krankenkasse beantragen. Der G-BA-Beschluss mit den Details ist am 16. Oktober im

Bundesanzeiger veröffentlicht worden und am darauffolgenden Tag in Kraft getreten.

Versorgung schwer psychisch Erkrankter

Schwer psychisch erkrankte Erwachsene sollen durch eine verbesserte Struktur eine schnelle und umfassende ärztliche und therapeutische Hilfe erhalten. Der G-BA hatte dafür Grundsätze einer koordinierten und strukturierten Versorgung in seiner Erstfassung der KSVPsych-Richtlinie festgelegt. Um auf mögliche Hürden für eine flächendeckende Umsetzung in der Versorgung zeitnah reagieren zu können, beschloss er zeitgleich die Überprüfung der Umsetzung der Regelungen. Die ersten Ergebnisse auf Grundlage eines Zwischenberichtes weisen bereits auf Anpassungsbedarf an der Richtlinie hin. *pm*

 **12.–13.12.2024** Das VI. Symposium des Zukunftsforums Public Health (ZfPH) steht unter dem Motto „Public Health in Zeiten multipler Umbrüche“. Es wird nach Antworten gesucht, ob und wie das Public-Health-System dazu beitragen kann, die gesundheitlichen Folgen kumulierender Krisen und Umbrüche zu bewältigen. → t1p.de/ghqh2

 **27.01.2025** Dr. Martin Albrecht vom IGES Institut (Berlin) spricht beim Spreestadt-Forum über das Thema „Quo vadis Ambulantisierung?“. Das Spreestadt-Forum steht allen Studierenden sowie Interessenten aus den Bereichen Gesundheitswesen, -ökonomie und -politik offen, die Teilnahme ist kostenlos. → t1p.de/bd3q6



PRESSESCHAU

Krankenhausreform I

„Die Reform [...] bietet nach Jahren des Stillstands endlich die Chance, die Qualität der Versorgung in den Griff zu bekommen. Auch jetzt wird es zur Schließung von Abteilungen oder ganzen Kliniken kommen, denn aktuell steht jedes dritte Bett leer. Während es allerdings ohne Reform zu einem unkontrollierten Kahlschlag gekommen wäre, lässt sich dieser Prozess nun steuern.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 23.11.2024

Krankenhausreform II

„Nicht jedes Krankenhaus muss alles anbieten, sollte es auch nicht [...]. Andererseits muss auch auf dem Land eine flächendeckende Versorgung und Erreichbarkeit sichergestellt sein. Wie immer sind Reformen der Reform wahrscheinlich, aber das Ziel sollte im Blick bleiben: nicht hohle Besitzstandswahrung, sondern ein besseres Gesundheitssystem – nicht nur ein teures.“

FAZ, 23.11.2024

Krankenhausreform III

„Das Kunststück wird es jetzt sein, dass der ländliche Raum nicht ganz zur versorgungsfreien Zone wird. Doch wenn kleinere Häuser kooperieren oder sich zu Gesundheitszentren weiterentwickeln, wo Ärzte weniger aufwendige Eingriffe vornehmen, bieten sich neue Chancen. Geordnete Prozesse sind immer noch besser als willkürliche Schließungen.“

BRAUNSCHWEIGER ZEITUNG, 23.11.2024

An Umbrüchen führt kein Weg vorbei

Text von **Matthias Wannhoff**

Mit „Führung in stürmischen Zeiten“ war der 18. Nationale Qualitätskongress Gesundheit betitelt, der am 7. und 8. November in Berlin stattfand.

Dass just am Vorabend das Ende der Ampelkoalition verkündet worden war, stellte das Motto schlagartig unter neue, aktuelle Vorzeichen. Die eröffnende Podiumsdiskussion war entsprechend geprägt von Rück- und Ausblicken, von einer Bilanz aus drei Jahren Gesundheitspolitik der Ampel und Erwartungen an die nächste Bundesregierung.

Da war zunächst die Frage, was im Reformeifer der letzten Jahre vergessen wurde. Für vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner ist es ganz wesentlich die Stärke der gemeinsamen Selbstverwaltung: Bedenklich sei die sich rückblickend in mehreren Gesetzesvorhaben wiederholende Übergriffigkeit gewesen, Aufgaben, die bisher der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ausgefüllt hat, auf den Staat zu übertragen. Dabei sei eine entsprechende „Verantwortungspartnerschaft“ – ein Begriff, den Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken ins Spiel brachte – entscheidend für die „Zukunft der sozialen Sicherungssysteme“.

Verantwortung bestehe auch gegenüber den Versicherten. Für von der Decken war klar, dass es in den nächsten Jahren Umbrüche in der Versorgungslandschaft geben müsse, darauf müssten Patientinnen und Patienten vorbereitet werden. Dagegen habe die Politik laut Elsner in den letzten Jahren eher Ängste geschürt als positive Impulse gesendet. Die Zukunft von Gesundheit und Pflege, darunter die Frage, welche Anlaufstellen und Kontaktpunkte es künftig für Versicherte gibt, seien entscheidende Themen: „Hier hilft es nicht zu sagen, dass alles nur schlechter wird.“ Die Delegation ärztlicher Leistungen auf moderne Care-Berufe wie Physician Assistants biete eine große Chance, gerade auf dem Land.



Matthias Wannhoff ist Referent in der Abteilung Kommunikation beim vdek

Der 18. Nationale Qualitätskongress Gesundheit wurde über Nacht vom Ende der Ampelkoalition überrascht und reagierte mit pointierten Diagnosen sowohl zur zurückliegenden als auch zur jetzt nötigen Gesundheitspolitik.



Eröffnungsveranstaltung des 18. Nationalen Qualitätskongresses Gesundheit (v.l.n.r.): Moderatorin Rebecca Beerheide (Deutsches Ärzteblatt), Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU), Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft), Ulrike Elsner (vdek), Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer)

Gefragt, was er sich konkret von der kommenden Bundesregierung erhofft, nannte auch der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, eine Gesetzgebung „unter Volleinbezug der funktionalen Selbstverwaltung“. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, wünschte sich ein Vertrauen in die „Innovationskraft der Akteure“. Elsner forderte eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung „mit klarer Aufgabenteilung“, wofür einerseits der Staat und wofür andererseits die Versicherungen aufkommen – auch dies ein Appell an Verantwortungspartnerschaft. ■

Krankenhausreform verabschiedet, aber noch nicht vollendet!

Text von Agnes Kübler und Stefan Wöhrmann

Der Bundesrat hat nach zähem Ringen nicht für eine Anrufung des Vermittlungsausschusses votiert, sodass die **Krankenhausreform** trotz oder vielleicht sogar wegen des Ampel-Bruchs in Kraft treten kann. Von vier Rechtsverordnungen und insbesondere dem Umsetzungswillen der Länder wird es abhängen, ob die Reform strukturelle Wirkung entfalten kann oder nicht; finanziell wirkt sie so oder so.

Mit der Krankenhausreform sollen dringende und notwendige Veränderungen für die Krankenhauslandschaft eingeleitet werden. Die Überlegungen der letzten zwei Jahre, die Krankenhausstrukturen bedarfs- und qualitätsorientiert zu reformieren, gehen durchaus in die richtige Richtung. Der Spagat, einerseits alle Krankenhäuser finanziell stützen zu wollen und andererseits eine Konzentrations- und Spezialisierung der Krankenhauslandschaft zu erreichen, wird schwer durchzuhalten sein. Vier Rechtsverordnungen, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, gilt es nach den Vorgaben des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) noch zu verabschieden. Erst dann ist das Reformvorhaben abgeschlossen, zumindest vorerst. Insbesondere die Pflege und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sowie die Ausgestaltung der Mindestvorhaltezahlen werden maßgeblich über den Umsetzungserfolg der Reform entscheiden.

Das Zielbild bisheriger Reformüberlegungen geht immer noch vom Wünschenswerten aus. Der demografische Wandel führt nunmehr für alle

sichtbar zu einem Fachkräftemangel, der es unmöglich macht, alle bisherigen Krankenhausstandorte mit ausreichend Personal, insbesondere in den Nachtzeiten und an den Wochenenden, vorzuhalten. Er wird darüber hinaus in den nächsten Jahren auch zunehmend zu einer Schwächung der Wirtschaftsleistung führen. Insofern befinden wir uns immer mehr in einer Zeitenwende hin zur Ressourcenknappheit. Dies macht es mehr denn je erforderlich, sich auch im Rahmen der Krankenhausversorgung realitätsnah und praxistauglich vom Wünschenswerten weg, hin zum Machbaren zu orientieren. Dies erfordert eine andere Herangehensweise und andere Maßnahmen als die, die bislang erörtert wurden.

Das am Arbeitsmarkt verfügbare Fachpersonal für den Gesundheits- und damit ebenso für den Krankenhausbereich wird auch aufgrund steigender Bedarfe nicht ausreichend sein, um Sollvorgaben zu erfüllen. Umso wichtiger wird es in Zukunft sein, den bevölkerungsbezogenen Bedarf und gleichzeitig den verfügbaren Personalbestand zu ermitteln, um diesen möglichst effizient im Rahmen einer Ressourcenknappheit einzusetzen.

Das Instrument der Personaluntergrenzen kann diesen Prozess unterstützen. Personalbedarfsvorgaben reflektieren in der augenblicklichen Situation nur ein Wunschdenken aus der Vergangenheit. Die angespannte Personalsituation erfordert eine sektorenübergreifende Betrachtung über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg. Folglich muss die künftige Krankenhausplanung in eine Gesundheitsversorgungsplanung eingebettet werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass wie im Bereich der Krankenhauspflege über die Fördermaßnahmen des Pflegebudgets Fachkräfte aus anderen Bereichen abgeworben und verschoben werden und sich damit der Fachkräftemangel auf andere Bereiche, etwa die Altenpflege, verschiebt und nicht behoben wird.

Die künftige Krankenhausplanung muss – ausgehend vom Bedarf und dem verfügbaren Gesundheitsfachpersonal – zum Ziel haben, die stationäre Grundversorgung in den ländlichen Regionen zu sichern und eine spezialisierte und konzentrierte Versorgung in den Mittelzentren und Ballungsgebieten zu fördern. Damit wird das gegenwärtige Nebeneinander von Fehl-, Über- und Unterversorgung abgebaut. Die Krankenhausplanung muss von den Ländern aktiv und zukunftsfähig umgesetzt und weiterentwickelt werden. Darauf aufbauend ist es erforderlich, dass die verfügbaren finanziellen Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden; die Krankenhausplanung und die Finanzierung müssen in ihrer Zielrichtung aufeinander abgestimmt sein. Werden Beitragsgelder hingegen mit der Gießkanne an alle Krankenhausstandorte gleich verteilt, werden die Kosten und damit die Beitragssätze weiter steigen, während die vorhandenen Versorgungsstrukturen zementiert werden.

Die Ergebnisse aus NRW sollten die Länder motivieren.

Übrigen beibehalten werden. Werden diese Fragen wie bislang nicht beantwortet, führt dies zu einem sektorenübergreifenden Wettbewerb. Dieser Wettbewerb richtet sich jedoch nicht an der bestmöglichen Versorgung aus, sondern an dem knappen – zumeist ärztlichen – Fachpersonal. Die Forderung nach einem sektorenübergreifenden Wettbewerb führt kurz- bis mittelfristig zum Ausbau der doppelten Facharztschiene und langfristig zu Versorgungsungleichgewichten und Engpässen. Das Konstrukt der Leistungsgruppen sollte daher um diesen ambulant-stationären oder auch hybriden Bereich perspektivisch ergänzt werden.

Umsetzung kooperativ und mit Augenmaß

Das Prinzip der Leistungsgruppen wurde als Blaupause für die Krankenhausreform von Nordrhein-Westfalen (NRW) übernommen. Es sollte allerdings auch der Prozess der Umsetzung der neuen Krankenhausplanung übernommen werden. Krankenhausträger und Krankenkassen führen Vorverhandlungen durch, und die Ergebnisse werden dem Land vorgelegt, welches das Letztentscheidungsrecht hat. Sieht man sich die vorläufigen Ergebnisse aus NRW genauer an, erkennt man schnell, dass hier alle Beteiligten zusammen und nicht gegeneinander – wie man bislang im Rahmen des Reformprozesses auf der Bundesebene schnell den Eindruck gewinnen konnte – gearbeitet haben.

In NRW zeichnet sich bei derzeit noch nicht vollständiger und bereinigter Datenlage ab, dass knapp 20 Prozent der Anträge für die einzelnen Leistungsgruppen vom Land negativ beschieden wurden. In der Grundversorgung, insbesondere der Allgemeinen Chirurgie und der Inneren Medizin, liegt der Anteil der Negativbescheide bei unter sieben Prozent. Tendenziell steigt bei den Leistungsgruppen mit kleiner werdenden Fallzahlen im gesamten Land die Konzentration an. Insgesamt soll es auch zu einem Tausch von Leistungsgruppen der Krankenhäuser untereinander kommen. Eine reine Sogwirkung hin zu den großen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung wird es folglich nicht geben. Die vielversprechenden vorläufigen Ergebnisse aus NRW sollten alle Länder motivieren, die neue Krankenhausplanung gemeinsam mit den Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen und nicht im Alleingang umzusetzen. ■



Stefan Wöhrmann
ist Abteilungsleiter
Stationäre Versorgung
beim vdek



Agnes Kübler
ist Referatsleiterin
Finanzierung in der
Abteilung Stationäre
Versorgung beim
vdek

Ambulantisierung erforderlich

Der Fachkräftemangel macht es zudem erforderlich, stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen. Da letztere sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern erbracht werden können, ist im Zeitalter des Fachkräftemangels eine effiziente Arbeitsteilung erforderlich. Dies erfordert auch das Bekenntnis darüber, wer welche ambulante Leistung wo, wann und zu welchem Preis erbringen darf. Wird dies beantwortet, kann die zweigleisige ambulante und stationäre Bedarfsplanung im

Ende der Ampel – Folgen für die Gesundheitspolitik

Text von **Tim Szent-Ivanyi**

Das vorzeitige **Ende der Ampelkoalition** hat erhebliche Folgen für die Gesundheitspolitik. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hatte noch rund ein Dutzend Gesetzesvorhaben in der Planung, die nun nicht mehr kommen. Auf den Nachfolger oder die Nachfolgerin warten schwierige Aufgaben.

Karl Lauterbach steht loyal zu Bundeskanzler Olaf Scholz, doch der Gesundheitsminister macht keinen Hehl aus seiner Enttäuschung über das Ende der Ampelkoalition. Schließlich landen dadurch mehrere seiner Vorhaben im parlamentarischen Mülleimer. Schade ist es darum allerdings in den meisten Fällen nicht. Man denke an das „Gesundes-Herz-Gesetz“, mit dem die Prävention zugunsten der Verschreibung von Statinen zurückgefahren werden sollte. Oder an das „Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz“, mit dem Lauterbach die Budgets für die Hausärzte aufheben wollte – was die Kosten erhöht, aber keine zusätzlichen Medizinerinnen und Mediziner aufs Land gelockt hätte.

Eine Ausnahme ist die Notfallreform, die überfällig ist. Allerdings war diese nie richtig mit der Krankenhausreform verknüpft. Und ob es der Ampelkoalition tatsächlich gelungen wäre, in dieses Gesetz auch noch die ebenfalls dringend nötige Reform des Rettungsdienstes einzubauen, ist fraglich. Schon Lauterbach-Vorgänger Jens Spahn (CDU) hatte sich an den bei diesem Thema renitenten Ländern die Zähne ausgebissen. Lange sah es so aus, als würde auch die Krankenhausreform scheitern. Doch in diesem Fall entpuppte sich das Ampel-Ende als

Glücksfall für Lauterbach. Denn die Länder ließen die Reform trotz starker Bedenken passieren.

Dabei dürfte eine große Rolle gespielt haben, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses nicht wie üblich zu Nachverhandlungen, sondern wegen der fehlenden Mehrheit der Rumpfkoalition zum endgültigen Aus des Vorhabens geführt hätte. Das hat den Druck auf die Länder erhöht, pragmatisch zu handeln. Die Reform ist sicher nicht perfekt. Doch sie bietet nach Jahren des Stillstandes zumindest die Chance, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten in den Griff zu bekommen.

Ansonsten hinterlässt Lauterbach vor allem eines: explodierende Kosten. 2025 müssen die Beiträge so stark erhöht werden wie in den vergangenen 50 Jahren nicht. Hinzu kommt ein steigender Pflegebeitrag. Eine Besserung ist im kommenden Jahr nicht in Sicht, schon weil Neuwahlen und Regierungsbildung einige Monate in Anspruch nehmen werden. Dann sind jedoch dringend Reformen nötig, um die Kostenspirale zu durchbrechen. Ziel sollte sein, Patientinnen und Patienten bei einer Erkrankung effizient durch das Gesundheitswesen zu leiten. Eine derartige Steuerung ist nicht nur aus Kostengründen sinnvoll. Der zunehmende Personalmangel erzwingt sie geradezu. ■



Tim Szent-Ivanyi
ist Korrespondent
Bundespolitik
Berlin im Redak-
tionsNetzwerk
Deutschland (RND)

GKV-Ausgaben in 2025 auf Rekordniveau

Text von **Dr. Ines Koller**

Der GKV-Schätzerkreis hat am 15. Oktober 2024 einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,5 Prozent für 2025 prognostiziert. Wenn nicht zeitnah geeignete Maßnahmen sowohl ausgaben- als auch einnahmeseitig ergriffen werden, wird sich die **schwierige finanzielle Lage der Krankenkassen** in den folgenden Jahren weiter verschärfen. Die Politik ist gefordert, endlich wirksame Strukturreformen durchzuführen und die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen vollständig zu übernehmen.

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleibt äußerst angespannt. Bereits im 1. Halbjahr 2024 ergab sich für die GKV ein Defizit von 2,2 Milliarden Euro, das nach aktuellen Schätzungen für das Gesamtjahr 2024 auf 4 Milliarden Euro steigen wird. Dementsprechend haben 34 Krankenkassen, das ist über ein Drittel aller Krankenkassen, unterjährig ihren Zusatzbeitragssatz in 2024 angehoben, teilweise schon zum zweiten oder dritten Mal innerhalb des Jahres. Für 2025 ist eine weitere Verschärfung der Finanzlage der Krankenkassen zu erwarten. So prognostiziert der GKV-Schätzerkreis eine Ausgabensteigerung von 6,8 Prozent in 2025, während die Einnahmen nur

um 3,7 Prozent zunehmen. Danach beträgt die geschätzte Finanzierungslücke 47 Milliarden Euro, was einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,5 Prozent entspricht. Infolgedessen steigt der festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag sprunghaft um 0,8 Prozentpunkte von 1,7 Prozent in 2024 auf 2,5 Prozent in 2025. Schon jetzt beträgt der maximale kassenindividuelle Zusatzbeitrag 3,9 Prozent und wird in 2025 vermutlich auf über 4 Prozent steigen. Somit könnte der gesamte Beitragssatz einer Krankenkasse im Maximum bei über 18,6 Prozent in 2025 liegen.

Erschreckend ist auch, dass für 2026 keine Entspannung der finanziellen Lage in der GKV zu erwarten ist. Allein die geplante Krankenhausreform mit dem Transformationsfonds würde 2,5 Milliarden Euro in 2026 kosten und eine weitere Steigerung des Zusatzbeitragssatzes um knapp 0,15 Prozentpunkte verursachen.

Grund für diese negative Entwicklung ist eine verfehlte Gesundheitspolitik der Bundesregierung, die es einerseits versäumt hat, die Versorgungslandschaft strukturell zu reformieren, und andererseits Leistungen massiv ausgeweitet hat, ohne für eine ausreichende Gegenfinanzierung zu sorgen.

