

ersatzkasse magazin.

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

G20634

3. AUSGABE 2024



Quo vadis, Krankenhaus- reform?

Bund und Länder ringen weiter um den Umbau der Kliniklandschaft

„Scheitern ist keine Option“

Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission Krankenhaus, im Interview

Startschuss für Regionale Gesund- heitspartner

Ersatzkassen beschreiten neue Wege in der ambulanten Versorgung

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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



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



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
X @KKH_Aktuell



hkk Krankenkasse

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



HEK – Hanseatische Krankenkasse

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

X **@vdek_Presse** vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens:
„Rolle der Selbstverwaltung wird von der Politik bedrängt.
Wir als Gewählte sollten uns noch lauter für die Interessen der
Versicherten stark machen und das Prinzip der Selbstverwaltung
in der GKV verteidigen.“

X **@vdek_Presse** Heute **@bvpraevention**-Mitgliederver-
sammlung beim vdek u. a. mit **#BVPG**-Präsidentin **@Kirsten-
Kappert**, Vizepräsident Oliver Blatt/vdek und **@dittmarsabine** mit
einem Grußwort. Das Bündnis macht sich seit 70 Jahren stark für
#Prävention und **#Gesundheitsförderung**.



EDITORIAL

Wo bleibt die Revolution?

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde vom Bundeskabinett beschlossen, damit ist der Grundstein für eine Krankenhausreform gelegt. Eine Revolution wird diese jedoch nicht in der Kliniklandschaft auslösen, zu unterschiedlich sind die Interessen von Bund und Ländern.

Zwar sind Leistungsgruppen ein guter Anfang für mehr Qualität und Effizienz, aber es braucht mehr Verbindlichkeit bei der Umsetzung. Die Krankenkassen erwarten zudem einen erheblichen Kostenschub durch die Klinikreform. Im Mittelpunkt steht dabei der Transformationsfonds, dessen Finanzierung durch Beitragselder der Versicherten und Arbeitgeber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als verfassungswidrig eingestuft wird. Jetzt sind Nachbesserungen im parlamentarischen Verfahren erforderlich. Auch wenn er sich einen rationaleren Umgang mit der Klinikreform gewünscht habe, sei Scheitern „keine Option“, betont Dr. Christian Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission Krankenhaus, im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Neue Wege zur Stärkung der ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen gehen die Ersatzkassen mit ihrem Modell der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), das ab sofort in zwei Bundesländern erprobt wird – ein Zukunftsmodell für eine flächendeckende Versorgung in Deutschland!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Das Ausscheiden der Baby-Boomer-Generation verschärft die Situation der beruflichen Pflege in Deutschland und bedroht die pflegerische Versorgung. Das zeigt der aktuelle Pflgereport der DAK-Gesundheit. → **Mehr dazu auf Seite 16**

Hitze ist eine ernst zu nehmende Gesundheitsgefahr. Deutschland kann von anderen europäischen Ländern lernen, wie Prävention und Gesundheitsschutz bei Hitze machbar sind. Voraussetzung ist der politische Wille. → **Mehr dazu auf Seite 20**

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



28

Quo vadis, Krankenhausreform?

SCHWERPUNKT Bund und Länder ringen weiter um einen Kompromiss bei der Krankenhausreform. Während die Strukturreform auf sich warten lässt, zeichnet sich bei der Finanzierung des Umbaus der Krankenhauslandschaft bereits jetzt ab, dass auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) enorme Mehrausgaben zukommen. Allein für den Transformationsfonds sollen ab 2026 jährlich 2,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds entnommen werden.

34

»Scheitern ist keine Option«

INTERVIEW Für Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Intensivmediziner und Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, ist die Krankenhausreform unerlässlich. Der Kabinettsentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sei immer noch eine wirksame Reform, betont er im Interview mit ersatzkasse magazin. Wenn diese zusammen mit einer Reform der Notfallversorgung durchkomme, wäre schon viel erreicht.





AKTUELL

- 6 Zuschlag nach neuen Regelungen
- 7 Ausgaben nicht gedeckt
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Aktuelle Gesetzesvorhaben
- 10 vdek-Frühlingfest

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Regionale Gesundheitspartner
- 14 Fristenbericht des G-BA
- 16 Situation der beruflichen Pflege
- 19 Einführung einer Kompetenzvermutung
- 20 Gesundheitsschutz bei Hitze
- 22 #regionalstark
- 27 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 30 Reform mit ungewissem Ausgang
- 34 Interview: Prof. Dr. Christian Karagiannidis
- 39 Bundes-Klinik-Atlas für mehr Transparenz
- 40 Auf dem verfassungsrechtlichen Irrweg
- 41 Drei Fragen: Prof. Dr. Dagmar Felix
- 42 Droht eine Insolvenzwelle?

ERSATZKASSEN

- 44 Hitze: Belastung im Job
- 45 Analyse zum Einsatz des Rettungsdienstes
- 46 Auswirkungen dezentraler Arbeit

VERMISCHTES

- 48 Ehrenamt in der Selbstverwaltung
- 49 Podcast: Wege aus der Depression
- 50 PS: Das Bratreis-Syndrom
- 50 Impressum



12

Startschuss für »Regionale Gesundheits- partner« der Ersatzkassen

POLITIK & VERSORGUNG Das vom vdek veröffentlichte Modell der „Regionalen Gesundheitszentren (RGZ)“ ist ein wichtiger Schritt in die Zukunft der ambulanten Versorgung. Seit Mai erproben die Ersatzkassen gemeinsam mit „Regionalen Gesundheitspartnern“, darunter das Regionale Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste in Niedersachsen sowie die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Nordrhein-Westfalen, die Implementierung einzelner Angebote in ländlichen Regionen.