Es müssen dringend grundlegende Reformen mit dem Ziel einer soliden und nachhaltigen Finanzierung der GKV angegangen werden. Dafür benötigen wir auf der Ausgabenseite echte Strukturreformen mit einer Rückbesinnung auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit eine Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Auf der Einnahmenseite sollte die Politik endlich den Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen dynamisieren und eine kostendeckende Finanzierung der Bürgergeldempfänger:innen einführen. ■



Dr. Ines Koller ist
Abteilungsleiterin
Finanzen/Versiche-
rung beim vdek

Ambulante Versorgung muss weiterhin reformiert werden

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ist nicht mehrheitsfähig und damit Geschichte. Doch Handlungsbedarf in der ambulanten Versorgung besteht aus Sicht des vdek weiterhin.

Der Reformbedarf in der ambulanten Versorgung geht deutlich über die Vorschläge des GVSG hinaus. „Statt einfach mehr Geld mit der Gießkanne auszuschenken, brauchen wir vor allem mehr und schnelle Facharzttermine für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“, sagt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Die Lösungen dafür liegen auf dem Tisch, darunter eine verbindliche Meldung von Terminen durch die Arztpraxen, eine gemeinsame Terminvermittlungsplattform von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und keine Selbstzahlersprechstunden zulasten von GKV-Versicherten. Diese Regelungen müssen unbedingt Bestandteil eines Versorgungsgesetzes in der neuen Legislaturperiode sein. Auch Ansätze im GVSG, die unnötige Arztbesuche von Chronikern vermeiden, sollten weiterverfolgt werden. Wenn medikamentös gut versorgte Patientinnen und Patienten allein aufgrund der Vergütungssystematik jedes Quartal für Folgerezepte einbestellt werden, ist das eine unnötige Verschwendung von Ressourcen und muss geändert werden. Im Rahmen der Beratungen zum GVSG wurde mit den sogenannten Primärversorgungszentren auch

eine Idee für ein neues ambulantes Versorgungsangebot erwogen, die der vdek als sinnvoll einschätzt. Eine Blaupause für den Aufbau einer strukturierten Primärversorgung könnte das Ersatzkassenmodell „Regionale Gesundheitszentren (RGZ)“ sein. „Dieses Modell erproben wir als Ersatzkassen mittlerweile in drei Modellregionen in Deutschland. Mit den Projekten wird das Ziel verfolgt, Patientinnen



und Patienten in ländlichen Regionen besondere Versorgungsangebote zu machen, die bislang nicht Teil der Regelversorgung sind. Durch den Einsatz moderner Telemedizin, ein individuelles Care- und Case-Management sowie die Einbindung hochqualifizierten nichtärztlichen Personals wie Physician Assistants werden Ärztinnen und Ärzte entlastet und die Betreuung und Beratung der Versicherten vor Ort verbessert“, so Elsner. Regionale Gesundheitspartner sind das Regionale Versorgungszentrum (RVZ) Wurster Nordseeküste in Niedersachsen, die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Ochtrup und Gronau (NRW) und das Medizinische Versorgungszentrum Lübbenau in Brandenburg. Ein weiteres in Baden-Württemberg ist derzeit in Planung. pm

→ t1p.de/cgman

Kompromiss in schwierigen Zeiten

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Die **Honorarverhandlungen Ärzte** fanden unter dem Eindruck der schwierigen Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt. Trotzdem gelang am Ende eine Einigung.

Als Anfang August 2024 die Beratungen im Bewertungsausschuss Ärzte zwischen GKV und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) begonnen hatten, war allen Beteiligten klar, dass es langwierige Verhandlungen werden könnten. Im Mittelpunkt stand, wie in jedem Jahr, die Anpassung des Orientierungswertes, der die Entwicklung der Kosten in den Arztpraxen widerspiegelt. Betrachtet wurde dabei der Zeitraum 2022 und 2023 – also eine Phase, in der die Inflation aufgrund des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine besonders stark war. Außerdem hatten GKV und KBV vereinbart, auch die Anfang 2024 abgeschlossenen Tarifsteigerungen bei den Medizinischen Fachangestellten bereits beim Orientierungswert für 2025 zu berücksichtigen, damit die Arztpraxen für diese zusätzlichen Ausgaben frühzeitig einen Ausgleich erhalten.

Gleichzeitig war klar, dass aufgrund der schwierigen Finanzlage der Krankenkassen nur wenig Spielraum für Honorarsteigerungen bestand – zum einen aufgrund der Ausgabensteigerungen im stationären Bereich und bei den Arzneimitteln, aber auch aufgrund der für 2025 geplanten Gesetzesvorhaben wie der im Raum stehenden



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

Entbudgetierung bei den Hausärzten mit zusätzlichen 500 Millionen Euro Mehrkosten.

Eine Einigung war somit absolut keine Selbstverständlichkeit. Gleichzeitig war jedoch erkennbar, dass beide Seiten die Verhandlungen ernsthaft und sachlich führten. Dazu trug auch bei, dass die ursprünglichen Forderungen der KBV mit 5,9 Prozent und das erste Angebot der Kassenseite von 1,6 Prozent zwar weit auseinander lagen, aber dennoch

eine Grundlage für konstruktive Verhandlungen geboten haben.

So konnte schließlich am 16. September 2024 ein Kompromiss erzielt werden: Zum 1. Januar 2025 steigt der Orientierungswert um 3,85 Prozent – und damit um denselben Prozentwert wie im Vorjahr. Damit gleichen die Beitragszahlenden die höheren Kosten in der GKV mit zusätzlichen Honoraren von etwa 1,7 Milliarden Euro aus. Ein Ergebnis, das beide Seiten vor Herausforderungen stellt, aber dennoch zu bewältigen ist. Auf dieser Grundlage haben im Anschluss die regionalen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen begonnen, die bereits in einigen Bundesländern erfolgreich abgeschlossen werden konnten. ■

Startschuss für die digitale Gesundheitsplattform

Text von **Björn-Ingemar Janssen** und **Katja Kossack-Peters**

In wenigen Wochen **startet die elektronische Patientenakte (ePA)** für alle und schafft für Versicherte und Ärzte Zugriff auf wichtige Gesundheitsdaten. Doch das ist nur ein erster Schritt auf dem Weg zu einer echten digitalen Versorgung.



Björn-Ingemar Janssen ist Beauftragter für Digitale Versorgung beim vdek



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

Ab 2025 erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse automatisch eine elektronische Patientenakte. Die Nutzung der ePA ist freiwillig, das heißt: Wer keine Akte möchte, kann der Anlage widersprechen. Hierüber haben die Krankenkassen ihre Versicherten vorab informiert. Und die Aufgeschlossenheit gegenüber der ePA ist groß: Die Widerspruchsquote liegt bisher nur im niedrigen einstelligen Bereich.

Die ePA bietet den Versicherten verschiedene Optionen für eine individuelle Nutzung – alles kann, nichts muss. Sie können der Einstellung oder Nutzung von Daten direkt während der Behandlung widersprechen und in der ePA-App sowie bei der Ombudsstelle ihrer Krankenkasse konkret festlegen, wer Zugriff auf welche Informationen hat.

Der Start der ePA für alle wird ab dem 15. Januar 2025 zunächst in den beiden Modellregionen Franken und Hamburg eingeläutet. Verlaufen die Tests erfolgreich, beginnt der bundesweite Rollout ab dem 15. Februar 2025. Kurz danach ist die ePA für alle dann deutschlandweit nutzbar.

Bedeutung der ePA für die Versorgung

In einem ersten Schritt stellen ärztliche und zahnärztliche Praxen sowie Krankenhäuser neue Arzt- und Befundberichte in die ePA ein, zum Beispiel nach Labor- oder Röntgenuntersuchungen. Wichtig ist, dass dies mit den jeweiligen Softwaresystemen möglichst aufwandsarm möglich ist. Zusätzlich können Daten aus früheren Untersuchungen ergänzt werden, wenn sie für die laufende Behandlung wichtig sind. Versicherte können darüber hinaus selbst persönliche Gesundheitsdaten in der ePA speichern, beispielsweise eigenständig geführte Tagebücher für Diabetes oder Blutdruckmessungen, wenn sie die ePA-App ihrer Krankenkasse nutzen. Eine weitere wichtige Datenquelle sind außerdem die Abrechnungsdaten, die die Krankenkassen auszugsweise in der ePA zur Verfügung stellen. Diese Übersicht umfasst ärztliche Diagnosen sowie Leistungen, die Versicherte beispielsweise von Arztpraxen oder Krankenhäusern, aber zum Beispiel auch von Physiotherapeuten in den letzten Jahren erhalten haben.

Neben diesen Dokumenten wird die ePA auch erstmals sogenannte strukturierte Daten enthalten: Die elektronische Medikationsliste wird automatisch aus den verordneten und ausgegebenen

E-Rezepten zusammengestellt. Sie werden ab dem Zeitpunkt der Aktenanlage eingespielt, sobald neue Rezepte vorliegen. Auf diese Weise bekommen die Leistungserbringer einen guten Überblick über die bisherige Arzneimitteltherapie ihrer Patienten. Ab Juli 2025 sollen diese Daten auch durch weitere Informationen wie freiverkäufliche Medikamente und Informationen zur Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) ergänzt werden können. Ziel ist es unter anderem, Risiken durch Wechselwirkungen zukünftig schneller zu erkennen und damit die Versorgung besser und sicherer zu machen.

Insgesamt wird in den kommenden Jahren der Fokus bei der Weiterentwicklung der ePA vor allem darauf liegen, noch mehr Daten in strukturierter – und damit maschinenlesbarer – Form zu hinterlegen. Diese sogenannten Medizinischen Informationsobjekte sind unter anderem für Laborbefunde (voraussichtlich ab 2026), für Impfpässe und Messwerte aus Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) vorgesehen. Mit ihnen entstehen mittelfristig viele neue Möglichkeiten: Ärzte und Patienten können sich zum Beispiel Therapieverläufe einfach und schnell grafisch darstellen lassen. Durch die Verknüpfung

verschiedener Informationen und den Einsatz von Algorithmen und Künstlicher Intelligenz (KI) können Ärzte bei ihren Behandlungsentscheidungen unterstützt und den Versicherten individuelle Gesundheitsempfehlungen gegeben werden. Nicht zuletzt sind strukturierte Daten auch Voraussetzung dafür, dass pseudonymisierte Informationen aus der ePA sinnvoll für Forschungszwecke genutzt und damit beispielsweise die Entwicklung neuer Therapieformen befördern können.

Damit ist der Start der ePA für alle ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einem stärker digitalen Gesundheitssystem, von dem vor allem die Patienten profitieren werden. ■

Die ePa ermöglicht eine individuelle Nutzung – alles kann, nichts muss.



Potenziale der Digitalen Gesundheitsanwendungen ausbauen

Text von Timo Neunaber

Trotz des vierjährigen Bestehens von Gesundheitsapps als neuer Art der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) noch nicht gänzlich in der Versorgung angekommen. Wie kann die Akzeptanz gesteigert werden und an welchen Stellen bedarf es veränderter Rahmenbedingungen? **Vorschläge zur Weiterentwicklung der DiGA** haben die Ersatzkassen in einem Eckpunkte-papier erarbeitet.

Es braucht Korrekturen im Hinblick auf Preisgestaltung, Zugang und Zulassung.

Ein Eckpunktepapier der Ersatzkassen zeigt Potenziale zur Weiterentwicklung auf → t1p.de/putuk



Timo Neunaber ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Über 50 Anwendungen stehen zur Verfügung.

Seit dem 6. Oktober 2020 können Versicherte DiGA für verschiedenste Krankheitsbilder per Verordnung durch Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen oder direktem Antrag bei der Krankenkasse in Anspruch nehmen. Mittlerweile stehen über 50 Anwendungen zur Verfügung, die Ersatzkassen gaben mehr als 375.000 Freischaltcodes an ihre Versicherten aus. Dennoch etablierten sich DiGA bislang noch nicht. Die Erfahrungen der Ersatzkassen zeigen vielmehr, dass Korrekturen, vor allem im Hinblick auf Preisgestaltung, Zugang und Zulassung, vorgenommen werden müssen. Wie die Potenziale weiter ausgebaut werden können, zeigt ein Eckpunktepapier der Ersatzkassen (→ t1p.de/putuk).

Frühzeitig verhandelte Preise

Für eine faire und planbare Preisgestaltung fordern die Ersatzkassen die Abschaffung der Preisfreiheit im ersten Jahr der Zulassung bei DiGA. DiGA-Hersteller rufen Preise von über 2.000 Euro für die Nutzung einer Anwendung auf, die in keinem Verhältnis zum Patientennutzen stehen. Die Regelung um Höchstbeträge bei DiGA erzeugt derzeit keine Wirkung. Der vdek und seine Mitglieds-kassen setzen sich daher für frühzeitig verhandelte Preise ein, die bereits mit Beginn der Zulassung gelten, um mehr Planungssicherheit für die Krankenkassen und DiGA-Hersteller zu erreichen. Dadurch werden auch insolvenzbedingte Ausfallrisiken für die GKV vermieden, wenn Rückforderungsansprüche der Krankenkassen von DiGA-Herstellern nicht mehr bedient werden können.

Darüber hinaus forcieren die Ersatzkassen die Einführung einer zweiwöchigen Testphase für Versicherte, um eine gerechtere Vergütung von DiGA zu erreichen. Hintergrund sind hohe Kosten für die Nicht-Nutzung von DiGA. Laut einer Auswertung der BARMER (→ t1p.de/vssxl) bricht mehr als jeder Dritte die Nutzung von DiGA vorzeitig ab. Durch ein Testen der

DiGA können Versicherte ein Gefühl für die DiGA entwickeln und dann entscheiden, ob sie diese in ihren Alltag integrieren können.

Nutzungsmöglichkeiten stärken

Um mehr Akzeptanz für DiGA zu schaffen, sollten aus Sicht der Ersatzkassen auch die Nutzungsmöglichkeiten ausgebaut werden. Die Gesundheits-Apps sollten stärker in bestehende Behandlungsprozesse eingebunden werden, zum Beispiel über medizinische Leitlinien. Damit würden Ärzt:innen und Versicherte die Mehrwerte von DiGA unmittelbar erleben. Um den Zugang zu DiGA zu verbessern, sollte gleichzeitig auch die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ausgebaut werden. Dadurch wird zum Beispiel mehr digitale Teilhabe erreicht, sodass auch Patient:innen mit wenigen Erfahrungen im Umgang mit digitalen Lösungen DiGA nutzen können. Die Ersatzkassen stellen ihren Versicherten unter anderem mit „Gesund digital“ (→ gesund-digital.info) bereits seit Längerem ein Angebot zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zur Verfügung, das mit leicht verständlicher Sprache und Erklärvideos explizit auch über DiGA informiert.

Mehr Transparenz

Weiterhin setzen sich die Ersatzkassen für eine stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung im Zulassungsprozess der DiGA ein. Bislang sind Entscheidungen über Zulassungen und Streichungen von DiGA wenig transparent, denn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entscheidet im Fast-Track-Verfahren im Alleingang, ob eine App in das Verzeichnis aufgenommen wird. Vier Jahre DiGA zeigen, dass diese neue Art des Zulassungsverfahrens zwar den Vorteil einer schnellen Zulassung mit sich bringt, die Qualität der Zulassungen allerdings schwankt. Eine frühzeitige Einbindung der gemeinsamen Selbstverwaltung in den Zulassungsprozess reduziert Unklarheiten aufseiten der Krankenkassen und Leistungserbringenden und steigert dadurch die Akzeptanz von DiGA. Die Einbindung sollte aus Sicht der Ersatzkassen insbesondere für DiGA der Risikoklassen IIb gelten, bei denen das Gefahrenpotenzial höher ist. ■

Eine frühzeitige Einbindung der gemeinsamen Selbstverwaltung in den Zulassungsprozess reduziert Unklarheiten aufseiten der Krankenkassen und Leistungserbringenden und steigert dadurch die Akzeptanz von DiGA.

Selektivvertragliche Regelungen statt Fonds-Anhäufung

Text von **Sonja Lessing**

Seit Inkrafttreten des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes (VOASG) stellen **pharmazeutische Dienstleistungen (pDL)** ein neues Leistungsangebot für Versicherte dar. Jedoch zeigt sich, dass die Inanspruchnahme hinter den Erwartungen zurückbleibt.

Pharmazeutische Dienstleistungen ermöglichen den Versicherten, die besondere Unterstützung bei der Arzneimitteltherapie brauchen, zusätzliche Angebote durch pharmazeutisches Fachpersonal in Anspruch zu nehmen, welche über die normale Information und Beratung durch Apotheken hinausgehen. Um die heilberufliche Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheker stärker zu nutzen, hat der Gesetzgeber im Rahmen des VOASG die Einführung der pDL geplant. Diese sollten mit rund 150 Millionen Euro pro Jahr vergütet werden.

Aktuell umfasst das Angebot fünf verschiedene Dienstleistungen, die je nach Aufwand unterschiedlich vergütet werden. Drei dieser pDL basieren auf Medikationsanalysen und dürfen nur von Apothekerinnen und Apothekern mit entsprechender Zusatzqualifikation durchgeführt werden:

- erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation
- pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten mit Follow-up (Folgegespräch)
- pharmazeutische Betreuung bei oraler Tumorthherapie mit Follow-up

Zwei pDL umfassen praktische Übungen oder Anwendungen und dürfen von dem gesamten pharmazeutischen Personal durchgeführt werden:

- Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik
- standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck

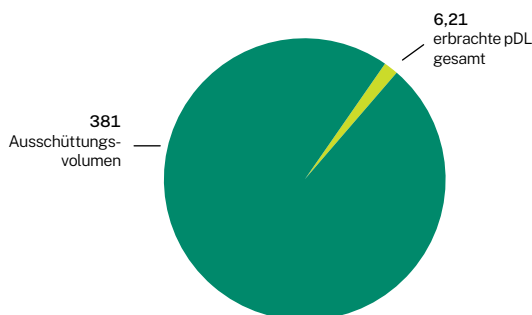
Die Finanzierung der pDL erfolgt über einen Aufschlag von 20 Cent pro abgegebene Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Dieses Geld fließt in einen Fonds, der vom Deutschen Apothekerverband (DAV) verwaltet wird. Seit Juni 2022 dürfen die Apotheken pDL erbringen und über diesen Fonds abrechnen. Für Apotheken bedeuten die pDL einen wichtigen berufspolitischen Meilenstein. Denn erstmals können sie selbst Leistungen für ihre Patientinnen und Patienten auslösen und gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen, die in keiner Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen stehen. Die Entwicklung zeigt jedoch, dass trotz steigender Abrechnungszahlen bei den pDL und zunehmender Apothekenbeteiligung die tatsächlich von den Apotheken erbrachten Leistungen weit



Sonja Lessing ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Ungenutzte Mittel (Abb.2)

Volumen des Fonds für pDL und tatsächliche Erbringung im 2. Quartal 2024, in Millionen Euro



Quelle: vdek

hinter den ursprünglichen Erwartungen zurückbleiben. Nach zwei Jahren beteiligen sich lediglich vier von zehn Apotheken an dem Angebot. Ob die neuen Leistungen zu wenig nachgefragt oder zu wenig angeboten werden, bleibt offen.