Ersatzkassen bezuschlagen erstmals europäische Hersteller nach ALBVVG

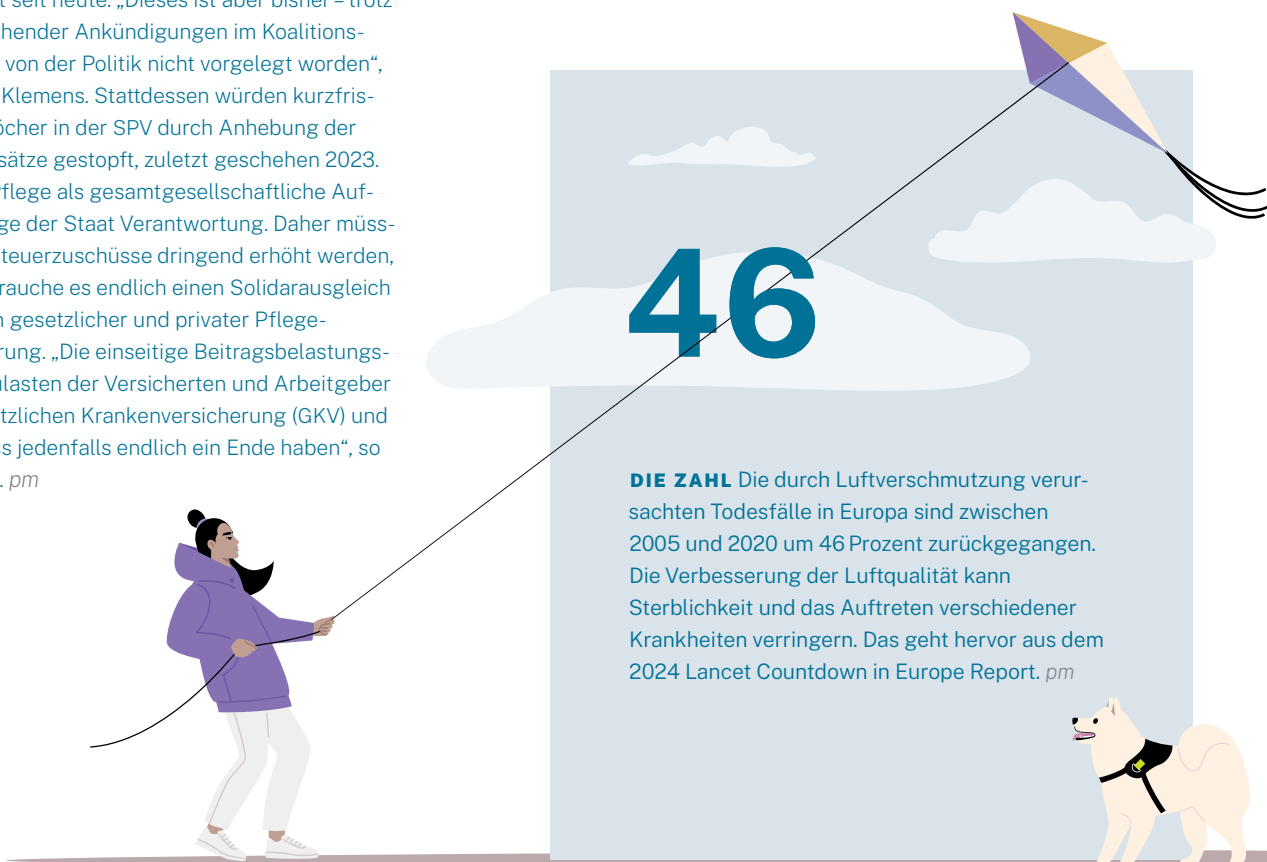
Unter Federführung der Techniker Krankenkasse (TK) haben die Ersatzkassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Handelskrankenkasse (hkk) und Hanseatische Krankenkasse (HEK) erstmals Antibiotika nach den Regelungen des im Juli 2023 in Kraft getretenen Arzneimittel-Lieferengpass-bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetzes (ALBVVG) ausgeschrieben und erfolgreich bezuschlagt. Bei der Ausschreibung ging es um acht Antibiotika-Wirkstoffe. Das ALBVVG sieht vor, dass Krankenkassen im Vergabeverfahren für Arzneimittelrabattverträge Antibiotika-Hersteller mit europäischer Wirkstoffproduktion bevorzugen, zudem müssen die Unternehmen den Medikamentenbedarf für mehrere Monate vorrätig halten. Aus Sicht der Ersatzkassen sind dies wichtige Maßnahmen für mehr Versorgungssicherheit. Dennoch sind weiterhin mehr Spielräume vonnöten, um die Hersteller zu robusteren und diversifizierteren Lieferketten zu verpflichten. Um die Liefersicherheit zu stärken, setzen die Ersatzkassen weiterhin gezielt auf das Mehrpartnermodell, bei dem bis zu drei Bieter pro Wirkstoff zum Zug kommen, sodass bei einem möglichen Ausfall Alternativen zur Verfügung stehen. *pm*