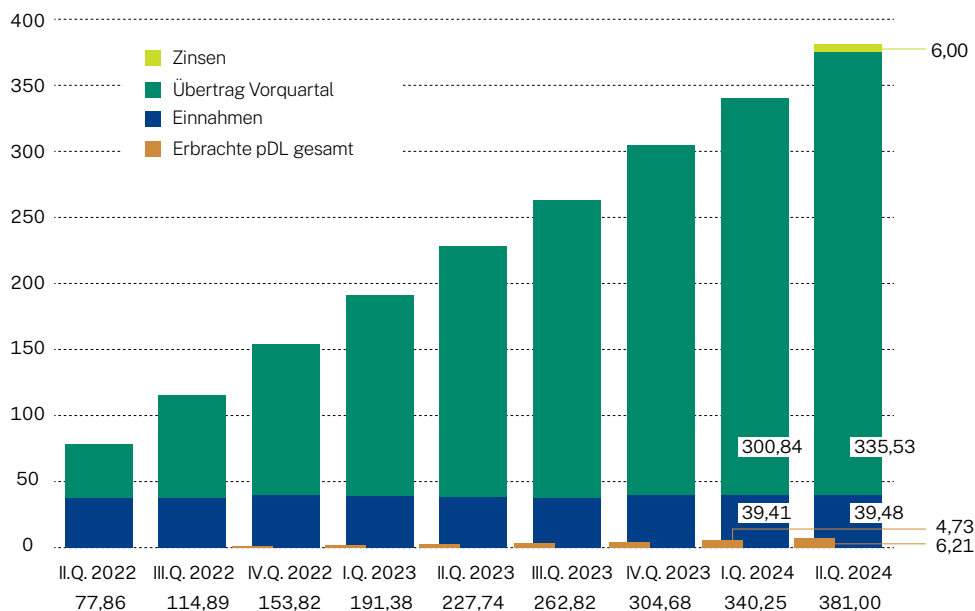
Fakt ist, dass das Angebot nur sehr wenig genutzt wird und die Diskrepanz zwischen Planung und Realität immer offensichtlicher wird. Denn jedes Quartal fließen etwa 39 Millionen Euro als Einnahmen in den Fonds. Somit stehen jährlich sogar mehr als die ursprünglich geplanten 150 Millionen Euro zur Verfügung. Die Abrechnung der pDL ist allerdings nicht im gleichen Maße gestiegen (→ Abb.1). Im ersten Quartal 2024 erbrachten die Apotheken lediglich Leistungen im Wert von 4,7 Millionen Euro und im zweiten Quartal 2024 im Wert von 6,2 Millionen Euro. Da nicht ausgeschöpfte Beträge im Fonds verbleiben, haben sich mittlerweile 375 Millionen Euro angesammelt. Im zweiten Quartal 2024 zeigt sich das Missverhältnis besonders deutlich. Von den insgesamt 381 Millionen Euro, die

im Fonds zur Verfügung stehen, wurden nur 6,2 Millionen Euro für pDL abgerufen. Das entspricht einem Anteil von lediglich zwei Prozent (→ Abb.2).

Angeichts dieses großen Ungleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben sollte daher der Aufschlag zur Befüllung des Fonds sofort ausgesetzt werden. Es muss ein anderer Weg eingeschlagen werden, um nicht noch mehr Geld in dem Fonds anzuhäufen und in dieser Größenordnung dort zu parken, anstatt dieses für die Versorgung der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Um den spezifischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sollte man von einem einheitlichen „one fits all“-Ansatz wegkommen. Um eine passgenaue Versorgung zu gewährleisten, sollte das System daher auf selektivvertragliche Regelungen umgestellt werden. Diese würden es erlauben, Leistungsinhalte gezielt zu definieren sowie bessere Versorgungskonzepte zu entwickeln, die auf die unterschiedlichen Anforderungen der Versicherten eingehen. Zudem würde die Abrechnung der pDL direkt zwischen Apotheke und Krankenkasse erfolgen. ■

Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben (Abb.1)

Geld für pDL in Millionen €



Quelle: vdek

Inklusive Evaluation einfach machen

Text von Dr. Arnd Hofmeister

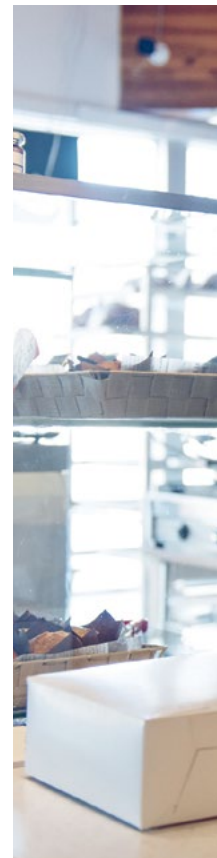
Mit seiner Initiative „**Gesundheit einfach machen – Gesundheitsförderung in Werk- und Wohnstätten gestalten**“ unterstützt der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Ausarbeitung eines gesundheitsfördernden Fachberatungsprozesses in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Begleitet wird dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt durch eine Evaluation – unter aktiver Beteiligung von Menschen mit Behinderung.

Mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN) hat es 2006 einen Paradigmenwechsel in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung gegeben. Ihr Inkrafttreten bedeutete gleichberechtigte Teilhabe und soziale Inklusion von Menschen mit Behinderung. Für Projekte der Gesundheitsförderung bedeutet diese Anforderung eigentlich keine Hürde, allerdings bestehen noch Vorbehalte zur richtigen Einbeziehung von Menschen mit Behinderung, insbesondere wenn es um Menschen mit Lernschwierigkeiten geht. Gesundheitserziehung in einfacher Sprache scheint das Maximum zu sein – sie in die Prozesse gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung einzubeziehen, wird manchmal als zu komplex bewertet. Die Vorstellung, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten aktiv in den Evaluationsprozess einbezogen werden, scheint abwegig.

Allerdings: Erfahrungen aus der Evaluation des Projekts „Gesundheit einfach machen – Gesundheitsförderung in Wohn- und Werkstätten für Menschen mit Behinderung“ zeigen, dass es weniger die Menschen mit Behinderung sind, die behindern,

sondern die Vorstellungen und Methoden der Evaluation. Es stellte sich heraus, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten sehr wohl Organisationsentwicklungsprozesse mitgestalten können. Aus dieser „inklusive Evaluation“ lassen sich Lernprozesse und Erkenntnisse ableiten. Im Mittelpunkt der sozialen Inklusion steht die Überlegung: „Was kann ich machen, damit alle in den Evaluationsprozess eingebunden sind?“

Im Projekt „Gesundheit einfach machen“ des vdek im Namen und Auftrag der Ersatzkassen entwickelte die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) einen Fachberatungsprozess zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses in Wohn- und Werkstätten für Menschen mit Behinderung gemäß dem „Leitfaden Prävention“ und pilotierte diesen in drei Einrichtungen. Dazu werden in den jeweiligen Einrichtungen eine Gesundheitskoordination und ein Gesundheitsteam eingesetzt. Die Gesundheitskoordination steuert den gesamten Prozess, das Gesundheitsteam diskutiert und entscheidet in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung die Schritte und Maßnahmen der



Dr. Arnd Hofmeister
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter beim nexus Institut



Organisationsentwicklung. Das Besondere dieses Vorgehens ist die inklusive Besetzung der Gesundheitskoordination und des Gesundheitsteams. Nach dem Aufbau dieser Strukturen wird der Gesundheitsförderungsprozess mit den Phasen Analyse, Planung, Implementierung und Evaluation durchlaufen.

Für die Evaluation des Projekts wird zunächst ein Evaluationsdesign entwickelt. Dabei sollen neben Fragebögen und Gruppendiskussionen auch Workshops durchgeführt werden, um die Evaluation inklusiv und partizipativ zu gestalten. Mit einem Gesundheitsfragebogen in einfacher Sprache wird eine Ist-Analyse durchgeführt. Die Daten dieser Ist-Analyse nutzt das Gesundheitsteam als Planungsgrundlage. Verständnisschwierigkeiten gibt es dabei keine – im Gegenteil hilft die Diskussion der Ergebnisse im Gesundheitsteam bei der Einordnung in den Einrichtungsalltag. In Fokusgruppen diskutiert das Gesundheitsteam

über die Ziele des Gesundheitsprojekts. Eine Tiefenanalyse zeigt, dass je inklusiver die Diskussionskultur in den Gruppen ist, desto reichhaltiger die Antworten aller Beteiligten sind. In diesen Fokusgruppen stellen häufig zunächst Menschen ohne Behinderung ihre Perspektiven dar und eröffnen einen Antworthorizont, der es Menschen mit Behinderung erlaubt, sich darauf zu beziehen, aber auch ihre eigenen Sichtweisen hinzuzufügen – ein Phänomen, das generell aus Fokusgruppen bekannt ist.

Selbst Formate wie partizipative Workshops zur Entwicklung konkreter Maßnahmenziele können in inklusiven Teams erfolgreich umgesetzt werden. In einer Werkstatt wurden zum Beispiel bewegte Pausen als Maßnahme geplant. Beim Workshop konnten gemeinsam Ziele sowie Indikatoren entwickelt werden, an denen zu erkennen ist, ob die Maßnahme ein Erfolg ist. Auf Grundlage der eigenen Lebensweltexpertise wird gemeinsam bewertet, wie realistisch Zielvorstellungen sind

(beispielsweise wie bewegte Pausen in den jeweiligen Abteilungen und Bereichen umgesetzt werden können). Für die Evaluation ist es dabei zentral, in der Sprache einfach zu bleiben. Aber auch dies gilt für alle Zielgruppen.

Eine wichtige Erkenntnis ist, dass inklusive Evaluation gelernt werden muss. Dort, wo Menschen mit Lernschwierigkeiten zum Beispiel Erfahrung in der Arbeit als Werkstattrat haben und Inklusion

Es stellte sich heraus, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten sehr wohl Organisationsentwicklungsprozesse mitgestalten können.

in der Organisation gelebte Wirklichkeit ist, bringen sie sich von Beginn an ein. Dort, wo das unbekannt und noch keine gelebte Praxis ist, braucht es Zeit. Was benötigt wird, damit alle mitgestalten können, ist nicht nur eine ethische Frage, sondern auch eine Frage nach der Qualität. Was im Leben und in der Gesundheitsgestaltung wichtig ist, ist sehr genau bekannt und wird auch zum Ausdruck gebracht, man muss nur richtig fragen. ■■

»Die Politik muss Prävention konsequent weiterentwickeln«

Interview von **Annette Kessen** und **Dr. Tanja Grootz**

Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Säulen der Versorgung. **Prof. Dr. Stefan Willich** ist Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité in Berlin. Im Interview zeigt er auf, wo Deutschland in Sachen Prävention Nachholbedarf hat, woran sich Erfolge von Gesundheitsförderung zeigen und wie die Politik gefordert ist.



Wo steht Deutschland in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung?

PROF. DR. STEFAN WILlich Hier gilt es zunächst, verschiedene Bereiche von Prävention zu unterscheiden. Es gibt die Primärprävention, mit der von vornherein Krankheit verhindert sowie das Gesundheitsverhalten einzelner Personen und der Bevölkerung insgesamt verbessert werden sollen. Sekundärprävention betrifft die möglichst frühzeitige Diagnose von Krankheiten, etwa mithilfe von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung, wer Krankheitsrisiken oder bereits eine Erkrankung hat. Und mit Tertiärprävention ist die Verhinderung oder zumindest Verzögerung von erneutem Krankheitsgeschehen gemeint – in Deutschland durch den Rehabilitationsbereich seit Langem relativ gut entwickelt. Was aber in Deutschland ganz miserabel entwickelt ist und eigentlich kaum

existent, sind Primärprävention und Gesundheitsförderung. Im internationalen Vergleich sind wir sozusagen „Entwicklungsland“, ganz anders als in der Akuttherapie, wo Deutschland international mit führend ist.

Woran liegt das?

Die Primärprävention hat viel mit Lebensstil zu tun, sowohl mit individuellem Lebensstil als auch mit den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik. Damit sind wir bei weiteren Begrifflichkeiten, nämlich Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention betrifft, wie der Name schon sagt, das Verhalten einzelner Personen, beispielsweise Ernährung und körperliche Aktivität. Verhältnisprävention betrifft die gesundheitspolitischen Verhältnisse und Regelungen, zum Beispiel Rauchverbot in öffentlichen

Räumen, das vor einigen Jahren erlassen wurde, um Risiken von Passivrauchen zu vermeiden. Längst überfällig wäre auch ein Verbot oder zumindest eine Einschränkung von süßigkeitshaltigen Getränken – Stichwort Zuckersteuer – zur Vermeidung beziehungsweise Reduktion von Diabetes-Mellitus-Erkrankungen. Es ist beschämend, wie weit hinten Deutschland da im internationalen Vergleich liegt. Was ist hierfür der Grund? Wir haben uns an eine „Allround-Versorgung“ gewöhnt, und offenbar das Gefühl, der Staat sei im Ernstfall für uns da ist und könne gesundheitliche Probleme wieder korrigieren. Das ist aber eine Illusion, gerade im Falle von

Diabetes, Schlaganfällen und Herzinfarkten. Diese Erkrankungen stellen für die Betroffenen eine Katastrophe dar, die nicht mehr zu korrigieren ist, oft aber hätte verhindert werden können, wenn man zehn, 20 Jahre zuvor die gesundheitlichen Weichen anders gestellt hätte. Ein weiterer Grund sind Lobby-Interessen, so wehrt sich etwa die Nahrungsmittelindustrie vehement gegen bestimmte Regulierungs- und Besteuerungsmaßnahmen. Auch in der pharmazeutischen Industrie oder medizinischen Geräteindustrie wird man kaum Freunde und Befürworter der Primärprävention finden. Politik müsste mehr Rückgrat zeigen.



Wen sehen Sie neben der Politik in der Verantwortung?

Arbeitgeber und Krankenkassen haben eine wichtige Rolle und Funktion. Betriebliches Gesundheitsmanagement gab es bis vor wenigen Jahren nicht, inzwischen greifen moderne Unternehmen und Organisationen dieses Thema auf und kümmern sich um die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden, zum Beispiel in Form gesunder Arbeitsplatzbedingungen

oder durch Präventionskurse, die von vielen Krankenkassen bezuschusst werden. Allerdings erscheinen die Möglichkeiten der Krankenkassen mit Blick auf die Finanzierung von Prävention begrenzt.



Prof. Dr. Stefan Willich ist seit 1995 Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Zuvor war er Gastprofessor für Epidemiologie an der Universität Greifswald sowie an der Harvard University. Er studierte Medizin an der Freien Universität Berlin, der Ludwig-Maximilians-Universität München und der New York University. Im Anschluss an seine Promotion erwarb er einen Master of Public Health an der Harvard University und einen Master of Business Administration an der Wirtschaftshochschule Insead in Fontainebleau. 1993 habilitierte er sich im Fachgebiet Innere Medizin. Nach seinem Abitur hatte Willich zunächst zwei Jahre Musik studiert und war im Zuge einer dreijährigen Beurlaubung von der Charité von 2012 bis 2014 Rektor der Musikhochschule Hanns Eisler in Berlin. Er ist Gründer und Dirigent des World Doctors Orchestra.

Den gesetzlichen Krankenkassen stehen in diesem Jahr rund 186 Millionen Euro für Präventionsleistungen zur Verfügung. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt lagen im vergangenen Jahr bei über 300 Milliarden Euro.

Dieser Präventionstopf der GKV ist viel zu klein. Für Gesundheitsausgaben steht ein Budget in Höhe von fast 500 Milliarden Euro pro Jahr zur Verfügung (einschließlich Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungen, privater und öffentlicher Haushalte, Arbeitgeber), womit Deutschland im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt. Aber das zahlt sich nicht aus, weil die Mittel teilweise falsch investiert werden. Wenn Sie die Ausgaben der einzelnen Bereiche, dann entfallen auf Prävention und Gesundheitsförderung nur 2 bis 3 Prozent – ein geringfügiger Anteil. Es müsste viel mehr in Prävention investiert werden.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Aufgabe der allgemeinen Gesundheitsfürsorge. Nicht alles können die Beitragszahlenden der GKV schultern. Was leistet der Staat in diesem Bereich und wo sehen Sie eine faire Aufgaben- und Finanzierungsverteilung?

Der Staat ist nicht für Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich, wohl aber für entsprechende Regelungen und gesetzliche Grundlagen. Ausgaben im Gesundheitsbereich müssen umverteilt werden, beispielsweise im Rahmen der aktuellen Krankenhausreform zugunsten von präventiven Leistungen. Auch stimmen die Anreizsysteme bei ärztlicher Vergütung nicht und präventive Gesprächsleistungen müssten besser honoriert werden.

Wie lassen sich Erfolge messen?

Lebenserwartung ist das härteste Erfolgskriterium, sie hängt stark von schwerwiegenden Krankheiten ab wie beispielsweise Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen. Ziel einer guten Prävention und Gesundheitsförderung ist es, Krankheiten zu vermeiden oder zumindest verzögern, um ein möglichst langes krankheitsfreies Leben zu ermöglichen.

Was machen andere Länder anders?

Vor allem die skandinavischen Länder investieren seit Jahrzehnten auf hohem Niveau in Prävention und Gesundheitsförderung und konnten durch verändertes Gesundheitsverhalten und Lebensstil die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen erheblich senken. Besonders eindrucksvoll in Finnland – vor 50 Jahren noch weltweit an der Spitze der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit –, wo multimodale Community-basierte Lebensstilveränderungen erreicht wurden, im Zusammenwirken mit Patientinnen und Patienten, Familien, Freunden, Gesundheitsberufen, Verbänden, Nahrungsmittelunternehmen, Restaurants, Schulen, Kindergärten, Arbeitgebern und anderen Organisationen.

Die Politik hat sich der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Gesundes-Herz-Gesetz angenommen, das allerdings nach dem Aus der Koalition erstmal vom Tisch ist.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Deutschland und vielen anderen Industrienationen die Haupttodesursache, etwa ein Drittel aller Todesfälle

hierzulande sind bedingt durch Herzinfarkte, Schlaganfälle oder plötzlichem Herztod. Daher ist es gut, dass die Politik endlich beginnt, diese Themen ernsthaft ins Visier zu nehmen. Allerdings ist das auch das einzig Gute an dem aktuellen Gesetzesentwurf. Aus meiner Sicht ist dieser falsch angelegt insofern, als nur wenige isolierte Aspekte der Prävention adressiert werden, einschließlich Früherkennung und Therapie im Fettstoffwechselbereich und medikamentöse Therapie bei Raucherinnen und Rauchern. Beides mag für eine kleine Zielgruppe seine Berechtigung haben, aber der Gesetzesentwurf wird das Ziel einer effektiven Prävention und Gesundheitsförderung verfehlen. Zumal die Finanzierung aus dem Präventionstopf der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll, der wie gesagt sowieso zu klein ist.

Anstelle von vorbeugendem Handeln sollten unter anderem Medikamente zur Tabakentwöhnung finanziert werden.

Es gibt durchaus medikamentöse Ansätze, die sich anhand wissenschaftlicher Studien als erfolgreich erwiesen haben. Und einer bestimmten Hochrisikogruppe von Raucherinnen und Rauchern sollte man diese Medikation auch zur Verfügung stellen und finanzieren, da kann sie sinnvoll sein. Das darf aber nicht vom Hauptziel ablenken, dass die Menschen erst gar nicht anfangen zu rauchen. Insbesondere im Kinder- und Jugendalter ist es vornehmlich wichtig, das Rauchen zu verhindern, genauso wie übrigens auch hinsichtlich Ernährung die Weichen schon im frühen Alter gestellt werden. Medikamentöse Therapie sollte erst dann genutzt werden, wenn die konventionellen Therapien für Raucherentwöhnung nicht gefruchtet haben, vor allem individuelles Verhalten mit entsprechender Unterstützung.

Welche Rolle spielen Vorsorgeuntersuchungen?

Vorsorgeuntersuchungen sind ein sehr wichtiges und wirksames Angebot, speziell zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Allerdings ist die Inanspruchnahme noch lange nicht so gut, wie man sich es wünschen würde. Der sozioökonomische Status, der vor

»Diejenigen, die schlechter gebildet und sozial schlechter gestellt sind, nehmen Vorsorge deutlich weniger in Anspruch als sozioökonomisch besser Gestellte.«

allem Bildung, finanzielle Mittel und berufliche Tätigkeit der einzelnen Person umfasst, hat großen Einfluss auf die Lebenserwartung insgesamt, auf Krankheitsrisiken und auch auf die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen. Diejenigen, die schlechter gebildet und sozial schlechter gestellt sind, nehmen Vorsorge deutlich weniger in Anspruch als sozioökonomisch besser Gestellte.

Wie lässt sich das ändern?

Prävention und Gesundheitsförderung müssen eng im sozialen Kontext gedacht und organisiert werden. Darum ist es sinnvoll, Prävention vor Ort zu leben. Dazu zählt, die Gesund-

heitsämter besser auszustatten, denn diese sind in der Regel nah dran an den lokalen Bevölkerungsgruppen und könnten einschätzen, wie man Problempersonen am besten erreicht und anspricht. Die sogenannten Settings beziehungsweise





»Ein guter Einstieg für Prävention und Gesundheitsförderung bietet sich dort, wo sich Menschen sowieso aufhalten, also Kitas, Schulen, am Arbeitsplatz, in Vereinen, Verbänden.«

Lebenswelten sind mit dem Präventionsgesetz 2015 stärker in den Fokus gerückt und bei Prävention geht es auch immer um die Frage, wo ich die Bürgerinnen und Bürger am besten abhole. Ein guter Einstieg für Prävention und Gesundheitsförderung bietet sich dort, wo sich Menschen sowieso aufhalten, also Kitas, Schulen, am Arbeitsplatz, in Vereinen, Verbänden. Eine große Rolle spielen auch Familie und Freundeskreis, Prävention hat auch immer etwas mit partnerschaftlicher Unterstützung zu tun.

Braucht es mehr Aufklärung?

Eine große Herausforderung der Primärprävention ist, dass positive Effekte erst längerfristig zu erwarten sind. Man muss die Menschen für etwas gewinnen, was keinen unmittelbaren Vorteil zeigt. Dies deutlich zu machen, ist eine besondere Herausforderung, und damit lässt sich auch politisch nicht „punkten“. Prävention geht weit über die übliche Legislaturperiode hinaus, und zahlt sich oft erst nach vielen Jahren oder sogar Dekaden aus. Daher muss Prävention fachlich unabhängig von Politik gestaltet

werden. Angedacht ist ja ein neues Institut für Prävention, was all diese Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung – angefangen bei der Initiierung von Modellprojekten über Aufklärung und wissenschaftliche Evidenz bis hin zur Teilnahme großer Bevölkerungsgruppen – vorantreiben soll. Meines Erachtens ist ein solches Institut dringend notwendig, aber nicht als weitere nachgeschaltete Bundesbehörde, wie aktuell leider vorgesehen, sondern in fachlicher Unabhängigkeit.

Was wünschen Sie sich – nach der vorgezogenen Bundestagswahl im Februar 2025 – von einer neuen Regierung?

Prävention muss konsequent in die Regierungsprogramme aufgenommen werden. Die bisherige Koalition hat endlich begonnen, Prävention in Deutschland weiterzuentwickeln, und diese Strategie sollte konsequent weitergehen. Wenn dies nicht passiert, wären große epidemiologische Wellen von Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt zu erwarten, eine Katastrophe für die Betroffenen, das Gesundheitssystem und die Bevölkerung. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



(v.l.): Aufsichtsratsvorsitzende Jessica Weiner und Geschäftsführerin Charlotte Bettina Boettcher (beide Medizinisches Zentrum Lübbenau), Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen) sowie Rebecca Zeljar, Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Startschuss für „Regionalen Gesundheitspartner“ im Landkreis Lübbenau

Am 14. Oktober 2024 wurde das Medizinische Zentrum Lübbenau als einer von bundesweit drei Standorten des innovativen Versorgungsmodells „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ eröffnet. Ins Leben gerufen wurde das Projekt 2023, um die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern und um neue Versorgungsansätze zu erproben. Durch fachübergreifende Kooperationen sowie die Delegation ärztlicher Aufgaben sollen möglichst alle ambulanten medizinischen Behandlungen unter einem Dach angeboten werden. **Die Ersatzkassen gehen die Partnerschaft ein, um die regionale Gesundheitsversorgung zu stärken und nachhaltig zu sichern** und den technologischen, demografischen und gesellschaftlichen Wandel positiv zu gestalten. In der Auftaktveranstaltung betonte Brandenburgs ehemalige Ministerin für Gesundheit, Ursula Nonnemacher,

dass „wir dringend innovative Ansätze [brauchen], um eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung sicherzustellen“. Das Projekt sei ein wichtiger Schritt in die Zukunft und der Vorstoß der Ersatzkassen begrüßenswert. **Das neue Versorgungsangebot umfasst neben der interdisziplinären Zusammenarbeit vor allem den Einsatz von Telemedizin und – um die Fäden der mitunter komplexen Behandlungen zusammenzuhalten – ein Care & Case Management.** Rebecca Zeljar, Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, sieht insbesondere in der Übertragung ärztlicher Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal „große Chancen für die Zukunft der medizinischen Versorgung“. Eine der zentralen Herausforderungen bestehe darin, trotz des zunehmenden Fachkräftemangels eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. *ug*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

„Hilfsbedürftige zügig in richtige Behandlung am richtigen Ort steuern“

Notfallversorgung in Not – so ist die Lage bundesweit, auch in Hamburg. Vielen ist unklar, wo ihnen bei akuten Beschwerden am besten geholfen wird. Die Folge: **überfüllte Notaufnahmen, nicht bedarfsnotwendige Rettungswageneinsätze und Personal, das am Limit arbeitet. Was lässt sich dagegen tun?** Dies diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Praxis beim 12. Hamburger Gesundheitstreff des vdek zum Thema „Notfallversorgung neu denken – Sektorengrenzen endlich überwinden“. Tim Angerer, Staatsrat der Sozialbehörde, zeigte in seinem Grußwort auf, wie aus seiner Sicht sinnvolle Notfallstrukturen aussehen und wie bedeutsam es ist, die Gesundheitskompetenz zu verbessern. vdek-Landeschefin Kathrin Herbst sagte, gerade in einer Stadt wie Hamburg

mit ihrer hohen Arzt- und Klinikdichte müsse es gelingen, Hilfsbedürftige zügig und deutlich effizienter als bisher in die richtige Behandlung am richtigen Ort zu steuern: „Wir brauchen eine echte Reform der Notfallversorgung, die den Rettungsdienst miteinbezieht.“ **Professor Thomas Krafft (Foto) von der Universität Maastricht betonte in seinem Vortrag, dass es entscheidend sei, einen einzigen, zentralen Kontaktpunkt für die Lenkung der Patienten zu schaffen.** Anschließend debattierten auf dem Podium die Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, Dr. Claudia Brase, die stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, Caroline Roos, und die Abteilungsleiterin für Öffentliche Sicherheit in der Innenbehörde, Kathrin Schuol, über Wege zur besseren Vernetzung. *sk*



VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Krankenhausreform: „Weiter so“ in der stationären Versorgung ist keine Option

Das Ringen um die Krankenhausreform machte in den letzten Monaten immer wieder Schlagzeilen – vor allem bundesweit. **Andererseits gibt es auch vor Ort jede Menge Gesprächsbedarf, mit den Trägern ebenso wie mit Kommunalpolitikerinnen und -politikern, die sich für „ihr“ Krankenhaus einsetzen.** Das spielt gerade in einem Flächenland wie Niedersachsen eine große Rolle. Der dortige Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi ging deshalb auf große Veranstaltungstour durch alle acht so genannten Versorgungsregionen, die das Niedersächsische Krankenhausgesetz (NKHG) vorsieht. Unter dem Titel „Versorgungsregionen im Dialog“ war auch die vdek-Landesvertretung Niedersachsen stets mit von der Partie:

Leiter Hanno Kummer und Krankenhaus-Referatsleiterin Dorothea Jahns betonten auf dem Podium an der Seite des Ministers, dass Leistungskonzentration und -abstimmungen zwischen den Krankenhäusern unumgänglich seien. Andernfalls reiche das Personal wegen des Fachkräftemangels nicht aus, um eine gute Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten – ein Appell, den das Fachpublikum vor Ort aufmerksam wahrnahm und in Diskussionen thematisierte. Auch die regionale Presse griff diese Argumentation auf. Unbeschadet der unterschiedlichen Perspektiven herrschte auf den Veranstaltungen in einem Punkt Einigkeit: „Weiter so“ in der stationären Versorgung ist keine Option. *siko*



X @vdek_HB Die #Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stand im Fokus der 5. #Präventionskonferenz im Land #Bremen: Was kann getan werden, um Psyche, Medienkompetenz und Bewegungsförderung voranzubringen? Bericht zur Konferenz jetzt online!

X @vdek_SAC #Selbsthilfe = wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung! Die Gesetzlichen #Krankenkassen in #Sachsen fördern mit rund 2,9 Mio. Euro die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Freistaat – in Gruppen, Landesorganisationen sowie Kontaktstellen.

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

„Stark im Verein“: Projekt fördert Inklusion, Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe durch Sport

Menschen mit Beeinträchtigungen haben in Deutschland immer noch nicht die gleichen gesundheitlichen Chancen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. Der Zugang zu Vereinen und damit zu Sportangeboten besteht zwar grundsätzlich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen, allerdings können sie in vielen Fällen ohne Unterstützung ihre Lebenswelt nicht verlassen, was den Zugang erschwert. Dies kann zu einem ungesunden Lebensstil führen, der sich in Bewegungsmangel, erhöhtem Stress und schlechter Ernährung äußert. Dabei spielt der Sport im Verein eine entscheidende Rolle bei der Förderung von Gesundheit und Inklusion. Indem Sportvereine niedrigschwellig barrierefreie und inklusive gesundheitsfördernde Angebote bereitstellen, können sie maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und damit gleichzeitig

zu mehr gesellschaftlicher Teilhabe beitragen. Hier setzt das neue Präventionsprojekt „Stark im Verein“ an: Sportvereine werden zum einen dabei unterstützt, inklusive und barrierefreie Angebote ins Leben zu rufen oder auszubauen. Gleichzeitig können sich die Projektteilnehmenden zu „Teilhabe-Manager:innen“ ausbilden lassen und als Multiplikator:innen daran mitarbeiten, die Angebote an inklusivem Sport über wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote zur Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Durch die erhöhte soziale Teilhabe und die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes lernen Menschen mit Beeinträchtigungen, ihr motorisches, soziales und auch kognitives Potenzial besser auszuschöpfen. So hat direkt nach dem Projektstart eine Gruppe von sechs Athletinnen, die schon in verschiedenen Sportvereinen

in Frankfurt trainieren, am Frankfurt Marathon teilgenommen. Die Ersatzkassen und der vdek in Hessen engagieren sich im Rahmen des Präventionsgesetzes verstärkt für Präventionsmaßnahmen und -aktivitäten. Hierdurch soll Gesundheit als Leitbild in der individuellen Lebenswelt etabliert werden, um sowohl die Rahmenbedingungen als auch das Verhalten positiv und nachhaltig zu beeinflussen. Prävention im sogenannten Setting-

Ansatz ermittelt zusammen mit Betroffenen im jeweiligen Alltag konkrete Verbesserungspotenziale und unterstützt nötige und sinnvolle Veränderungen. Daher fördern die Ersatzkassen „Stark im Verein“ über einen Zeitraum von drei Jahren. Bei der Planung und Entwicklung der Angebote und deren Umsetzung werden teilnehmende Sportvereine durch die Special Olympics Deutschland in Hessen e.V. fachlich und inhaltlich unterstützt. Weitere



Das Projekt „Stark im Verein“ wurde im Rahmen des 31. Inklusiven Spiel- und Sportfests des Sport- und Freizeitzentrums Kalbach in Frankfurt vorgestellt.

Projektpartner sind die Stadt Frankfurt und die Stiftung Polytechnische Gesellschaft Frankfurt am Main. Das Projekt wurde am 3. November 2024 im Rahmen des 31. Inklusiven Spiel- und Sportfests im Sport- und Freizeitzentrum Kalbach im Beisein unter anderem der Frankfurter Gesundheitsdezernentin Elke Voitl und Dany Kupczik, Geschäftsführerin von Special Olympics Deutschland in Hessen e.V., vorgestellt. Claudia Ackermann, Leiterin der Landesvertretung Hessen, freut sich über den gelungenen Projektauftritt: „Für Menschen mit Beeinträchtigung schafft der Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Rahmen des Vereinssports mehr gesundheitliche Chancengleichheit für alle. ‚Stark im Verein‘ ist ein Modellprojekt, das hoffentlich bundesweit Schule macht.“ *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG RHEINLAND-PFALZ

Geprüfte Qualität in der geriatrischen Rehabilitation

Avor 20 Jahren wurde in Rheinland-Pfalz etwas bis heute Einmaliges eingeführt: das Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation. Damals setzten sich die geriatrischen Einrichtungen, die Krankenkassen und der Medizinische Dienst (MD, damals noch MDK) zusammen, um **Maßnahmen zu vereinbaren, die die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Transparenz geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen erhöhen sowie die Patientensicherheit verbessern sollten**. Herausgekommen ist ein ganzer Maßnahmenkatalog, dessen Einhaltung regelmäßig in den teilnehmenden Einrichtungen abgeprüft wird. Um diese zusätzlichen Aktivitäten auch nach außen zu dokumentieren, führten die beteiligten Partner im Juli 2004 das Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation ein. Mit Erfolg:



Durch die selbst auferlegten Qualitätsstandards werden Patient:innen in Rheinland-Pfalz nach einer geriatrischen Rehabilitation tendenziell später pflegebedürftig und profitieren nachweislich von

der rehabilitativen Versorgung. Grund genug für alle Partner, das 20-jährige Jubiläum des Qualitätssiegels Geriatrische Rehabilitation gebührend in einer gemeinsamen Feierstunde beim MD Rheinland-Pfalz unter Moderation der vdek-Landesvertretung mit Beteiligung der Leistungserbringer, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der rheinland-pfälzischen Landespolitik zu feiern. Alle waren sich am Ende einig: Gerade

aufgrund des wachsenden Bedarfs einer älter werdenden Bevölkerung nach geriatrischer Versorgung muss diese einmalige Zusammenarbeit weiter fortgeführt werden. *tb*

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN SAARLAND UND RHEINLAND-PFALZ

Was bringt die Krankenhausreform wirklich?

Mehr Qualität, Transparenz und weniger Bürokratie – dies sind die selbstgesteckten Ziele der Bundesregierung zur Krankenhausreform. Aber werden die Ziele erreicht? Eines ist sicher: Die Reform kommt. Daher diskutierten am 19. September 2024 über 100 Gäste aus dem Gesundheitswesen beim Ersatzkassenforum der Landesvertretungen Saarland und Rheinland-Pfalz in Saarbrücken: „Besser oder nur teurer? Was die Krankenhausreform für die Patientenversorgung tatsächlich bringt“. Nach Grußworten aus den saarländischen und rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerien stellte Prof. Dr. Boris Augurzky (Foto) von der Institute for Health Care Business GmbH (hcb) seine von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beauftragte Analyse zur Gesundheitsversorgung vor: „Beide Bundesländer haben das Potenzial, Angebot und Nachfrage weiterhin zusammenzubringen“,



resümierte er und richtete damit gleich einen Appell an die Anwesenden im Raum. Denn klar ist: Eine zukunftsweisende Gesundheitsversorgung können alle Beteiligten nur im Schulterschluss erreichen. Unstrittig ist, dass sich etwas ändern

muss. Und auch ein zielgerichteter Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen, eine sektorenübergreifende Versorgung und die digitale Transformation finden alle erstrebenswert. Über das „Wie“ wird allerdings gestritten. Die Krankenhausreform bietet die Chance, diese und weitere Themen endlich anzugehen. **Die Vorstandsvorsitzende des vdek, Ulrike Elsner, stellte klar, dass mehr Geld allein nicht die**

Lösung sei. Die Ersatzkassen fordern eine Strukturreform, sonst wird die Krankenhausreform am Ende nur teuer, aber das Ziel „Mehr Qualität in der Versorgung“ nicht erreicht. *drs*
→ t1p.de/6t4pg

Gesundheitsförderung durch Beteiligung: „Gesund leben im Kornhasen“

Im September 2021 startete das Projekt „Gesund leben im Kornhasen“ in der stationären Pflegeeinrichtung Willy Körner Haus in Stuttgart-Wangen. Ziel war es, sowohl das Gesundheitsverhalten der Bewohnenden zu fördern als auch gesundheitsförderliche Strukturen in der Einrichtung selbst zu schaffen. Zu Beginn wurden die Bedarfe in der Einrichtung mittels Fokusgruppen unter Teilhabe der Bewohnenden erhoben. **Daraus entstanden Maßnahmen in den Handlungsfeldern Ernährung, körperliche Aktivität, psychosoziale Gesundheit und Stärkung kognitiver Ressourcen.** Im Handlungsfeld Bewegung wurde ein Bewegungsparcours mit Piktogrammen an Böden und Wänden der Einrichtung errichtet, der zu Übungen für Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Gleichgewicht animiert. **Durch im Projekt entstandene Hochbeete (Foto) können Lebensmittel**



saisonal angebaut und verzehrt werden. Außerdem animieren sie zum Austausch, auch zu den Themen Nachhaltigkeit und Klimaschutz. Entsprechend wurde das Projekt am 25. Oktober 2023 im Rahmen einer gesundheitspolitischen Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg zum Thema „Klima und Gesundheit“ vorgestellt. Dort wurde das konsequente Verfolgen des partizipativen Ansatzes als wichtige gesundheitsfördernde Maßnahme im Projekt betont. Als weitere Erfolgsfaktoren wurden die niedrighschwelligen Maßnahmen sowie die Einbindung bestehender Netzwerke identifiziert.