Finanzsituation in der Pflegeversicherung

In einem vom Redaktionsnetzwerk Deutschland am 27. Mai 2024 veröffentlichten Interview spricht Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach von einem „akuten Problem in der Pflegeversicherung“. Nötig sei mittel- und längerfristig eine solidere Form der Finanzierung der Pflege, indirekt kündigt er Beitragssatzerhöhungen in 2025 an. Allerdings: **„Die Probleme in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind alles andere als neu“, erklärt Uwe Klemens, ehrenamtlicher vdek-Verbandsvorsitzender.** „Seit Jahren weisen wir darauf hin, dass die demografische Entwicklung einerseits, aber auch die politisch gewollte Leistungsausweitung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erheblichen Finanzierungsherausforderungen in der SPV führen.“ Deshalb brauche die SPV dringend ein nachhaltiges Finanzierungskonzept – und das nicht erst seit heute. „Dieses ist aber bisher – trotz entsprechender Ankündigungen im Koalitionsvertrag – von der Politik nicht vorgelegt worden“, kritisiert Klemens. Stattdessen würden kurzfristig die Lücken in der SPV durch Anhebung der Beitragssätze gestopft, zuletzt geschehen 2023. Für die Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe trage der Staat Verantwortung. Daher müssten die Steuerzuschüsse dringend erhöht werden, zudem brauche es endlich einen Solidarausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung. „Die einseitige Beitragsbelastungspolitik zulasten der Versicherten und Arbeitgeber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und SPV muss jedenfalls endlich ein Ende haben“, so Klemens. *pm*

Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende nicht gedeckt

Es ist Aufgabe des Staates, das Existenzminimum von bedürftigen Bürgerinnen und Bürgern zu gewährleisten. Nach der Rechtsprechung zählt dazu auch die Absicherung der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall. Bei der gesundheitlichen Versorgung von Bürgergeldbeziehenden allerdings kommt der Bund seinen Ausgleichspflichten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht annähernd nach, wie ein im Mai 2024 vorgelegtes Gutachten des IGES Instituts zeigt: Mit den vom Bund gezahlten Beiträgen wird nur gut ein Drittel der tatsächlichen Ausgaben für diesen Personenkreis gedeckt. Demzufolge lagen die Ausgaben der GKV für Bürgergeldbeziehende 9,2 Milliarden Euro höher als die für diese Gruppe gezahlten Beiträge. „Durch diese systematische Unterfinanzierung gehen der GKV jedes Jahr Milliardenbeträge verloren“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. „Mit einer ausreichenden Finanzierung der von den gesetzlichen Krankenkassen zu gewährenden gesundheitlichen Versorgung der Bürgergeldbeziehenden hätten wir zu Jahresbeginn über Beitragssatzsenkungen sprechen können, statt Beitragssatzerhöhungen umsetzen zu müssen.“ *pm*





AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS
www.g-ba.de

Kein Zusatznutzen mehr

Der G-BA kommt bei seiner erneuten Bewertung des Wirkstoffs Midostaurin zu einem deutlich anderen Ergebnis als im Jahr 2018. Midostaurin ist zugelassen zur Behandlung einer seltenen Erkrankung: der akuten myeloischen Leukämie, die eine bestimmte Genmutation (FLT3-Mutation) aufweist. Das Ausmaß des Zusatznutzens einer Behandlung mit Midostaurin hatte der G-BA 2018 als „beträchtlich“ eingestuft, da die Studiendaten im Vergleich zu den damaligen Therapieoptionen eine zusätzliche Verbesserung im langfristigen Überleben aufzeigten. Da sich der Therapiestandard inzwischen weiterentwickelt hat, konnte der

G-BA dem Orphan Drug nun keinen Zusatznutzen mehr bescheinigen. Anlass der Neubewertung war, dass die Umsatzgrenze mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Betrag von 30 Millionen Euro überschritten hatte.


Transferbeschlüsse des Innovationsausschusses


Der Innovationsausschuss beim G-BA hat weitere positive Transferbeschlüsse zu abgeschlossenen Projekten gefasst. Das Projekt AMSeC entwickelte ein mathematisches Modell, mit dem die Effektivität von Auffrischungsimpfungen gegen Meningokokken untersucht werden kann. Im Projekt REDARES wurden Unterstützungsangebote für Praxen erprobt, mit denen die leitliniengerechte Verordnung von Antibiotika bei unkomplizierten Harnwegsinfekten nachweislich gefördert wird. Die Ergebnisse des

Projekts ZSE-DUO zeigen, dass in Zentren für Seltene Erkrankungen eine Lotsenstruktur aus psychiatrischen und somatischen Fachärztinnen und Fachärzten die Diagnostik und Betreuung verbessern kann.

Projektideen für neue Versorgungsformen

Die Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses beim G-BA lassen im Bereich der neuen Versorgungsformen nach wie vor anhaltendes Interesse erkennen: Zur Einreichungsfrist am 22. Mai 2024 lagen insgesamt 91 Ideenskizzen vor. Der Innovationsausschuss wird nun voraussichtlich im 4. Quartal 2024 darüber entscheiden, zu welchen Projektideen ein Vollertrag eingereicht werden kann. Die Ausarbeitung eines solchen Vollertrags – die Konzeptentwicklungsphase – fördert der Innovationsausschuss mit bis zu 75.000 Euro. *pm*

 **19.06.2024** Der **Deutsche Ethikrat** beschäftigt sich mit Einsamkeit als existenzieller Erfahrung und gesellschaftliche Herausforderung. In Vorträgen und Diskussionen wird das komplexe gesundheitsrelevante Thema aus unterschiedlichen Perspektiven – wissenschaftlich, politisch, theologisch – beleuchtet.
 → t1p.de/e24q8

 **26.–28.06.2024** Auf dem **Hauptstadtkongress** diskutieren zahlreiche Vertreter:innen aus der Gesundheitspolitik & Gesundheitswirtschaft, Medizin & Pflege, Wissenschaft & Forschung sowie der Krankenversicherung über aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen.
 → t1p.de/x0now



PRESSESCHAU

Digitalisierung

„Die Krankenhaus-IT, in vielen Häusern ist sie oft ein Fiasko, weil die Systeme nutzerunfreundlich sind und die IT-Abteilungen chronisch unterbesetzt. Die vielen Systeme, auch die in ambulanten Praxen, verstehen sich nicht immer untereinander [...]. Dass Deutschland ein digitales Entwicklungsland war, rächt sich nun auf vielen Gebieten, auch in der Medizin.“
SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 07.05.2024

Krankenhausreform

„Auf die Krankenkassen kommen mit der Reform Mehrausgaben in Höhe von mindestens 300 Millionen Euro zu. Dem sollen dann deutliche Effizienzgewinne und Minderausgaben durch eine stärker koordinierte und hochwertige Versorgung gegenüber stehen. [...] Man sei, sagt der Minister, zum Erfolg verdammt. Das klingt weniger nach Garantie als nach Zweckoptimismus.“
NEUE OSNABRÜCKER ZEITUNG, 15.05.2024

Pflegezahlen

„Dass er ein schwieriges Pflegeerbe angetreten hat, weiß Lauterbach angesichts der wachsenden Lücken in der Pflegekasse seit geraumer Zeit. Statt sofort gegenzusteuern, hat er sich bisher durchgemogelt – und fordert nun hohe Steuerzuschüsse. Nicht grundlos präsentiert er die erschreckenden Zahlen kurz vor den Etatverhandlungen.“
FAZ, 27.05.2024

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

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

- Das Leistungsgeschehen soll nach Leistungsgruppen geordnet und es soll eine Vorhaltevergütung eingeführt werden. Die Leistungsgruppen sollen an die Erfüllung von personellen und sachlichen Ausstattungsmerkmalen sowie Mindestvorhaltefallzahlen geknüpft werden.
- Stationäre Einrichtungen können in sektorenübergreifende Einrichtungen überführt werden und unter anderem ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen sowie Übergangs-, Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege anbieten.
- Das Fallpauschalensystem soll nur noch anteilig weitergeführt werden. Es soll ein Vorhaltebudget eingeführt werden, wobei die bisherigen Fallpauschalen auf einen Anteil von 40 Prozent abgesenkt werden. Die Vorhaltepauschalen sollen künftig 60 Prozent der Vergütung umfassen.
- Zum Umbau der Krankenhauslandschaft soll ein Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro eingesetzt werden, welcher jeweils hälftig aus dem Gesundheitsfonds der Krankenkassen und durch die Länder finanziert werden soll. Dieser Fonds soll bis 2035 geführt werden und jährlich mit 2,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds gefüllt werden. Die Bundesländer sollen mindestens 25 Prozent der Förderung tragen, während bis zu 25 Prozent durch die Träger selbst aufgebracht werden können.

→ Mehr dazu auf Seite 30



AKTUELLE GESETZESVORHABEN*



Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

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

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

→ Mehr dazu auf Seite 27

Medizinforschungsgesetz

 **Kabinettsentwurf** vom 6. Mai 2024
 **Inkrafttreten** am Tag nach Verkündung, in Teilen zum 1. Juli 2025

- Es wird die Möglichkeit geschaffen, für patentgeschützte Arzneimittel bis zum Ablauf des Unterlagenschutzes bei der erstmaligen Vereinbarung vertrauliche Erstattungsbeträge zu vereinbaren. Die Unternehmen werden verpflichtet, den Krankenkassen den vertraulichen

Erstattungsbetrag mitzuteilen und die Differenz zum tatsächlich in der Apotheke gezahlten Abgabepreis inklusive Handelsaufschläge und Umsatzsteuer nachträglich auszugleichen.

- Vereinfachung der Zulassungsverfahren für Arzneimittel und Medizinprodukte, durch unter anderem Einrichtung einer Bundes-Ethikkommission und Einführung gemeinsamer elektronischer Antragswege für verschiedene Prüf- und Genehmigungsverfahren

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

 **Referentenentwurf** mit Stand 7. Mai 2024, aktuell in der Ressortabstimmung

- Überführung der gematik in eine Digitalagentur für Gesundheit
- Die Digitalagentur kann Komponenten und Dienste, die zentral und nur einmalig vorhanden sein können, selbst entwickeln und betreiben.
- Komponenten, Dienste und Anwendungen, die das Rückgrat der digitalen Gesundheitsversorgung bilden, können in einem kontrollierten Marktmodell über Ausschreibungsverfahren von der Digitalagentur Gesundheit beschafft und bereitgestellt werden.
- Jährlich zum 1. März soll eine TI-Roadmap erstellt werden, die die Gesellschafterversammlung der Digitalagentur mehrheitlich beschließen muss.
- Die Digitalagentur legt Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur fest und stellt ihre Einhaltung sicher.
- Die Digitalagentur legt Fristen (Zustimmung durch BMG erforderlich) für medizinische Informationsobjekte (MIOs) und deren Verarbeitungsmöglichkeit in der ePA fest.