Diese Vernetzung stellt auch nach Projektende im August 2024 die Nachhaltigkeit in der Einrichtung sowie die Übertragung der Maßnahmen auf weitere stationäre Pflegeeinrichtungen sicher. [js → t1p.de/ygfbh](https://t1p.de/ygfbh)

Organisation der medizinischen Versorgung: Dialog mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Auf Einladung von Thomas Hackenberg, dem Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, tauschte sich der Landesausschuss der Ersatzkassen in Bayern im September 2024 mit dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Dr. Christian Pfeiffer, über die Sicherstellung und Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung in Bayern aus. Nach einem kurzen Impulsvortrag von Dr. Christian Pfeiffer zu tagesaktuellen gesundheitspolitischen Themen standen die unterschiedlichen Herausforderungen und Möglichkeiten der ambulanten medizinischen Versorgung im Mittelpunkt des Dialogs. **Besonders intensiv diskutierten die Gesprächspartner das Potenzial der Ambulantisierung sowie die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Medizinische**



Fachangestellte oder Physician Assistants. Weitere Themen des Dialogs waren die Patientensteuerung innerhalb des Gesundheitssystems sowie der telemedizinische Bereitschaftsdienst der KVB. Die Gesprächspartner sind sich einig: Vor dem Hintergrund sich verknappender Ressourcen sind sektorenverbindende und moderne Versorgungsmodelle unerlässlich. Insbesondere in einem Flächenland wie Bayern stellt die Aufrechterhaltung der Versorgung in ländlichen Gebieten eine besondere Herausforderung dar. **Das gemeinsame Ziel der Ersatzkassen in Bayern und der KVB bleibt daher die Sicherstellung einer wohnortnahen, patientenzentrierten und zukunftsorientierten ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten.** Hierfür bedarf es einer engen und verlässlichen Zusammenarbeit zwischen Politik und den Partnern im Gesundheitswesen. ^{1f}

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

„Versorgungsatlas 2030“ der KZV LSA: Nicht alle Faktoren berücksichtigt

Im März 2024 stellte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZV LSA) die 2. Auflage ihres „Versorgungsatlas 2030“ vor, der die zahnärztliche sowie kieferorthopädische Versorgung unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung prognostizieren soll. Die KZV LSA nutzt den Atlas, um auf die aus ihrer Sicht kritische Versorgungssituation hinzuweisen. **Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt merken jedoch an, dass Ressourcen aus der Nachwuchsförderung unzureichend beachtet wurden:** Dazu zählen unter anderem Stipendiaten, die nach ihrem Studium an der Universität Pécs zur Niederlassung im Land verpflichtet sind. Auch der Anteil der Arbeitszeit, den Zahnärzte für vertragszahnärztliche im Vergleich zu privaten Leistungen aufwenden, sollte genauer untersucht



werden. Auch ist der zahnmedizinische Fortschritt zu berücksichtigen, etwa die Verbesserung der Mundgesundheit durch Prophylaxe- und Parodontosebehandlungen, die langfristig den

Versorgungsbedarf beeinflussen könnten. Ebenso sollten alternative Versorgungsmodelle wie der Einsatz von Telemedizin einfließen. **Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kritisiert außerdem die Annahme, dass alle Zahnärzte mit 65 Jahren in den Ruhestand gingen.** Derzeit arbeiten 12 Prozent über dieses Alter hinaus. KZV LSA und GKV finanzieren zudem Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation über Strukturfonds

gemäß § 105 Abs. 1a SGB V. Der Versorgungsatlas sollte daher auch nicht als Beschlussinstrument für den Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen verwendet werden. *els*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Sächsische Gesundheitsakteure formulieren Impulse für neue Landesregierung

Die Institutionen der sächsischen Gesundheitslandschaft haben als sogenannte „Zielbildakteure“ Impulse für die gesundheitspolitische Agenda nach der Landtagswahl 2024 in Sachsen formuliert. In der Landespressekonferenz präsentierten Silke Heinke (Leiterin der vdek-Landesvertretung), Erik Bodendieck (Präsident der Sächsischen Landesärztekammer), Friedrich München (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen) sowie Rainer Striebel (Vorstandsvorsitzender der AOK Plus) die Impulse stellvertretend für alle Zielbildpartner. Dabei wurden folgende Handlungsfelder identifiziert: **eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Versorgung, eine leistungsstarke Krankenhauslandschaft, die Sicherstellung der Pflege und Begrenzung der Eigenbeteiligung sowie die Stärkung**



des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitskompetenzen und des Präventionsgedankens. Heinke bringt die gesund-

heitspolitischen Impulse auf den Punkt: „Die demografische Entwicklung im Freistaat – allen voran der aktuelle wie kommende Fachkräftebedarf – stellt derzeit wichtige Weichen für die künftige Versorgungslandschaft. **Hohe Qualität, effiziente Strukturen und eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung** – dies alles kann in der nächsten Legislatur nur gelingen, wenn der ambulante wie der stationäre

Bereich und die Pflege sektorenverbindend miteinander interagieren.“ Dabei gelte es, alle Potenziale zu nutzen, die beispielsweise Delegation und Digitalisierung mit sich bringen. *cb*

→ t1p.de/r303w



EINWURF

Nach dem Ampel-Aus: Reformbedarf im Gesundheitswesen und in der Pflege weiter hoch

Text von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

Die Ampelregierung wird ihrer Nachfolge-Regierung einige offene Baustellen hinterlassen. Die Hauptaufgabe ist es, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) endlich auf stabile Beine zu stellen. Nach fünf Jahren in Folge steigen die Zusatzbeitragssätze in der GKV in 2025 erneut deutlich an. Um das Defizit auszugleichen und die Mindestreserven aufzufüllen, wird der Zusatzbeitragssatz um mindestens einen Prozentpunkt im Durchschnitt steigen. Und auch in der SPV wurden in letzter Minute noch per Rechtsverordnung die Beitragssätze um 0,2 Prozentpunkte erhöht, um die Liquidität für die nächsten Monate sicherzustellen.

Wird der Anstieg der Ausgaben nicht abgebremst, wird auch in 2026 eine weitere Beitragssatzerhöhungswelle auf die Versicherten und Arbeitgeber zurollen. Vorschläge zur Stabilisierung der Finanzen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite liegen seit Langem auf dem Tisch und warten auf ihre Umsetzung. In der GKV gehört hierzu essenziell die Rückkehr zu einer stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik.

Die neue Bundesregierung sollte sich also dringend von der Philosophie „Mehr ist Mehr“ verabschieden. Den Prognosen des Schätzerkreises zufolge geben wir im kommenden Jahr 340 Milliarden Euro für die Versorgung aus, vor zehn Jahren waren es 200 Milliarden Euro. Es steht damit genug Geld für die

Versorgung zur Verfügung. Was wir brauchen, ist eine bessere und effizientere Steuerung der Behandlung der Versicherten. Dazu gehören zeitnahe Arzttermine ebenso wie die Behandlung in der richtigen Versorgungsebene. Dies gelingt nur, wenn ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer – unterstützt durch die digitalen Technologien – besser zusammenarbeiten. Beispiele hierfür sind gemeinsame ambulante und stationäre Tressen an Krankenhäusern oder die Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) der Ersatzkassen. In drei ländlichen Regionen Deutschlands erproben wir hier neue Konzepte zur Delegation ärztlicher Leistungen und bieten unseren Versicherten mehr Koordinierung und Beratung.

Auch sollte sich der Staat von der Vorstellung verabschieden, die Versorgung konkret gestalten zu können. Das können die Selbstverwaltung und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) besser. Sie sind das Rückgrat der Versorgungsgestaltung. Die Politik sollte dies durch ihre Gesetzgebung unterstützen. Zudem sollte sie den Krankenkassen Instrumente in die Hand geben, die Versorgung beispielsweise durch Ausschreibungen bei Hilfsmitteln oder durch faire und transparente Preissetzungen bei Arzneimitteln patientengerecht und effizient zu steuern. Wir werden mit konstruktiven Vorschlägen bei der neuen Bundesregierung dafür werben, die Weichen für eine moderne und bezahlbare Gesundheitsversorgung zu stellen. ■





Pflege zukunftsfest gestalten

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) ist ein Meilenstein der bundesdeutschen Sozialpolitik. Pflegebedingter Verarmung entgegenzuwirken und Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anzuerkennen, waren wichtige Schritte.

30 Jahre Pflegeversicherung – das ist eine Erfolgsgeschichte, aber zugleich, wie Prof. Dr. Thomas Klie in seinem Beitrag schreibt, gesetzgeberisch eine Dauerbaustelle.

Eine große Herausforderung ist der demografische Wandel – und insbesondere bei der häuslichen Pflege braucht es innovative Versorgungskonzepte.



Erfolgsmodell benötigt politische Perspektive

Text von **Oliver Blatt** und **Antje Kapinsky**

Die **Soziale Pflegeversicherung (SPV)** steht vor großen Herausforderungen. In einer älter werdenden Gesellschaft ist sie wichtiger denn je und mit ihrem solidarischen Ansatz der „soziale Kitt“ unserer Gesellschaft. Die Politik ist mehr denn je gefragt, diesen wichtigen Sozialversicherungszweig zukunftsfest aufzustellen und eine solide Finanzbasis zu schaffen.

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) gehört neben der Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung zum Wesenskern der sozialen Absicherung in Deutschland. Solidarität und Eigenverantwortung prägen ihre Grundsätze und rund 90 Prozent der Bevölkerung beteiligen sich über den gesetzlich festgelegten Beitragssatz an der Finanzierung der pflegerischen Versorgung von aktuell etwa 5,2 Millionen Pflegebedürftigen. Sie hat wesentlich dazu beigetragen, dass die Betroffenen aus der Abhängigkeit der Sozialhilfe herausgenommen werden konnten, und hat damit auch die Sozialhilfe finanziell enorm entlastet. Nicht zuletzt trug sie dazu bei, ein bundesweites Versorgungsnetz von derzeit rund 16.100 Pflegeheimen und 15.400 ambulanten Diensten aufzubauen und finanziell und strukturell zu sichern.

Die aktuellen Herausforderungen dieses Sozialversicherungszweigs sind vielschichtig, allen voran steht die prekäre Finanzsituation. Zum Ende des Jahres 2024 wird der SPV ein Defizit von mindestens 1,5 Milliarden Euro prognostiziert, nächstes Jahr werden es vermutlich rund 3,5 Milliarden Euro sein. Damit wird der Mittelbestand Anfang 2025 deutlich unterhalb einer Monatsausgabe liegen und die Zahlungsfähigkeit des Ausgleichsfonds kann nur mühsam aufrechterhalten werden. Da bisher von der Politik leider viel zu lange nicht strukturell gegengesteuert wurde, bleibt nun eigentlich nur der kurzfristige Ausweg über Beitragssatzerhöhungen.

Diese sich zuspitzende Finanzlage kommt keineswegs überraschend. Der stetige und demografiebedingte Anstieg der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher, starke Leistungsausweitungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs, die einmalig hohe Zuführung in den Pflegevorsorgefonds und der seit 2024 ausgesetzte Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro sind nicht erst seit gestern bekannt. Und dennoch kommt die Politik hier nicht wirklich ins Handeln. Eine der bisher wenigen erkennbaren politischen Reaktionen war ein vom Bundeskabinett am 3. Juli 2024 beschlossener interministerieller Bericht zur zukünftigen Finanzierung der Pflege. Dieser beschreibt unterschiedliche Finanzierungsoptionen für die Pflegeversicherung und sollte als Kompass für politische Entscheidungen dienen. Allein passiert ist auf dieser Basis bis dato nichts. Oder sagen wir recht

wenig, denn nachdem Anfang November zunächst ein Änderungsantrag zum Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit das Licht der Welt erblickte, in dem einerseits der Beitragssatz um 0,15 Prozentpunkte angehoben werden sollte (+2,6 Milliarden Euro) und zudem nicht verbrauchte Bundesmittel für die Energiehilfefzahlungen (etwa 1,5 Milliarden Euro) an Pflegeeinrichtungen im Ausgleichsfonds verbleiben sollten, zwang dann der Bruch der Ampel-Regierung den Minister dazu, allein auf das Instrument der Beitragssatzerhöhung (+0,2 Prozent) mittels Regierungsverordnung zu setzen. Das ist letztlich alles andere als eine strukturell angelegte Finanzlösung für die Zukunft, es verschafft der SPV aber eine kurze finanzielle Verschnaufpause für das Jahr 2025. Damit wird das eigentliche Problem mal wieder in die nächste Legislatur verschoben.

Wer pflegt uns morgen?

Auf der Versorgungsseite sind die Herausforderungen nicht eben trivial, denn der stetig zunehmende Fachkräftemangel macht auch nicht vor dem Pflege-sektor halt. Die Frage, wer uns in Zukunft noch pflegt, wird damit immer bedeutsamer. Ohne das Engagement der Mitarbeitenden in den Pflegeberufen sowie insbesondere der pflegenden An- und Zugehörigen wird die SPV in Zukunft ihre Aufgaben nicht mehr umfassend erfüllen können. Verschärft wird der Trend durch die demografisch bedingt stark wachsende Anzahl der Pflegebedürftigen. Allein durch die Alterung könnte die Zahl der Pflegebedürftigen nach Berechnungen des Statistischen Bundesamts von 5,6 Millionen Ende 2023 bis zum Jahr 2030 auf etwa 6,1 Millionen und damit um über zehn Prozent steigen. Bis zum Jahr 2050 werden sogar 7,5 Millionen Pflegebedürftige erwartet.

Daher ist es begrüßenswert, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Entwurf eines Pflegekompetenzgesetzes die Stärkung der Pflegekompetenz der Pflegefachpersonen in den Fokus genommen hat (→ [Mehr dazu auf Seite 41](#)). Der Ansatz, dass diese zukünftig unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation neben Ärztinnen und Ärzten selbstständig erweiterte heilkundliche Leistungen in der Versorgung übernehmen können, ist genau richtig. Der Beruf wird attraktiver und die Fachkräfte effektiver genutzt. Ein Schritt in die richtige Richtung. Aber auch hier ist aufgrund des Koalitionsbruchs unsicher, wie es damit weitergeht.



Oliver Blatt ist Vertreter des Vorstands und Abteilungsleiter Gesundheit beim vdek



Antje Kapinsky ist Abteilungsleiterin Politik/Selbstverwaltung beim vdek



Daneben wird es darauf ankommen, die pflegenden Angehörigen stärker zu unterstützen und zu befähigen.

Fünf von sechs Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt und davon deutlich mehr als die Hälfte ohne Unterstützung durch professionelle Pflege. Gerade unter diesem Blickwinkel spielen Themen wie Stärkung der Pflegekompetenz sowie Einbindung in nachbarschaftliche und ehrenamtliche und kommunale Netzwerke eine wichtige Rolle. Zudem müssen die Leistungen möglichst unkompliziert und niedrigschwellig und ohne viel Bürokratie abrufbar sein. Dies vor allem auch deshalb, weil die zahlreichen Pflegeaufgaben, die von den An- und Zugehörigen übernommen werden müssen, ohnehin mit hohen körperlichen und mentalen Belastungen einhergehen. Das Leistungsrecht des SGB XI darf daher keinesfalls an Komplexität zulegen, Leistungen und Zugänge müssen vereinfacht werden.

Keine Angst vor digital

Die Digitalisierung nimmt in der Pflege einen immer höheren Stellenwert ein und sollte auch hier als Chance, Entlastung und notwendige Unterstützung begriffen werden. Mit Blick auf die knappen Personalressourcen liegen die größten Potenziale in der Entlastung von administrativen und bürokratischen Aufgaben. Hierzu zählt auch der Einsatz der elektronischen Patientenakte (ePa), der eine zentrale und leicht zugängliche Sammlung aller relevanten Patientendaten gewährt und die Effizienz und die Qualität der Versorgung gleichermaßen steigert (Verweis auf Seite 16). In diesem Sinne müssen auch die Möglichkeiten der Telepflege im Zusammenhang mit der anlassbezogenen Beratung von Pflegebedürftigen weiter ausgeschöpft werden. Insgesamt gilt es, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen stärker in den Blick zu nehmen. Denn sowohl individuell als auch gesellschaftlich besteht ein hohes Interesse daran, gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit bei alten oder pflegebedürftigen Menschen frühzeitig und passgenau anzubieten.

Des Weiteren sind Pflege und Gesundheit auf viele Arten sehr eng mit den klimatischen Umweltbedingungen verbunden. Auf der einen Seite sind die Folgen des Klimawandels eine zunehmende Herausforderung für Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige. Hier gewinnt der Hitzeschutz

eine immer wichtigere Bedeutung und stellt vor allem Menschen, die zu Hause pflegen und gepflegt werden, vor besondere Herausforderungen. Auf der anderen Seite muss sich auch der Pflegesektor durch nachhaltiges Handeln und einen ressourcenschonenden Einsatz seiner Verantwortung für unser Klima stellen. Digitale Lösungen sind auch hier gefragt, um Strom zu sparen oder Transportwege zu optimieren.

Blick nach vorne

Die aktuellen Herausforderungen in der SPV sind facettenreich. Finanzseitig ist unverzügliches politisches Handeln gefragt, aber auch im Hinblick auf die zahlreichen Versorgungsfragen müssen die Weichen gesetzgeberisch auf Zukunft gestellt werden. Gerade die Finanzprobleme sind hinlänglich bekannt und überschatten die inhaltlichen Debatten. Mit dem Bericht zur zukünftigen Finanzierung liegt seit Monaten ein umfassender Baukasten neutral beschriebener Handlungsoptionen auf den Tischen in Berlin. Die Politik ist nun gefragt, langfristig tragfähige Lösungen zu finden. Dabei ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass die SPV finanziell von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben entlastet werden muss. Diese sind mit Bundes- und Landesmitteln und nicht über Beitragsmittel zu finanzieren. Dazu zählt die soziale Absicherung von pflegenden An- und Zugehörigen ebenso wie die Finanzierung von Ausbildungs- und Investitionskosten.

Der Solidaritätsgedanke im System der SPV sollte nicht weiter ausgehöhlt werden. Daher sollte man endlich den Mut haben, den Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung politisch anzugehen. Die derzeitige Bevorzugung einkommensstarker Bevölkerungsgruppen in der privaten Pflegeversicherung ist doch nicht wirklich erklärbar und am Ende unsolidarisch.

Die Ersatzkassen stellen sich den drängenden Fragen zur Zukunft der Sozialen Pflegeversicherung ebenfalls und bereiten ein entsprechendes Positionspapier mit dem Titel „Gute Pflege – stabile Finanzen: Pflegeversicherung zukunftsfest ausgestalten“ vor, das in ihrem höchsten Gremium der Selbstverwaltung verabschiedet werden soll. Nun ist es an der Politik, eine solide und nach vorn gerichtete Grundlage für unsere Soziale Pflegeversicherung zu schaffen. ■

Zu komplex und bürokratisch

Das geplante **Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz** zielt darauf ab, Pflegefachkräften mehr Kompetenzen zuzugestehen und niedrigschwellige Betreuungsangebote stärker zu fördern.

Der Ansatz ist richtig, jedoch müssen entsprechend vorgesehene Maßnahmen überarbeitet werden. Zudem werden die finanziellen Probleme der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nicht gelöst.

Der vdek unterstützt ausdrücklich, dass Pflegefachpersonen künftig entsprechend ihrer Qualifikation erweiterte heilkundliche Leistungen wie das Management chronischer Erkrankungen oder die Verordnung von (Pflege-)Hilfsmitteln in der Versorgung übernehmen sollen. Die Finanzierung der auf die Pflegefachpersonen übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten über die Häusliche Krankenpflege (HKP) und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird jedoch zu Verwerfungen zwischen dem vertragsärztlichen und dem pflegerischen Bereich führen. Es handelt sich um einen neuen Versorgungsbereich, der einer eigenständigen Rechtsgrundlage inklusive einheitlicher Vergütung bedarf.

Dass sich der Blick des Gesetzgebers mit den vorgesehenen gemeinschaftlichen Wohnformen (GeWo) auch auf neue Wohnformen richtet, ist zu begrüßen. Diese unterscheiden sich von den bereits vorhandenen Pflege-Wohngemeinschaften, indem die Leistungsansprüche der GeWo-Bewohnenden angepasst, Verträge zwischen Kranken- und Pflegekassen und den versorgenden Pflegediensten über

Die Berechnungen zur Entlastung der SPV sind nicht nachvollziehbar.

die GeWo-Leistungen geschlossen sowie eine Qualitätssicherung eingeführt werden. Allerdings ist die Ausgestaltung viel zu bürokratisch. Der vdek fordert eine niedrigschwelligere Umsetzung über die ambulanten Landesrahmenverträge.

Gut ist, den Zugang zu Präventionsleistungen für pflegebedürftige Menschen in der häuslichen Versorgung stärken zu wollen, um damit den Verlauf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder aufzuschieben. Jedoch ist es nicht nachvollziehbar, dass die Finanzierung dieser Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbracht werden soll. Der Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionsleistungen sollte konsequenterweise über die SPV geregelt und finanziert werden.

Insgesamt soll die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen mittelfristig zu einer jährlichen Entlastung der SPV in Höhe von 154 Millionen Euro führen. Diese Berechnungen sind nicht nachzuvollziehen, auszugehen ist von geringeren Beiträgen. Inwieweit das Gesetz angesichts des Bruchs der Ampelkoalition am 6. November 2024 nun weiter seinen Lauf nimmt, bleibt abzuwarten. *pm*

30 Jahre Pflegeversicherung

Text von Prof. Dr. Thomas Klie

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1994 als **fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung** ist ein Meilenstein der bundesdeutschen Sozialpolitik gewesen. In der kurz nach der Wiedervereinigung durchaus politisch und ökonomisch komplizierten Situation zeigte die seinerzeitige konservativ-liberale Koalition unter Helmut Kohl sozialpolitisches Profil. Es war nicht zuletzt die Einführung der Pflegeversicherung, die zur Wiederwahl von Helmut Kohl geführt hat. Heute ordnet die Bevölkerung der Pflege höchste Priorität zu, das zeigen aktuelle Umfragen: Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ist demokratierelevant.

Die Pflegeversicherung ist angetreten, um pflegebedingter Verarmung entgegenzutreten. Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen sollte nicht auf Sozialhilfe verwiesen werden. Gemäß dem sozialpolitischen Credo vom Norbert Blüm heißt es in der Begründung zum Pflegeversicherungsgesetz: „Wer sein Leben lang gearbeitet hat und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.“ Es waren auch die Kommunen, die seinerzeit durch die Sozialhilfeausgaben für die Hilfe zur Pflege belastet waren, die eine Pflegeversicherung und damit ihre finanzielle Entlastung befördert hatten. Der gewünschte Effekt trat ein: Die Zahl der sozialhilfeberechtigten (Heim-) Bewohnerinnen und (Heim-) Bewohner konnte – vorübergehend – reduziert werden.

Pflegebedürftigkeit wurde überdies als allgemeines Lebensrisiko anerkannt. Das aus der Sozialhilfe bekannte Pflegegeld wird einkommensunabhängig gewährt. Es soll die häusliche Pflegebereitschaft stabilisieren, mit privaten Pflegeaufgaben

verbundene Aufwände in Teilen auffangen und die Sorgearbeit von An- und Zugehörigen, aber auch anderen Helferinnen und Helfern würdigen. Das Pflegegeld ist anders als prognostiziert immer noch die dominante Leistungsart. Einkommensschwache Haushalte nutzen es vornehmlich zur Sicherung des Lebensunterhaltes, Mittelschichtsfamilien für die Anerkennung von pflegenden An- und Zugehörigen oder für den Einkauf von Hilfen, insbesondere von osteuropäischen Haushaltshilfen (geschätzt 850.000 Live-in-Kräfte). Die flexible Nutzungsmöglichkeit macht seine Attraktivität aus und wird von der Bevölkerung für unverzichtbar gehalten. Angesichts der haushaltsökonomischen Kalküle übt das Pflegegeld auch eine nachfragesteuernde Wirkung auf die Inanspruchnahme formeller Dienste aus. Das Kalkül der Pflegeversicherung, die informelle Pflege, zumeist durch Frauen erbracht, zu stabilisieren, ist aufgegangen.

Die Pflegeversicherung folgt ordnungspolitisch – in neoliberaler Logik – der Wettbewerbsneutralität: keine Bedarfsplanung, keine bedarfsabhängige



Prof. Dr. habil. Thomas Klie ist Leiter des Instituts AGP Sozialforschung Freiburg/Berlin

Zulassung von Diensten und Einrichtungen; der Markt soll es richten. Alle qualitätsgesicherten Einrichtungen und Dienste sind zuzulassen. Den Pflegebedürftigen sollte eine starke Stellung als Nachfrager mit Auswahloptionen zugeordnet werden. Aus Pflegebedürftigen wurden Kunden, es entstand eine Branche mit einer nicht unbeträchtlichen Investitionskraft und beträchtlichem Bestand an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Der Staat sparte (zunächst) viel Geld, da er nicht mehr für die Investitionsförderung zuständig war. Diese Aufgabe war den Ländern zugeordnet, die aber zum Teil nachvollziehbar auf Investitionsförderungen verzichteten, da sie (die Höhe der Heimentgelte ausgenommen) keinen steuernden Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung ausüben konnten. Das Marktmodell hat die Zahl der Einrichtungen und Dienste der Pflege deutlich erhöht. Über fein ziselierte Instrumente der Qualitätssicherung wurde einem Wettbewerb zulasten der Qualität entgegengetreten. Der gemeinsamen Selbstverwaltung wurde die Regie über die Spielregeln des Pflegemarktes zugewiesen.

Die Pflegeversicherung war und ist gesetzgeberisch eine Dauerbaustelle. Man hat manche Desiderate erkannt, etwa beim Pflegebedürftigkeitsbegriff, der 2017 pflegewissenschaftlich fundiert und für diskriminierte Gruppen von auf Pflege angewiesenen Menschen – insbesondere Menschen mit Demenz – geöffnet wurde. Korrekturen im Leistungsrecht, Aufnahme von Wohngemeinschaften, Leistungsdynamisierungen, aber auch Anpassung der Strukturen der Beratung – Pflegeberatung und Pflegestützpunkte – gehörten zu den kleinteiligen Reformschritten. Im „Maschinenraum“ des SGB XI wurde ständig gewerkelt, das zeigt allein die Anzahl der Änderungsgesetze zum SGB XI in den letzten 30 Jahren (insgesamt mehr als 90 Änderungen). Eine schon seit Langem geforderte grundlegende Reform, die auf sektorenfreie Versorgungskonzepte ausgerichtet ist und die kommunale Handlungsebene stärker betont, lässt auf sich warten. Das gilt auch für ein zukunftsfestes Finanzierungskonzept. Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist ein Dauerproblem, zuletzt beschäftigte sich eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe der Bundesregierung mit unterschiedlichen Stellschrauben, aber für Lösungen braucht es politische Mehrheiten. Und wenn nicht endlich die verfassungswidrig entnommenen und noch nicht rückerstatteten Corona-Aufwendungen an den Ausgleichsfonds

der Pflegekassen aus dem Bundeshaushalt zurückgezahlt werden, ist eine Beitragssatzanhebung zu erwarten. Auch das Thema Vermeidung pflegebedingter Armut ist nach 30 Jahren wieder aktuell. Die Sozialhilfequote steigt im Heimbereich auch nach der Begrenzung des Eigenanteils deutlich. Gerade in den ostdeutschen Bundesländern ist Pflegearmut politikrelevant. Es bedarf Lösungen, die nicht allein auf den stationären Bereich konzentriert werden dürfen, sondern das Gesamtsystem in den Blick nehmen. Das Zielbild lautet: sektorenfreie Pflege.

Womit man schon zur Einführung der Pflegeversicherung hätte rechnen müssen, sind Demografieeffekte. Die Babyboomer gehen in Rente. In den nächsten 10 Jahren scheiden überproportional viele beruflich Pflegenden aus dem Beruf aus. Sie zu ersetzen, wird auch bei dem hohen Anteil von Zugewanderten unter den Pflegeauszubildenden und transnationalen Pflegekräften nicht möglich sein. Wir werden mit weniger Pflegefachpersonen mehr Pflegebedürftige zu versorgen haben. Ab den 2030er Jahren wird die Demografie auch die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigen lassen. Dies verlangt nach einem kompetenzorientierten Einsatz von Pflegefachkräften – das Pflegekompetenzgesetz geht hier richtige und wichtige Schritte (→ **Mehr dazu auf Seite 41**). Aber auch neue Formen informeller Sorge und Pflege sind gefragt.

Schon jetzt zeigen sich deutliche Infrastrukturdefizite in der Langzeitpflege. Da hilft der mit der Pflegeversicherung eingeführte Markt (allein) nicht mehr. Auf die Effizienz des Gesamtsystems kommt es an. Auf Planungsinstrumente wird man nicht umhinkommen und es müssen unter Einbeziehung der gesundheitlichen Versorgung – Stichwort: Krankenhausreform – regionale Antworten auf die Versorgung und Sorge von und auf Pflege angewiesener Menschen erarbeitet werden, möglichst mit der Bevölkerung vor Ort. Gefragt ist nach 30 Jahren Pflegeversicherung nicht weniger als ein Restart der sozialen, aber auch kulturellen Sicherung von Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. Bleibt zu hoffen, dass das Thema wie vor 30 Jahren zu einem potenziell wahlentscheidenden avanciert. ■

Die Pflegeversicherung war und ist gesetzgeberisch eine Dauerbaustelle.

In seinem 2024 erschienenen Buch „Pflegenotstand? Eine Streitschrift“ identifiziert und analysiert Prof. Dr. habil. Thomas Klie die Dilemmata der Pflegeindustrie. Darin plädiert er für ein gemeinsames Engagement aller.
→ t1p.de/68vds

Qualität in der Pflege

Text von **Stefan Wilderotter**

Zu den Zielen der **Sozialen Pflegeversicherung (SPV)** gehören die Sicherung, Steigerung und Transparenz von Qualität. Seit nunmehr 15 Jahren sind Prüfungen von Pflegeeinrichtungen sowie entsprechende Berichte feste Bestandteile eines Qualitätssicherungssystems, das maßgeblich zu einer bestmöglichen Versorgung beiträgt.

Zum Start der Sozialen Pflegeversicherung vor 30 Jahren (→ **Mehr dazu auf Seite 42**) waren bereits gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflege vorgesehen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), das am 1. Juli 2008 in Kraft trat, verankerte der Gesetzgeber nach vielen vorangegangenen Diskussionen die regelmäßigen Qualitätsprüfungen der Pflegedienste und Pflegeheime sowie die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse. Unter Einbindung der Pflegeselbstverwaltung und wissenschaftlicher Expertise wurde damit ein umfassendes und wissenschaftsbasiertes Qualitätssicherungssystem aufgebaut. Die sogenannten **Pflege-Transparenzvereinbarungen** für den ambulanten und stationären

Bereich gingen an den Start. Die Durchführung der Qualitätsprüfungen wurde den damaligen Medizinischen Diensten der Krankenkassen und dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung (PKV) – etwa zehn Prozent der Pflegeeinrichtungen – übertragen. Die Pflegeselbstverwaltung war mit der Ausarbeitung der **Pflege-Transparenzvereinbarungen** für die ambulanten Pflegedienste und die stationären Pflegeeinrichtungen beauftragt. Alle Pflegeeinrichtungen wurden nach einer einheitlichen Bewertungssystematik geprüft, die Qualität der Pflegeeinrichtung wurde in den Transparenzberichten (**Pflegenoten**) veröffentlicht. Die Qualitätsprüfungen starteten Mitte 2008, die ersten Transparenzberichte gab es im Herbst 2009, der sogenannte **Pflege-TÜV** mit den **Pflegenoten** lief an.

Es ist Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen im Internet zu veröffentlichen, was damals eine Herausforderung war. Durchgesetzt hat sich die von dem vdek entwickelte Idee, einen bundesweit einheitlichen digitalen Prozess zu implementieren. Dieser sieht vor, dass die Medizinischen Dienste und der PKV-Prüfdienst ihre Daten an die von den Bundesverbänden der Pflegekassen aufgebaute **DatenClearingStelle (DCS) Pflege** übermitteln. Die Pflegeeinrichtungen und die Landesverbände der Pflegekassen geben dann über die DCS Pflege die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen für die Veröffentlichung frei, so zum Beispiel im **vdek-Pflegelotsen** (→ pflegelotse.de).

Mit der Zeit etablierte sich die **DCS Pflege** als digitale Schaltstelle für weitere Verfahren, beispielsweise für die Erfassung der Tarifmeldungen.

1995

Start der Sozialen Pflegeversicherung (SPV): Verankerung der Qualitätsverantwortung im SGB XI

2008

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG): Verankerung der Qualitätsprüfungen und der Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen (**Pflege-TÜV** mit **Pflegenoten**)

2009

Start der **DatenClearingStelle (DCS) Pflege**: digitaler Freigabeprozess der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch die Pflegeeinrichtungen und die Landesverbände der Pflegekassen

2009

Start des **vdek-Pflegelotsen**: Veröffentlichung der **Pflegenoten** im Internet

Unmittelbar nach Umsetzung der beiden Pflege-transparenzvereinbarungen gab es scharfe Kritik. Bemängelt wurde die Bildung einer Gesamtnote, in die alle Kriterien aus den verschiedenen Themen-bereichen einfließen und miteinander verrechnet werden können. Somit ließen sich gravierende Pflegemängel (etwa in der Dekubitus-Versorgung) beispielsweise durch regelmäßige Erste-Hilfe-Schulungen der Mitarbeitenden ausgleichen.

Das Anfang 2016 in Kraft getretene Pflege-stärkungsgesetz II (PSG II) griff die Kritik auf. In Folge löste ein Qualitätsausschuss Pflege die bis-herige Schiedsstelle Qualitätssicherung zu Beginn des Jahres 2016 ab. Gleichzeitig erhielt dieser neue Qualitätsausschuss Pflege den Auftrag, das gesamte System der Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsdarstellungen zu überarbeiten. Zur Umset-zung des gesetzlichen Auftrags vergab er für die ver-schiedenen Bereiche wissenschaftliche Aufträge.

Für die stationäre Pflege ist die Über-arbeitung abgeschlossen. Seit Novem-ber 2019 erfolgt die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse auf einer neuen Grundlage. Die Pflegenoten wurden durch einen strukturierten Qualitätsbericht ersetzt, der 20 Qualitätsaspekte abbildet. Diese erheben die Prüfinstitution – die Medizinischen Dienste und der PKV-Prüfdienst – im Rahmen der Qualitätsprüfung in den Pflegehei-men. Neben den Ergebnissen der Qualitätsprüfung fließen sogenannte Ergebnisindikatoren und Eigen-angaben der Einrichtungen in den Qualitätsbericht mit ein. Die Ergebnisindikatoren werden von den Pflegeeinrichtungen alle sechs Monate erhoben und bilden beispielsweise die Häufigkeit von Sturzereig-nissen ab. Das neue Qualitätsprüfverfahren besteht also aus einer externen Qualitätsprüfung und der Indikatorenerhebung.

Die Erarbeitung des neuen Veröffentlichungssys-tems für die ambulante Pflege erfolgt durch den Qualitätsausschuss unter Einbeziehung externer wissenschaftlicher Expertise und soll voraussicht-lich 2025 abgeschlossen sein. Bereits mit dem Pfl-egepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) Ende 2018 wurde eine Verlängerung des Prüfrhythmus für sta-tionäre Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität auf zwei Jahre – anstatt wie sonst jährlich – ab Anfang 2021 eingeführt. Ziel ist es, dass vollstationäre Pfl-egeeinrichtungen bei guter Qualität – von der ihre Bewohnerinnen und Bewohner profitieren – entlas-tet werden. Umgesetzt werden konnte die Regelung aufgrund der Corona-Pandemie allerdings erst 2023, als die vom Medizinischen Dienst Bund erstellten Richtlinien vorlagen.

Qualitätsprüfungen und ein einrichtungsinter-nes Qualitätsmanagement sind essenzieller Bestand-teil einer guten Pflege. Sie tragen entscheidend dazu bei, dass die versorgten Pflegebedürftigen eine sichere und bestmögliche Versorgung erhalten. Mit der Ver-öffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen wird die Qualität der Pflegeeinrichtungen nach außen transparent. Eine auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhende interne und externe Qualitätssicherung in der Pflege muss weiterhin der Standard sein. Aller-dings ist es wichtig, dass Aufwand und Nutzen der Qualitätssicherung für die Pflegeeinrichtungen, die versorgten Pflegebedürftigen und die Prüfinstitutio-nen in einem vertretbaren Verhältnis zueinanderste-hen und zu keiner Überregulierung führen. Gleiches gilt auch für die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. Bezüglich der stationären Pfl-egeeinrichtungen sind derzeit die Informationen für die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer, die nicht aus der Pflegeszene kommen, kaum bis schwer verständ-lich. Hier wäre – ohne dass die Qualität in den Pfl-egeeinrichtungen leidet – weniger mehr. ■



Stefan Wilderrotter
ist Referatsleiter
Pflege in der Ab-
teilung Gesundheit
beim vdek

**Die Veröffent-
lichung der
Prüfergebnisse
macht die
Qualität der
Einrichtungen
transparent.**

2016

Qualitätsausschuss Pflege (QSA): Vergabe von Aufträgen zur Entwicklung von Instru-menten und Verfahren zur Prüfung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege

2019

Implementierung eines neuen stationären Ver-fahrens: Erhebung von Ergebnisindikatoren und externe Prüfung

2023

Prüfrhythmus für stationäre Pflegeeinrichtungen: Erweiterung auf zwei Jahre bei guter Qualität

2025

Vorgesehen: Implemen-tierung eines ambulanten Verfahrens

Wegweisende Impulse für die Zukunft der Pflege

Text von **Dr. Tanja Gloomt**

Unter dem Motto „Wie werden wir morgen gepflegt?“ haben hochrangige Expertinnen und Experten aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft auf dem **Zukunftsforum 2024 des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)** über Perspektiven der häuslichen Pflege diskutiert. Angesichts des fortschreitenden Fachkräftemangels braucht es eine Stärkung der pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräfte, mehr Prävention in der Pflege, gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sowie vernetzte Pflegekonzepte, bei denen die Kommunen eine zentrale Rolle spielen.

Gut versorgt alt zu werden und möglichst lange ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen, ist ein Wunsch, den die meisten Menschen hegen und der sich auch in Zahlen ausdrücken lässt: In Deutschland werden rund 84 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt, überwiegend von An- und Zugehörigen, unter anderem ergänzt durch ambulante Pflegedienste. Dass sich die häusliche Pflege in den vergangenen Jahrzehnten erfolgreich bewährt hat, ist in entscheidendem Maße der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu verdanken, die ihr 30-jähriges Bestehen feiert. „Die SPV ist ein Erfolgsmodell und gleichzeitig steht sie vor großen Herausforderungen“, machte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner eingangs deutlich. Es gehe darum, die Finanzierung zukunftsfest auszugestalten und die Leistungen und Hilfen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

„Pakt für Pflege“ setzt neue Maßstäbe

Darüber hinaus sind innovative Konzepte und Ideen für eine gute Versorgung im Alter gefragt, um das Problem fehlender Fachkräfte bei gleichzeitig

steigender Pflegebedürftigkeit im Zuge der alternden Babyboomer-Generation anzugehen: Welchen Hilfe-Mix wünschen sich die Menschen, wie werden Pflegekräfte, aber auch die An- und Zugehörigen gestärkt, wo kann Digitalisierung helfen – und wie steht es um Prävention? Bei diesen Fragen setzte die vdek-Fachveranstaltung wichtige Impulse, indem sie „Werkzeuge“ für eine Toolbox zum lebenswerten Älterwerden vorstellte. Zugleich richtete sie den Blick auf notwendige politische Rahmenbedingungen und die jeweiligen Verantwortlichkeiten. Wie wichtig die Rolle der Kommunen ist, zeigte Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen und frühere Gesundheitsministerin in Brandenburg) in ihrem Impulsvortrag am Beispiel des Landesförderprogramms „Pakt für Pflege“ auf: „Der Pakt für Pflege geht davon aus, dass wir durch eine Versorgung der Menschen in den Kommunen die Pflegebedürftigkeit verzögern, im Idealfall verhindern können, und dass die Pflege dort ambulant stattfindet.“ Nur wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft seien, greife die vollstationäre Pflege.