*Stand Redaktionsschluss

vdek-Frühlingsfest

Zahlreiche diskussionsfreudige Gäste, viele deutliche Worte und insbesondere ein Gesprächsthema: Auf dem vdek-Frühlingsfest am 15. Mai 2024 in der vdek-Zentrale in Berlin ist es vor allem um den umstrittenen Kabinettsentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gegangen. Gleich zu Beginn stellte vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens in seiner Begrüßung klar: „Es ist gut, dass die Politik nun endlich eine Klinikreform angeht, aber ohne Selbstverwaltung geht es nicht.“ Dabei verwies er auf das Subsidiaritätsprinzip, bei dem es im Kern darum gehe, dass es sich um kein staatliches, sondern um ein selbstverwaltetes System handele, sprich: „Die Politik setzt den Rahmen, die am

Gesundheitswesen Beteiligten füllen ihn aus und gestalten die Versorgung.“ Doch leider wolle die Politik zunehmend die Aufgabenverteilung zwischen ihr und der Selbstverwaltung ändern und bis in die Details alles selbst regeln. Dass nun auch noch vorgesehen ist, den Umbau der Krankenhauslandschaft von den Beitragszahlenden über den Transformationsfonds finanzieren zu lassen, lehnte er entschieden ab: „Die Transformation ist eindeutig eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, hier muss der Bund seinen Beitrag leisten.“

Prof. Dr. Edgar Franke, parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, pflichtete ihm in seinem Grußwort bei. Der Umbau der Krankenhauslandschaft sei eine



1 v.l.: Ulrike Elsner (vdek), Torsten Kafka (HEK), Uwe Klemens (vdek) **2** Gespräche auf der Dachterrasse **3** Prof. Dr. Edgar Franke (SPD)
4 v.l.: Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft), Stefan Schwartze (Patientenbeauftragter)



5 v.l.: Dr. Monika Lelgemann (G-BA), Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband) **6** v.l.: Yves Rawiel (Davaso), Gundula Roßbach (DRV Bund), Prof. Dr. Edgar Franke (SPD) **7** v.l.: Rainer Höfer, Dr. Antje Haas, Dr. Doris Pfeiffer, Beate Behr (alle GKV-Spitzenverband) **8** Ulrike Elsner (vdek)



9 Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU) **10** v.l.: Dr. Susanne Wagenmann (GKV-Spitzenverband), Dr. Anne Thomas (TK) **11** v.l.: Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen), Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU), Dr. Ina Czyborra (SPD), Stefanie Drese (SPD), Ulrike Elsner (vdek)
12 v.l.: Gebhard Hentschel (DPTV), Ulrike Böker (bvvp), Dr. Andrea Benecke (BPtK), Mathias Heinicke (bvvp), Michael Weller (BMG)

gesamtgesellschaftliche Aufgabe, daher müssten dafür perspektivisch nicht nur Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch Steuermittel herangezogen werden. In der Regierung aber sei diese Option schwierig gewesen, wie er vorsichtig erklärte. Man werde sehen, wie es 2026 ausschau. Eins aber stehe fest: „Wir müssen jetzt in die Gänge kommen, um ein modernes Krankenhauswesen in Deutschland zu etablieren.“

Eine Vorlage für Prof. Dr. Kerstin von der Decken (CDU), Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin und amtierende Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK): „Die Länder wollen die Reform. Doch den gemeinsamen Weg, den wir angefangen hatten zu gehen, wurde vom Bund verlassen“, betonte sie in ihrem Grußwort. Mehr noch: Den gemeinsamen Weg habe der Bund mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen – Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen – erst gar nicht beschritten.

„Und es kann nicht sein, dass der Bund, der eine solche Reform auf den Weg bringt und Vorgaben macht, wie die Reform auszu- sehen hat, sich aus der Verantwortung finanzieller Art komplett herausnimmt.“ Sie zeigte sich überzeugt, dass dieses Gesetz vor dem Bundesverfassungsgericht lande.

Dass im Rahmen dieser Strukturreform auch das Thema Notfallversorgung und Rettungsdienst angegangen werden müsse, dafür warb vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Wir erwarten zurecht, im Notfall schnell und am richtigen Ort versorgt zu werden und Rettungsdienst ist mehr als Notfalltransport und gehört deshalb ins SGB V.“ Zudem sei eine verlässliche nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung elementar. Sie forderte eine konstruktive Debatte ein: „Es gibt intelligente Alternativen zu Beitragssatz- erhöhungen.“ *ake*



13 Uwe Klemens (vdek) **14** v.l.: Meinhard Johannides (DAK-Gesundheit), Roland Schultze (hkk) **15** v.l.: Jürgen Graalmann (Die Brückenköpfe), Anne-Kathrin Klemm (BKK Dachverband), Jens Bussmann (VUD) **16** v.l.: Cornelia Wanke (Wanke Consulting), Sylvi Krisch, Simone Schwing (beide BARMER), Ulrike Hauffe (ehemals BARMER), Prof. Dr. Christoph Straub (BARMER) **17** v.l.: Dr. Wolfgang Matz, Anke Fritz, Michael Witte,