Dr. Tanja Gloomt ist Referentin in der Abteilung Kommunikation beim vdek



Der 2020 in Brandenburg gestartete „Pakt für Pflege“ besteht aus vier Säulen. Kernstück ist das Förderprogramm für Kommunen „Pflege vor Ort“. Hinzu kommen die Förderung des Ausbaus von Pflegeberatung, insbesondere des Ausbaus der Pflegestützpunkte, ein Investitionsprogramm für Kurzzeit- und Tagespflege sowie ein Maßnahmenpaket zur Ausbildung und Fachkräftesicherung. Das Besondere am Landesförderprogramm ist aus Sicht von Nonnemacher der Aufbau alltagsunterstützender Angebote und niederschwelliger Angebote, etwa in Form von Lotsinnen und Lotsen, die betagte Menschen zu Hause besuchen, sei es, um ein Wort mit ihnen zu wechseln, Probleme mit Anträgen bei Behörden zu besprechen oder bei häuslichen Hilfestellungen zu unterstützen. Die Menschen fühlten sich gesehen, jemand höre ihnen zu und auch ihre Probleme fänden Gehör, so Nonnemacher. ➔

Im Rahmen des vdek-Zukunftsforums „Gut versorgt alt werden“ wurde der vdek-Zukunftspreis 2024 verliehen.
➔ **Mehr dazu auf den Seiten 49 und 50**



Auf dem vdek-Zukunftsforum standen Herausforderungen der häuslichen Pflege im Fokus:
(v.o.n.u./v.l.n.r.): Dr. Doris Gebhard (TU München), Thomas Meißner (AVG), Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen), Kristine Lütke MdB (FDP), vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner und Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek





Gesundes Arbeiten in der häuslichen Pflege

Um die Stärkung der physischen und psychischen Gesundheit von Pflegekräften geht es im vom vdek unterstützten Projekt „EMMA“, das Dr. Doris Gebhard, Postdoc an der Technischen Universität München, auf dem Zukunftsforum vorstellte. Neben Prävention und Gesundheitsförderung spielten auch Faktoren wie soziale Netzwerke und Rückhalt im Team eine große Rolle für die Gesunderhaltung. „Von den Profis zu lernen“ sei zudem wichtig, um die Situation für die pflegenden Angehörigen zu verbessern, sagte Gebhard bei der Vorstellung eines weiteren Projekts. Entscheidend sei der Teamzusammenhalt.

„Es gibt nicht den einen perfekten Schlüssel, um Pflege gut zu organisieren“, machte die FDP-Bundestagsabgeordnete, Obfrau im Ausschuss für Gesundheit und Gerontologin, Kristine Lütke, in der Podiumsdiskussion deutlich. Die Hebel müssten an vielen Stellen angesetzt werden. So gelte es, bereits im Kindesalter für Prävention und ein gesundes Aufwachsen zu sorgen – als Grundstein für die Gesundheit der Menschen auch im späteren Erwachsenenalter. Prävention, Aufklärung über gesundheitliche Risiken und einen gesunden Lebensstil, aber auch die Vermeidung von Pflegehebedürftigkeit – all das müsse ohne erhobenen Zeigefinger vorangetrieben werden. Darüber hinaus seien Entbürokratisierung und Digitalisierung zentrale Eckpfeiler einer zukunftssicheren pflegerischen Versorgung.

Thomas Meißner, stellvertretender Vorsitzender des Anbieterverbandes qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. (AVG), berichtete aus der Praxis des Pflegealltags. Er wies unter anderem auf das Thema Einsamkeit hin und hob die Notwendigkeit hervor, den Pflegebedürftigen soziale Teilhabe zu ermöglichen. Wie Grünen-Politikerin Ursula Nonnemacher unterstrich auch Meißner die Wichtigkeit des Zuhörens, aber auch die Bedeutung der

sozialen Beziehungen in der Pflege, die Wissenschaftlerin Gebhard in ihrem Vortrag betont hatte. Würde und Wertschätzung bezeichnete Meißner als zentrale Motivationsfaktoren in den Pflegebeziehungen, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Gewinnung neuer Fachkräfte und ehrenamtlich tätiger Menschen.

Auch die Frage nach der eigenen Rolle, um eine bessere Pflege in die Versorgung zu bringen, brachte Dana Bethkenhagen, Moderatorin der Veranstaltung und Redakteurin Gesundheit & E-Health beim Tagesspiegel Background, in die Podiumsdiskussion ein. Gesundheitsförderin Dr. Doris Gebhard betonte, dass die Wissenschaft gefordert sei, zu informieren und valide Evidenz zu Prävention und Gesundheitsförderung bereitzustellen. FDP-Politikerin Kristine Lütke hob ihre Rolle als Vermittlerin der Expertise aus Wissenschaft und Praxis hervor. Ziel sei es, diese Expertise in Gesetze und praktikable Lösungen einfließen zu lassen. Ursula Nonnemacher bezeichnete den „Pakt für Pflege“ ihres Bundeslandes als sozialpolitisches Leuchtturmprojekt, das sich bewährt habe und perspektivisch auch ein Schwerpunkt der Strukturreform der Pflegeversicherung im Bund werden müsse. Einen „erlebbaeren Theorie-Praxis-Transfer“, der die Pflege stärkt und verbessert, erhoffte sich Pflegeexperte Thomas Meißner für die Zukunft. „Wir brauchen moderne, tragfähige Konzepte, damit die Menschen auch in Zukunft im Alter gut versorgt sind“, sagte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Zudem bekräftigte sie die Notwendigkeit entsprechender politischer Rahmenbedingungen, um gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern aus dem Gesundheitsbereich eine gute Gesundheitsversorgung zu gestalten. ■

Innovative Konzepte und Ideen für eine gute Versorgung im Alter wurden in der Podiumsdiskussion diskutiert (v.l.n.r.): Doris Gebhard (TU München), Moderatorin Dana Bethkenhagen (Tagesspiegel), Kristine Lütke MdB (FDP), Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen), Thomas Meißner (AVG) und vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner

Vorreiterprojekte zur Stärkung der häuslichen Pflege

Unter dem Motto „Zu Hause gut gepflegt“ haben die Ersatzkassen zukunftsweisende Projekte zur Stärkung der häuslichen Pflege mit dem **vdek-Zukunftspreis 2024** ausgezeichnet. Die drei Preisträgerprojekte zeigen eindrucksvoll, wie es gelingt, die Pflege im häuslichen Umfeld zu stärken und die Rahmenbedingungen für die pflegebedürftigen Menschen, An- und Zugehörige sowie die Pflegekräfte zu verbessern.



Der ehrenamtliche vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens (9. v.l.) und die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner (1. v.l.) gratulierten den Preisträgerinnen und Preisträgern des vdek-Zukunftspreises 2024 (v.l.): Christin Mähler, Andrea Ebert, Ulli Feder (alle drei Pflegeübungszentrum PÜZ), Prof. Dr. Horst Kunhardt (DeinHaus 4.0 Niederbayern), Dr. Florian Kiel (QuartierPflege). Die Laudationes hielten Stefan Schwartz, Patientensicherheitsbeauftragter der Bundesregierung (7. v.l.), Dr. Christiane Wessel, stellv. Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (8. v.l.) und Anke Fritz, Mitglied im vdek-Gesamtvorstand und Klinikdirektorin Celennus Klinik Carolabad (10. v.l.).

Aufgrund der demografischen Bedingungen und des Fachkräftemangels braucht es veränderte Pflegekonzepte und pflegerische Angebote, damit pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich im gewohnten Umfeld bleiben können. Dabei stellt sich eine Vielzahl von Fragen: Wie kann das Ineinandergreifen von familiärer Betreuung und Unterstützung, ergänzenden professionellen Pflegeleistungen und unterstützenden Angeboten durch bürgerschaftlich Engagierte gefördert werden? Gibt es neue Ideen und Ansätze zur zukünftigen Rolle der Pflegekräfte, welche die Attraktivität des Berufes steigern und die Arbeitsbedingungen verbessern? Wo bietet die Digitalisierung der Pflege aussichtsreiches Potenzial? Dass sich viele Akteurinnen und Akteure, Initiativen

und Fachgesellschaften bereits intensiv mit diesen Fragen beschäftigen, spiegelte sich auch in den Bewerbungen um den vdek-Zukunftspreis 2024 wider. Die Jury des vdek-Zukunftspreises wählte drei Best-Practice-Beispiele aus und vergab einen ersten Platz (dotiert mit 10.000 Euro), einen zweiten Platz (dotiert mit 6.000 Euro) sowie einen dritten Platz (dotiert mit 4.000 Euro). Der ehrenamtliche vdek-Vorsitzende und Vorsitzende der Zukunftspreis-Jury, Uwe Klemens, hob die zukunftsweisende Kraft der Preisträgerprojekte hervor: „Die Preisträgerinnen und Preisträger haben innovative Ideen und Konzepte entwickelt, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Alltag unterstützen und das Leben zu Hause erleichtern – sei es durch neue Technologien oder zeitgemäße Betreuungskonzepte.“ tag

vdek ZUKUNFTSPREIS 2024

Der **vdek-Zukunftspreis** ist seit 2010 eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Mit der Auszeichnung unterstützen die ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter der vdek-Mitgliederversammlung Projekte und Ideen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen. Das Preisgeld beträgt insgesamt 20.000 Euro. Die Entscheidung über die Preisträgerinnen und Preisträger sowie über die Verteilung des Preisgeldes hat **eine unabhängige Jury getroffen bestehend aus:**

Uwe Klemens
(Juryvorsitz),
ehrenamtlicher
Verbandsvorsitzen-
der des vdek und
Mitglied der Sozialen
Selbstverwaltung
beim vdek

**Prof. Dr. Attila
Altiner**, Ärztlicher
Direktor der
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung des Univer-
sitätsklinikums
Heidelberg

Anke Fritz, Klinik-
direktorin Celenus
Klinik Carolabad,
Versichertenvertre-
terin in der Sozialen
Selbstverwaltung
bei der KKH

**Dr. Anne Sophie
Geier**, Geschäfts-
führerin des
Spitzenverbands
Digitale Gesund-
heitsversorgung e.V.

Stefan Schwartz,
Beauftragter der
Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und
Patienten

**Dr. Christiane
Wessel**, stellv. Vor-
standsvorsitzende
der Kassenärztli-
chen Vereinigung
Berlin

Christian Zahn,
Ehrenpräsident
der Association
Internationale de la
Mutualité (AIM)



Preisgeld: 10.000 Euro

Nachbarschaftliches Engagement neu gedacht

In der Pflege herrscht akuter Fachkräftemangel, mit dem Ausscheiden der Baby-boomer-Generation wird die Personallücke in den kommenden Jahren weiter wachsen. Dieser Entwicklung setzt das Modellprojekt „QuartierPflege – Ambulante Dienste aus Angehörigen und Nachbar:innen“ gute, stabile Rahmenbedingungen für das Engagement von Nachbarinnen und Nachbarn sowie Angehörigen entgegen, um pflegebedürftigen Menschen die ihnen gebührende Fürsorge, hauswirtschaftliche Unterstützung und Grundpflege angedeihen zu lassen. Finanziell abgesichert durch die Pflegeversicherung verbindet die QuartierPflege offene Seniorenarbeit, Quartier- und Pflegemanagement in ausbalancierter Weise miteinander, um den Fachkräftemangel durch nachbarschaftliche Hilfe abzumildern. Angestoßen wurde die QuartierPflege vom Verein Gesellschaft für Gemeinssinn e.V. aus Leipzig und ist nun ein bundesweites Programm mit zehn verschiedenen Projekten an ganz unterschiedlichen Standorten. Hinter dem Programm QuartierPflege steht der Kerngedanke, die Rahmenbedingungen für ambulante Dienste der Nachbarschaft umfassend zu ändern: Ob ehrenamtlich, in Teilzeit oder in Vollzeit, angestellt oder freiberuflich können sich Nachbarinnen, Nachbarn und Angehörige ihren Wünschen und Tätigkeiten entsprechend engagieren. Beispielsweise ist einmal im Monat etwas vorzulesen, ein Ehrenamt, während Tätigkeiten wie etwa dreimal in der Woche einzukaufen, zu kochen oder bei der Körperpflege zu helfen, regulär entlohnt werden. Hierdurch schafft QuartierPflege erhebliche Zuverdienste und reguläre Beschäftigung für Menschen aus dem nachbarschaftlichen Umfeld. Ziel ist es, bis Ende 2025 100 Menschen mit Pflegebedarf durch 300 bis 500 Hilfskräfte im Quartier zu unterstützen. Dahinter steht die Philosophie, die helfenden Personen nicht als Laiinnen und Laien zu betrachten, sondern als Hilfs- bzw. Fachkräfte, die mit entsprechender Schulung gut eingebunden werden können und langfristig im Quartier tätig sind. Der Mix aus Ehrenamt, Selbständigkeit und Anstellung führt über verschiedene Treppen des Engagements zu mehr Hilfs- und Fachkräften in der Pflege. Dabei gilt das Grundprinzip: Nachbarinnen und Nachbarn dürfen nur Tätigkeiten übernehmen, in denen sie geschult sind. Qualität durch Teilhabe kommt letztlich den pflegebedürftigen Menschen zugute. Mit QuartierPflege werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Initiativen vor Ort, bestehende ambulante Dienste, Wohlfahrtsverbände, Wohnungsgesellschaften, Gemeinden, Landkreise und Bundesländer das Programm rechtlich tragen und umsetzen können. Als mögliche Blaupause für die bundesweite Umsetzung eröffnet das Modellprojekt die Chance einer Kehrtwende in der Pflege. tag
→ t1p.de/ddxa4



Preisgeld: 6.000 Euro

Mit digitaler Technik länger zuhause leben

Die Einsatzmöglichkeiten von digitalen Assistenzsystemen in Haushalten von pflegebedürftigen Menschen und im professionellen Pflegeumfeld untersucht das Forschungsprojekt „DeinHaus 4.0 Niederbayern – Länger leben zu Hause“ der Technischen Hochschule Deggendorf. Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Geistes- und Sozialwissenschaften sowie Informationstechnologie verfolgt den Ansatz, spezifische technisch-digital gestützte Hilfsmittel sinnvoll und situativ bei Pflegebedürftigkeit, Krankheit oder als Präventiv-Maßnahme einzusetzen. Die Bandbreite reicht von Sensorik-Lösungen bis hin zu Wearables, smarten Körperwaagen, Schlafmatten und weiteren unterstützenden Geräten. Deren Alltagstauglichkeit wurde im Wohnumfeld von Seniorinnen und Senioren sowie durch Pflegekräfte getestet. Besonders der Einsatz der Schlafmatten konnte in der Testphase überzeugen. Die Auswertung von Schlafdaten ermöglicht es Pflegekräften, Routinegänge auf Basis der Schlafphasen anzupassen sowie Schlafapnoe zu erkennen. Hauptziele des Projekts sind, pflegende Angehörige und ambulante Pflegedienste zu entlasten, Berührungängste vor neuen Techniken abzubauen, die Pflegesituation durch einfacheren Informationsaustausch zwischen Akteurinnen und Akteuren zu verbessern und Hilfeleistungen besser zu koordinieren. Die Vision von gesundheitsorientierten Smarthomes ist bereits Realität geworden – in Form von Musterhäusern und -wohnungen, die vor Ort besichtigt oder in virtuellen Rundgängen erkundet werden können. Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention geförderte Projekt „DeinHaus 4.0“ überzeugt durch seine innovativen Lösungen zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität im Alter und im Pflegefall. tag → t1p.de/5h14s



Preisgeld: 4.000 Euro

Pflegeübungszentrum stärkt Pflegebedürftige und Angehörige

Wenn im familiären Kontext eine Pflegesituation eingetreten ist, wissen die Betroffenen oft nicht, wie sie damit umgehen sollen beziehungsweise wie es für sie weitergeht. Das Konzept des ambulanten Pflegeübungszentrums (PÜZ) setzt in dieser von Unsicherheit geprägten Lebensphase an und bietet wichtige Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Gestaltung der künftigen Lebenssituation von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Das PÜZ des Caritasverbandes für den Landkreis Rhön-Grabfeld e.V. ist der Idee entsprungen, verschiedene Angebote zu schaffen, um Laiinnen und Laien pflegerische Tätigkeiten nahezubringen. Durch verkürzte Krankenhaus-aufenthalte oder nach Reha-Aufenthalten stehen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige oft hilflos vor den Herausforderungen einer neuen Lebens- und Pflegesituation im häuslichen Umfeld. Ein breit gefächertes Unterstützungsangebot soll Ängste nehmen, bei grundlegenden Entscheidungen unterstützen, Pflegesituationen erleichtern sowie Angehörigen Mut machen und Pflegebedürftigen durch professionelle Anleitung neue Wege aufzeigen. Im PÜZ können Pflegebedürftige alleine, mit ihrem Partner beziehungsweise ihrer Partnerin oder mit Angehörigen für bis zu drei Wochen probewohnen. Ein Team von Pflegefachkräften steht dabei beratend zur Seite, informiert über notwendige Pflegehilfsmittel und schult die Beteiligten individuell und gezielt für die Situation zuhause. Durch die Simulation der häuslichen Pflegesituation und das Ausprobieren pflegerechter Unterstützungsangebote wird die Kompetenz von Pflegebedürftigen und Angehörigen hinsichtlich der Pflegesituation gestärkt, ein funktionierendes Netzwerk aller Akteurinnen und Akteure aufgebaut. Zudem ist das Konzept eine Schnittstelle zu teilstationären und stationären Einrichtungen. tag → t1p.de/6fkg6



Rund sechs Prozent der Neugeborenen sind Frühchen

TK Nach einer Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) lag der Anteil der Frühgeburten an allen abgerechneten Entbindungen von TK-Versicherten 2023 im Schnitt bei 6,2 Prozent und damit unverändert auf dem Niveau des Vorjahrs. In der Corona-Pandemie 2020 und 2021 war der Anteil auf 6,1 Prozent gesunken – das niedrigste Niveau seit 2017 (6,8 Prozent). Insgesamt zählte die TK 2023 mehr als 6.300 Frühgeburten. Frühgeborene sind Kinder, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt kommen. „Erfreulich ist, dass sich die Frühgeburtenrate offenbar auf niedrigem Niveau stabilisiert“, sagt Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK. Mit dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ habe sich Deutschland bereits 2016 das Ziel gesetzt, die Zahl der Frühgeburten zu senken. Denn Frühchen haben häufig deutlich mehr gesundheitliche Probleme als reif geborene Kinder. Zu früh geborene Babys müssen nach der Geburt häufig Wochen oder sogar Monate im Krankenhaus versorgt werden, oft auf Intensivstationen, die auf die speziellen Bedürfnisse der Aller kleinsten ausgerichtet sind. Auch Eltern kann diese Situation stark belasten. *pm*

→ tk.de → t1p.de/gzx3b



BARMER Innerhalb von zehn Jahren hat sich die Zahl der Menschen mehr als verdreifacht, die wegen Kokainmissbrauchs in ärztlicher Behandlung sind. Das geht aus einer aktuellen Auswertung des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) hervor. Demnach gab es im Jahr 2013 bundesweit 19.700 wegen Kokainkonsums behandelte Patientinnen und Patienten und im Jahr 2023 bereits 65.000; das entspricht einem Plus um 230 Prozent. „Die enorme Zunahme an Behandlungen wegen Kokainmissbrauchs ist alarmierend. Das wahre Ausmaß wird noch viel größer sein, da wir nur den Bruchteil der Betroffenen in ärztlicher Behandlung sehen. Auch die aktuelle Kriminalstatistik zeigt, dass die Zahl der Kokaindelikte seit dem Jahr 2023 um gut 27 Prozent gestiegen ist und damit einen neuen Höchststand erreicht hat“, sagt Dr. Ursula Marschall, Leitende Medizinerin bei der BARMER. *pm*

→ barmer.de
→ t1p.de/xsnd5



DAK Der Krankenstand in Deutschland lag auch im Sommer 2024 auf Rekordniveau. Das zeigt eine Analyse der DAK-Gesundheit zu den Krankschreibungen im 3. Quartal von mehr als 2,3 Millionen erwerbstätigen DAK-Versicherten. Von Juli bis einschließlich September gab es neun Prozent mehr Krankschreibungen als im 3. Quartal des Vorjahrs. Nur, weil auch die durchschnittliche Dauer je Fall zurückging, hatten DAK-versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer insgesamt nicht mehr Arbeitsausfall als im Rekordsommer 2023. Die meisten Ausfälle verursachten Muskel-Skelett-Erkrankungen, gefolgt von psychischen Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Fast ein Drittel der Erwerbstätigen (30,5 Prozent) war im Zeitraum von Juli bis einschließlich September mindestens einmal krankgeschrieben. Insgesamt lag der Krankenstand bei 5,0 Prozent. *pm*

→ dak.de
→ t1p.de/0hdfa

Umgang mit sozialen Medien

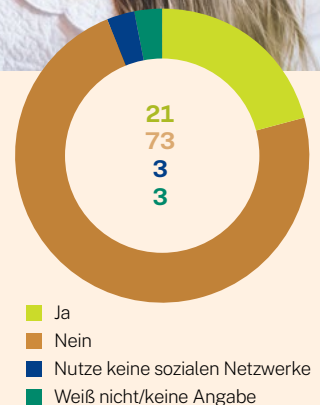
KKH Laut einer forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse zählen 12- bis 19-Jährige soziale Netzwerke zu ihren Lieblingsmedien, auf den weiteren Rängen folgen Musik-Streaming, Video-Streaming und Gaming. Aber soziale Medien könnten Heranwachsende überfordern und frustrieren, Ängste schüren und einsam machen, sagt Franziska Klemm, Psychologin und Expertin für Medienkompetenz bei der KKH. Und: „Sie können Erkrankungen forcieren, die einst für Kinder untypisch waren – sei es durch Bewegungsmangel sowie auch geringe persönliche Kommunikation.“ Versichertendaten der KKH zeigen, dass der Anteil der 6- bis 18-Jährigen mit motorischen Entwicklungsstörungen von 2013 auf 2023 um gut 37 Prozent zugenommen hat, bei den 15- bis 18-Jährigen sogar um rund 77 Prozent. Bei Sprach- und Sprechstörungen zeigt sich ein Plus von 53 Prozent; ebenfalls auffallend der Anstieg bei den 15- bis 18-Jährigen von rund 104 Prozent. Zudem sind laut Umfrage viele Kinder und Jugendliche Opfer von Cyber-Mobbing. Die Zahlen zeigten, so Klemm, wie wichtig ein reflektierter, maßvoller Umgang mit digitalen Medien für eine gesunde Entwicklung von Kindern sei. *pm*

→ kkh.de → t1p.de/wsqtix



Mobbingverfahren in sozialen Netzwerken

1.004 von forsa im Auftrag der KKH im September 2024 online befragte Personen im Alter von zwölf bis 19 Jahren, bundesweit repräsentativ



Quelle: KKH

Behandlungen zu teuer, Eingriffe zu lang?