Stephanie Engelmann (alle KKH) **18** v.l.: Prof. Dr. Edgar Franke (SPD), Dieter F. Märtens (TK) **19** v.l.: Stefanie Stoff-Ahnis (GKV-Spitzenverband), Dr. Thomas Kaiser (IQWiG), Karin Maag (G-BA), Johanna Sell (BMG) **20** v.l.: Anke Grubitz, Roman G. Weber, Henning Stötefalke (alle DAK-Gesundheit) **21** v.l.: Roman G. Weber (DAK-Gesundheit), Marion von Wartenberg (AIM), Albert Roer, Dietmar Katzer (beide BARMER)



22 v.l.: Dr. Karsten Neumann (Roland Berger), Uwe Repschläger (BARMER), Michael Lempe (hkk) **23** v.l.: Dr. Björn Pfadenhauer (IFK), Dr. Roy Kühne (Bauerfeind), Ute Repschläger (IFK), Dr. Janosch Dahmen (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband) **24** v.l.: Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP), Dr. Andreas Westerfellhaus (LifeBonus), Prof. Dr. Claudia Schmidtke (UKSH)

Startschuss für »Regionale Gesundheitspartner« der Ersatzkassen

Text von **Claudia Michelz-Niebank und Antonia Milewski**

Um angesichts der Herausforderungen weiterhin eine gute und moderne Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, braucht es innovative Konzepte. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) beschreitet mit seinem Modell der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) neue Wege und zeigt, wie die **ambulante Versorgung der Zukunft** aussehen kann.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor strukturellen Veränderungen. Insbesondere der demografische Wandel, der damit einhergehende Fachkräftemangel und zunehmende Versorgungsunterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Um eine hochwertige Gesundheitsversorgung bei den begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen sicherzustellen, bedarf es neuer Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Auf Grundlage des vom vdek veröffentlichten Modells der „Regionalen Gesundheitszentren (RGZ)“ erproben die Ersatzkassen ab Mai 2024 gemeinsam mit ihren „Regionalen Gesundheitspartnern“ die Implementierung einzelner Angebote in ländlichen Regionen. Mit einer Laufzeit von drei bis vier Jahren sollen die innovativen Versorgungsansätze erprobt und somit Erkenntnisse für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung gesammelt werden.





Das Projekt hat direkt mit zwei Einrichtungen, den ersten „Regionalen Gesundheitspartnern“ der Ersatzkassen, gestartet: dem Regionalen Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste in Niedersachsen sowie der Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Nordrhein-Westfalen (→ [Mehr dazu auf den Seiten 24 und 25](#)).

Mit dem Ansatz einer umfassenden fachübergreifenden Gesundheitsversorgung unter einem Dach sollen möglichst alle ambulanten medizinischen Behandlungen in dem RGZ erbracht werden können. Grundelemente sind die ärztliche Primärversorgung, eine fachgruppenübergreifende Vernetzung, Delegation und Substitution sowie ein Care und Case Management. Digitale Angebote wie Videosprechstunden und die Einbindung weiterer medizinischer Fachberufe ergänzen das Konzept. Optional können zusätzliche Komponenten wie ein OP-Zentrum oder eine Kurzzeitpflege eingebunden werden, um sektorenübergreifenden Versorgungsdefiziten adäquat zu begegnen.

Die „Regionalen Gesundheitspartner“ der Ersatzkassen bieten in dem Projekt folgende neue Versorgungsangebote an:

Einführung eines Care und Case Managements

Besonders qualifiziertes Fachpersonal kümmert sich um die Koordination der Versorgung der Versicherten in gesundheitlichen Problemsituationen. Um eine auf die Bedürfnisse der Patient:innen zugeschnittene Versorgung zu gewährleisten, werden weitere an der Versorgung beteiligte Akteur:innen des Gesundheitswesens eingebunden. Eine enge Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen sichert zudem eine schnelle und lösungsorientierte Kontaktaufnahme mit der Kranken- und Pflegekasse.

Einsatz von Telemedizin

Im Rahmen von Haus- und Pflegeheimbesuchen unterstützen die behandelnden Ärzt:innen fortan speziell geschulte Praxisassistent:innen (NäPAs) mit dem Telemedizin-Rucksack. Damit können Wartezeiten reduziert und Patient:innen zeitnah versorgt werden. Der Telemedizin-Rucksack ist mit verschiedenen digitalen Geräten ausgestattet und ermöglicht es, medizinische Diagnostik und Behandlungen vor Ort durchzuführen. Bei Bedarf können die Gesundheitsdaten direkt an die Praxis

übertragen und ein Telekonsil mit den Ärzt:innen hergestellt werden, um zeitnah erforderliche Maßnahmen einzuleiten.

Einbindung neuer Gesundheitsberufe

Durch die Förderung neuer nichtärztlicher akademischer Gesundheitsberufe sichern die Ersatzkassen auch die zukünftige medizinische Versorgung der Patient:innen vor Ort. Im Rahmen der Übertragung ärztlicher Leistungen an nichtärztliches akademisches Personal unterstützen hochqualifizierte Physician Assistants (PAs) die behandelnden Ärzt:innen bei der medizinischen Versorgung der Patient:innen. So kann sich das ärztliche Personal auf höchstpersönlich zu erbringende medizinische Leistungen konzentrieren und wird von administrativen Aufgaben entlastet.



Eine besondere Rolle kommt dem Einsatz von PAs zu. Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung entsteht durch die Förderung der Ersatzkassen in Gronau-Epe eine Zweigpraxis des „Regionalen Gesundheitspartners“ in Nordrhein-Westfalen. In dieser werden PAs insbesondere eingesetzt, um die medizinische Behandlung der Patient:innen sicherzustellen.

Die Ersatzkassen beschreiten mit dem Projekt der „Regionalen Gesundheitspartner“, wobei dem Einsatz neuer nichtärztlicher Berufe eine besondere Bedeutung zukommt, ganz neue Wege für eine zukunftsfähige, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung. Diese neuartigen Leistungsangebote sollen zeitnah auch mit weiteren „Regionalen Gesundheitspartnern“ umgesetzt werden. Hierzu befinden sich die Ersatzkassen mit potenziellen Einrichtungen bundesweit im Austausch. ■

Claudia Michelz-Niebank und **Antonia Milewski** sind Referentinnen in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Der G-BA gestaltet effiziente Versorgungsangebote

Text von Prof. Josef Hecken

Mit seinem **jährlichen Fristenbericht** setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem leider auch in der Gesundheitspolitik vielfach vorhandenen Gefühl, dass Entscheidungen zu lange dauern, belastbare Zahlen und Fakten entgegen.

Im aktuellen Berichtsjahr 2023 haben wir im Auftrag des Gesetzgebers dringend benötigte Regelungen beschlossen, mit deren Hilfe Menschen mit Verdacht auf Long Covid und einer Erkrankung mit ähnlicher Ursache oder Ausprägung besser und bedarfsgerechter versorgt werden können. Einschließlich solcher hochkomplexer Aufträge gelang es uns, fast 96 Prozent unserer Beratungsverfahren fristgerecht abzuschließen. Der nunmehr 9. Fristenbericht offenbart insgesamt keine Geheimnisse, da die Beratungsgegenstände und Verfahren über unsere Website fortlaufend transparent gemacht werden. Aber hier nochmals gebündelt darzustellen, wie unterschiedlich und hoch relevant unsere Aufgaben für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind – und damit für jede Versicherte und jeden Versicherten –, ist immens wichtig. Genauso wichtig ist es, im Zuge dessen im Bericht auch die von uns einzuhaltenden Arbeitsschritte zu erläutern, denn nur darüber können wir zu möglichst guten und auch rechtssicheren Entscheidungen kommen.



Prof. Josef Hecken ist unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Differenzierte Fristvorgaben für unsere Aufgaben

Die Fristen, die der Gesetzgeber für die Dauer unserer Beratungen vorsieht, sind sehr unterschiedlich – sie reichen von wenigen Monaten bis zu drei Jahren. Für die Nutzenbewertung eines neuen Arzneimittels sind es beispielsweise sechs Monate: Das Arzneimittel kann dann zwar schon als Kassenleistung verordnet werden, aber der G-BA prüft anhand der vorgelegten Studien, ob es auch besser ist als die bisherigen Arzneimittel, weil es beispielsweise deutlich weniger Nebenwirkungen hat oder das Wiederauftreten einer Krebserkrankung stark verzögert.

Auf Basis des Bewertungsergebnisses verhandeln pharmazeutische Unternehmen und die gesetzlichen Krankenkassen dann den Preis des Arzneimittels – entsprechend trägt der G-BA mit seinen Bewertungen zu fairen Arzneimittelkosten und damit letztlich auch zu einem möglichst stabilen Beitragssatz bei. Für die Bewertung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die auch in der ambulanten Versorgung angeboten werden soll, haben wir hingegen mehr Zeit, insgesamt zwei Jahre vom Start bis zum Ergebnis. Hier ist der Aufwand, die Studienlage zu recherchieren, zu sichten und auszuwerten, sehr viel aufwändiger: Ist die neue Therapieoption wirklich besser, sind von uns auch die Details für das neue Angebot festzulegen.

Mit seinem sehr strukturierten Vorgehen, zu dem auch breite Stellungnahmeverfahren gehören, stellt der G-BA sicher, dass neue medizinische Leistungen nicht aufgrund von „Baucheydientz“ oder tages- oder wahlpolitisch opportunen Zielen in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

598

95,99%

fristgerecht bearbeitete Verfahren

Die Versicherten haben Anspruch auf evidenzbasierte und damit effiziente Versorgungsangebote – das ist es, worum es bei solchen Entscheidungen ganz maßgeblich geht.