Text von **Sontje Terveen**

Eine aktuelle Studie der hkk zeigt: **Kieferorthopädische Behandlungen** sind oft teurer und länger als geplant – und nicht immer notwendig. Rund 40 Prozent der Behandlungen dauern zu lange, viele Kinder werden unnötig geröntgt, und einige von der Idealzahnstellung abweichenden Zahnstellungen würden sich auch ohne Behandlung korrigieren. Experten fordern nun klare Standards und eine Reform der Vergütungssysteme, um Eltern finanziell zu entlasten und überflüssige Eingriffe zu vermeiden.



Sontje Terveen
studiert Public Health (B. A.) an der Uni Bremen und ist Praktikantin in der hkk-Pressestelle

Eine von der hkk beauftragte Studie hat erstmalig die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen umfassend untersucht. Der Anlass: Es mangelte an aussagekräftigen Daten zu Art, Dauer und Erfolg dieser Behandlungen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema dringender Aufmerksamkeit bedarf. Die Behandlungen sind nicht nur zu teuer und zu lang, sondern oft unnötig, da manche abweichende Zahnstellungen sich von selbst verbessern könnten.

Sozialwissenschaftler Dr. Bernard Braun und Kieferorthopäde Dr. Alexander Spassov analysierten 1.595 Behandlungsfälle. Der Großteil der Patienten, deren Behandlung formell abgeschlossen wurde, war bei Behandlungsbeginn zwischen 11 und 13 Jahren alt. Die häufigsten Einstufungen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) waren D4 (17,8 Prozent), K4 (16,9 Prozent) und M4 (14,2 Prozent). Diese Gruppen klassifizieren den Schweregrad von abweichenden Zahnstellungen. So steht D4 für einen Überbiss von vier bis neun Millimetern, K4 für einen einseitigen Kreuzbiss und M4 für einen Kreuzbiss im Frontzahnbereich mit einem Abstand von null bis drei Millimetern.

Die Diagnose erfolgte bei 82,9 Prozent der Patienten mittels einer Fernröntgenaufnahme – obwohl zahlreiche Studien belegen, dass diese Methode keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Auch die Kos-

ten für die Behandlung waren höher als geplant: Pro Patient wurden im Schnitt 2.710,86 Euro kalkuliert, doch die tatsächlichen Kosten beliefen sich nach Abschluss der Behandlung auf durchschnittlich 2.862,08 Euro.

Für die Behandlung an sich ist pauschal ein Zeitraum von vier Jahren (16 Quartale) vorgesehen. Unter den Teilnehmern, deren Behandlung innerhalb des Studienzeitraums (2018 bis

Juni 2023) abgeschlossen wurde, betrug die durchschnittliche Dauer 2,4 Jahre. Die Studie zeigt jedoch, dass 39,2 Prozent der 2018 geplanten Behandlungen länger dauern. Die tatsächliche Behandlungsdauer liegt zwischen viereinhalb und fünfeinhalb Jahren, was für Eltern, die einen Eigenanteil von 20 Prozent zahlen müssen, finanzielle Nachteile bedeutet. Diese verlängerte Behandlungszeit hat auch monetäre Gründe: Eine längere Behandlung bedeutet für die Kieferorthopäden längere Einnahmensicherheit und oft zusätzliche Einnahmen.

Ein wesentlicher Faktor für die übermäßige Dauer ist die sogenannte Zwei-Phasen-Behandlung. Hierbei erhalten die Patienten zuerst eine herausnehmbare und anschließend eine festsitzende Apparatur. Studien legen jedoch nahe, dass diese Vorgehensweise unnötig ist. Eine alleinige Behandlung mit einer festen Apparatur liefert gleichwertige Ergebnisse und ist effizienter. Die durchschnittliche Behandlungsdauer von der ersten Kieferumformung bis zum Abschluss beträgt 2,6 Jahre. Wird die Behandlung ausschließlich mit einer festen Apparatur durchgeführt, reduziert sich die Dauer auf nur 1,8 Jahre – bei gleichem Ergebnis.

Hinweise auf Überversorgung gibt es auch bei Frühbehandlungen. Besonders bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen K (Kopfbiss, einseitiger oder beidseitiger Kreuzbiss) und M (Fehlstellung der Schneidezähne) zeigt sich, dass diese von der Idealzahnstellung abweichenden Zahnstellungen im Alter oft von selbst zurückgehen. Dies wirft die Frage auf, ob bei diesen Patienten tatsächlich eine frühe Behandlung notwendig ist. Statt sofort zu handeln,

könne in vielen Fällen abgewartet werden, ob sich die Zahnstellung von allein bessert, schlussfolgern die Autoren. Falls keine Besserung eintritt, könnte die Behandlung ohne Nachteile für den Patienten auch zu einem späteren Zeitpunkt beginnen.

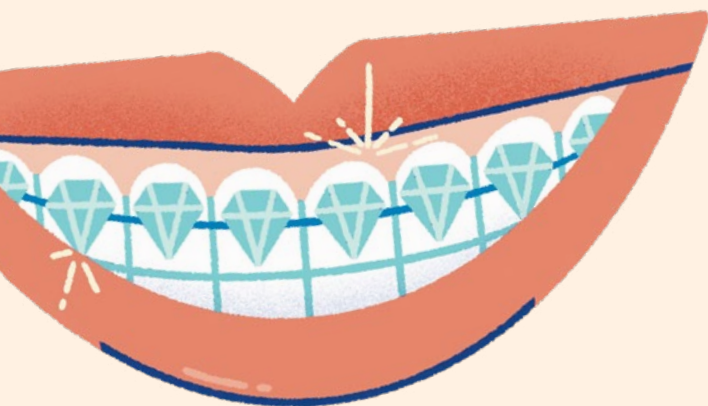
Die übermäßig lange Behandlungsdauer und die häufig unnötigen Eingriffe haben auch finanzielle Auswirkungen: Die geplanten Kosten werden um durchschnittlich 5,6 Prozent überschritten.

Daher empfehlen Braun und Spassov mehrere Reformen für die kieferorthopädische Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): „Die pauschale Vergütung über 16 Quartale (vier Jahre) sollte abgeschafft und durch eine ergebnisorientierte Vergütung ersetzt werden.“ Statt der bisherigen Einzelleistungsvergütungen setzen sie auf indikationsspezifische Pauschalvergütungen. Zudem fordern sie klare diagnostische und therapeutische Standards, die genau festlegen, wann eine lose oder eine festsitzende Apparatur zum Einsatz kommt. Auch die routinemäßige Röntgendiagnostik, die oft ohne ausreichende Begründung erfolgt, sollte künftig strengerem Indikationskriterien unterliegen. Ein weiterer Vorschlag zur finanziellen Entlastung der Eltern

ist die Abschaffung der 20 Prozent-Eigenanteil-Regelung. Stattdessen könnte ein System eingeführt werden, das absolute und frequenzlimitierte Zuzahlungen für jede erbrachte Leistung vorsieht. Dies würde die finanzielle Belastung der Eltern deutlich reduzieren.

Für die Zukunft bedeutet das, dass unabhängige Institutionen Entscheidungshilfen entwickeln sollten, die Eltern bei der Wahl der richtigen Behandlungsstrategie unterstützen. Ziel ist es, den Kindern und Jugendlichen die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen – jedoch ohne überflüssige Maßnahmen, unnötige Kosten und eine künstliche Verlängerung der Behandlungszeit. ■

Die tatsächliche Behandlungsdauer liegt zwischen viereinhalb und fünfeinhalb Jahren, was für Eltern, die einen Eigenanteil von 20 Prozent zahlen müssen, finanzielle Nachteile bedeutet.





Die jährliche Auswertung der Daten aus dem Deutschen Mukoviszidose-Register zeigt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei dieser seltenen Stoffwechselerkrankung weiter angestiegen ist und für ein heute Neugeborenes mit Mukoviszidose nun bei 67 Jahren liegt. Eine deutliche Zunahme zeigt sich auch bei der Zahl der Elternschaft von Menschen mit der seltenen Erbkrankheit, während die akuten Krankheitsverschlechterungen und die Zahl an Lungentransplantationen sinken. Prof. Dr. Lutz Nährlich, medizinischer Leiter des Deutschen Mukoviszidose-Registers, bezeichnete den **Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Mukoviszidose** als ermutigend, schränkte jedoch ein, dass die statistische Berechnung der Lebenserwartung mit Unsicherheiten behaftet sei, da heute niemand wirklich abschätzen könne, wie sich neue Therapien langfristig auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken. Berechnet wird die durchschnittliche Lebenserwartung im Wesentlichen auf Basis der vergangenen Sterberaten und einer Fortführung des gegenwärtigen Trends. *pm*



Neun von zehn jungen Menschen verhüten

Die überwiegende Mehrheit der sexuell aktiven jungen Menschen in Deutschland verhütet und nutzt vorwiegend Kondome und die Pille. Sicherheit und Zuverlässigkeit des Verhütungsmittels stehen dabei an erster Stelle, auch wenn viele der Befragten der hormonellen Verhütung kritisch gegenüberstehen. Das zeigt die Fokusauswertung Jugend der repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Verhütungsverhalten in Deutschland im Jahr 2024. Erstmals wurden für die Umfrage auch Jugendliche ab 16 Jahren befragt. Neun von zehn jungen Menschen (87 Prozent) im Alter zwischen 16 und 25 Jahren verwenden Verhütungsmittel. Dabei ist das Kondom mit 67 Prozent das Verhütungsmittel Nummer eins. Die Pille wird von nicht ganz der Hälfte der Befragten verwendet (46 Prozent). Fast alle der 16- bis 25-jährigen Befragten halten sich für „sehr gut“ oder „gut“ über das von ihnen verwendete Verhütungsmittel informiert (93 Prozent). Während für 51 Prozent der jungen Männer als Informationsquelle vor allem das Internet entscheidend ist, setzen 71 Prozent der jungen Frauen hauptsächlich auf die Empfehlung der Gynäkologin beziehungsweise des Gynäkologen. Für 43 Prozent der Frauen ist das Internet ebenfalls relevant. *pm*

X @vdek_Presse 4,5%: Dass @BMG_Bund Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung anhebt, ist gut. SPV steht aber weiterhin vor Finanzierungsproblem. Verkündete Beitragssatzerhöhung bringt nur kurze Verschnaufpause, echte Reform weiterhin nötig

X @vdek_Presse #vdekZukunftspreis 2024 verliehen! 3 Projekte erhalten insg. 20.000€: Quartierpflege, DeinHaus 4.0 & Pflegeübungszentrum gaben jeweils wegweisende Impulse zum diesjährigen Thema „Zuhause gut gepflegt“. Wir gratulieren!

Nicht-alkoholische Fettleber – eine unterschätzte Erkrankung

PODCAST In Deutschland gibt es der Deutschen Leberstiftung zufolge mindestens fünf Millionen Leberkranke. Häufigste Ursache für eine Leberentzündung ist die Fettlebererkrankung aufgrund von Übergewicht, Diabetes mellitus oder Alkohol. An der Spitze der Fettleber-Diagnosen liegt die nicht-alkoholische Fettleber, die auch im Podcast „Jörg Thadeusz – Der Talk“ thematisiert wird. Wie diese Erkrankung entsteht und überwunden werden kann, erklärt der Leberexperte Prof. Dr. med. Ali Canbay. Wissenswert ist, dass schon ein übermäßiger Fruchtsaftkonsum zu einer Leberverfettung beitragen kann. Mit den richtigen Regenerationsmaßnahmen könne die Leber aber viel verzeihen. tag → t1p.de/1m5dr



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Update für das Gesundheitssystem

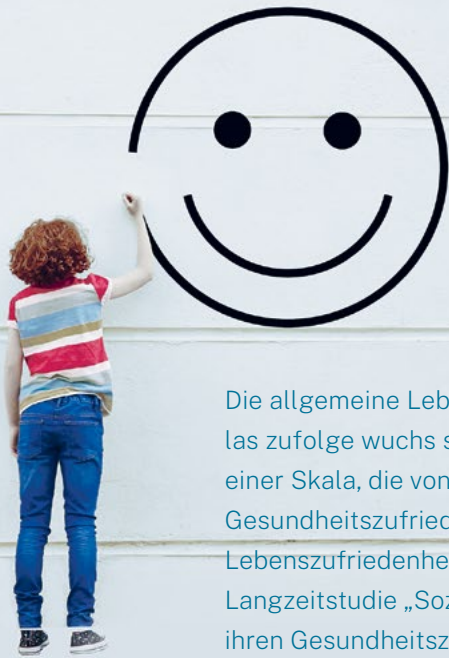
Das deutsche Gesundheitssystem ist überlastet. Dieses Buch zeigt informativ und kurzweilig auf, wo akuter Handlungsbedarf besteht. Themen wie funktionierende digitale Patientenakten, sichere Gesundheits-Apps, eine verzahnte Praxen- und Krankenhausverwaltung sowie KI-gestützte Diagnosen stehen dabei im Vordergrund.

Sven Jungmann, Thomas Lindemann | **Wie gesund wollen wir sein? Warum KI und Digitalisierung das Gesundheitssystem menschlicher machen** | 2024, 222 S., € 22 | Mosaik Verlag, München

Neue Chancen für Krankenhäuser

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland steht vor einem Strukturwandel. Dieses Buch bietet einen Überblick über rechtliche, wirtschaftliche und regulatorische Aspekte, die für den Aufbau ambulanter Strukturen – auch vor dem Hintergrund besonderer Herausforderungen im ländlichen Raum – durch Kliniken wichtig sind.

Dr. med. Andreas Goepfert, Dr. med. Peter Magunia (Hg.) | **Das ambulante Krankenhaus. Planung, Aufbau und Betrieb ambulanter Angebote durch Kliniken** | 2024, XIII, 282 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin



PS: Gesünder und zufriedener

Die allgemeine Lebenszufriedenheit in Deutschland ist gestiegen. Dem neuen Glücksatlas zufolge wuchs sie 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 0,14 Punkte auf 7,06 Punkte – auf einer Skala, die von 0 (ganz und gar nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) reicht. Auch die Gesundheitszufriedenheit nahm zu. Dass Gesundheit zudem einen enormen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat, zeigten in der Vergangenheit die Ergebnisse der multidisziplinären Langzeitstudie „Sozio-oekonomisches Panel“ (SOEP): Personen, die im Rahmen der Studie ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einstufen, waren erheblich zufriedener als Menschen, die sich selbst eine „weniger gute“ oder eine „schlechte“ Gesundheit ausstellten. Auch wenn die Gesundheitszufriedenheit im Laufe des Lebens abnimmt, können wir an einigen Stell-schrauben wie beispielsweise „Bewegung“ und „gesunde Ernährung“ drehen, um zufriedener durchs Leben zu gehen. Eine besinnliche Weihnachtszeit, ein gesundes Jahr 2025 – und schöne Spaziergänge gegen den Winterblues!

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Grootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Dani Maiz
(Titelseite, S. 4, 17, 36/37, 54/55)
danimai.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Dezember 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. 6: Orawan Wongka/iStock/Getty Images Plus | S. 7: mihailomilovanovic/iStock/Getty Images/E+ | S. 9: vdek/Georg J. Lopata; Gesundheitsstadt Berlin | S. 11: privat; vdek/Georg J. Lopata | S. 12: Photothek | S. 13: vdek/Georg J. Lopata | S. 14: SDI Productions/iStock/Getty Images/E+ | S. 15: privat | S. 17: privat; vdek/Manfred Schild | S. 18: privat | S. 20: privat | S. 22: vdek; Dr. Arnd Hofmeister/privat | S. 23: vdek | S. 24–28: vdek/Jens Jeske | S. 29: vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg | S. 30: vdek-Landesvertretung Hamburg; SDI Productions/iStock/Getty Images | S. 31: www.bestechend.de | S. 32: Fly View Productions/iStock/Getty Images; Dirk Guldner – guldner.de | S. 33: vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg; andreswd/iStock/Getty Images | S. 34: gpoinstudio/iStock/Getty Images Plus; querbeet/iStock/Getty Images | S. 35: vdek/Georg J. Lopata | S. 38: alvaro gonzalez/iStock/Getty Images | S. 39: vdek/Georg J. Lopata; Georg J. Lopata | S. 42: EH Freiburg/Fotograf: Marc Doradzillo | S. 45: Fotostudio Friedrich | S. 46–49: vdek/Georg J. Lopata | S. 50: Julian Leitensdorfer | S. 51: DeinHaus 4.0 Niederbayern; Sabrina Partner | S. 52: Jill Lehmann Photography/iStock/Getty Images | S. 53: ingwervanille/iStock/Getty Images | S. 53: The Good Brigade/iStock/Getty Images | S. 54: privat | S. 56: Alina Rudya/Bell Collective/iStock/Getty Images | S. 57: WDR/Herby Sachs | S. 58: Flashpop/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

✂@vdek_Presse



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