Long-Covid-Richtlinie: Feste Umsetzungsfristen

Neue Aufträge an den G-BA versieht der Gesetzgeber teilweise auch mit einer konkreten Umsetzungsfrist. So erhielt er im Dezember 2022 den Auftrag, spätestens bis zum 31. Dezember 2023 Regelungen über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long Covid zu treffen. Das war ein extrem ehrgeiziger Zeitplan, zumal der Stand der medizinischen Forschung noch sehr dünn ist. Letztlich gelang es: Mit einer neuen Richtlinie strukturieren wir die Versorgung, sodass ein Erkrankungsverdacht schnell und koordiniert abgeklärt wird. Zudem trägt sie dazu bei, dass nach der Diagnose die vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Symptome zu lindern und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Auch wenn jedes nicht fristgerecht abgeschlossene Beratungsverfahren ärgerlich ist: Der neue Fristenbericht belegt aus meiner Sicht sehr eindrucksvoll, wie gut das Zusammenwirken von Politik und Selbstverwaltung in der Regel funktioniert. Und wie sinnvoll und effizient es ist, die Strukturen und Prozesse des G-BA für die Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung zu nutzen. ■



Fristeinhaltung der G-BA-Verfahren 2023

623 Verfahren im Berichtszeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023

8
1,28%
abgeschlossene Verfahren mit überschrittener Frist

17
2,73%
laufende Verfahren mit überschrittener Frist

Quelle: G-BA

Über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

- gegründet vom Gesetzgeber im Jahr 2004
- entwickelt den Leistungskatalog für inzwischen 74 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stetig weiter
- wertet für seine Entscheidungen den Stand der medizinischen Erkenntnisse aus
- bezieht über Beteiligungsrechte das Wissen zahlreicher Verbände und Fachgesellschaften ein
- verantwortet aktuell mehr als 100 Richtlinien und Regelungen
- legt seit 2016 einen Fristenbericht vor

Nähere Informationen unter → [g-ba.de](https://www.g-ba.de)

Die Boomer, die Kipppunkte und die Zukunft der Pflege

Text von Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Das Ausscheiden der sogenannten Baby-Boomer-Generation verschärft die Situation der beruflichen Pflege in Deutschland massiv. Das zeigt der aktuelle **Pflegereport der DAK-Gesundheit**. Neben erheblichen Finanzierungslücken in der Pflegeversicherung bedroht die steigende Personalnot zunehmend die Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Seit über zehn Jahren lässt die DAK-Gesundheit einen Pflegereport erstellen und widmet sich auf diese Weise einem immer mehr an Bedeutung gewinnenden gesellschafts- und sozialpolitischen Thema. 96 Prozent der Bevölkerung sehen das genauso. Zu leicht gerät das Thema (Langzeit-)Pflege in den Schatten der Gesundheitspolitik. Die DAK-Pflegereporte sind insofern ein Garant dafür, dass relevante Pflgethemen nicht im Souterrain der Sozialpolitik bleiben. In 2024 wurde ein demografisch relevantes Thema aufgegriffen: Der Blick richtet sich auf die Boomer, die geburtenstärksten Jahrgänge unserer Zeit. Sie scheiden aus dem Beruf aus – das gilt auch für die in der Pflege tätigen Boomer. Sie werden künftig eine große Zahl auf Pflege angewiesener Menschen „stellen“. Bis dahin werden sie nicht selten mit Aufgaben informeller Pflege konfrontiert sein – als Angehörige, Partner, Freunde und Nachbarn.

Zu den Kernaussagen des DAK-Pflegereports gehören die sogenannten Kipppunkte zwischen Berufsaustritten und Qualifikationen für die Pflege. Gemeinsam mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegewissenschaften (DIP) wurden für alle Bundesländer die Qualifizierungsreserven ermittelt. Sobald mehr Pflegekräfte aus dem Beruf altersbedingt ausscheiden als nachrücken (können), tritt der personelle „Kipppunkt“ der Pflege ein.

Der DAK-Pflegereport bezeichnet dies als einen der Boomer-Effekte. Die Qualifizierungsreserve sinkt (dramatisch) – allerdings mit großen Unterschieden zwischen den Bundesländern. Während Bayern über die geringste Qualifizierungsreserve verfügt und den Kipppunkt bereits 2028/29 erreichen wird, ähnlich wie Sachsen-Anhalt und Bremen, sieht dies etwa in Nordrhein-Westfalen, aber auch in Thüringen anders aus: Hier hat man wohl rechtzeitig stärker in die Pflegeausbildung investiert. Auch sind die demografischen Entwicklungen unterschiedlich. In manchen Regionen nimmt aktuell die Zahl der über 75-Jährigen ab. Daher lohnt ein genauer Blick in die Bundesländer für eine systematische Pflegebedarfsplanung; aber auch in die Regionen, die Landkreise und kreisfreien Städte, da es auch hier große Unterschiede zu verzeichnen gilt. Die Aufrechterhaltung

hoher Ausbildungszahlen – 2021 war der Pik mit den höchsten Ausbildungszahlen an Pflegeschulen bislang – ist ebenso eine Obliegenheit der Bundesländer und Regionen. Das gilt auch für den Ausbau akademischer Qualifizierungskapazitäten: Sie werden für die Zukunft von noch größerer Bedeutung werden als heute. Auch für Abiturient:innen muss die Pflege ähnlich attraktiv werden wie die Medizin. Immerhin hat die Bundesregierung den Weg zu einer attraktiveren akademischen Pflegeausbildung eröffnet. An dem Thema Zuwanderung führt kein Weg vorbei – insbesondere für



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

Auszubildende. Gefragt sind entsprechende Investitionen in Integration, in soziale Unterstützung, aber auch in eine Grundhaltung in der deutschen Bevölkerung: Zuwanderung ist willkommen und ohne sie werden wir den „Standort Deutschland“ nicht halten und die vielen Konsequenzen des demografischen Wandels nicht auffangen können.

Zum DAK-Pflegereport gehörte auch wieder eine Routinedatenauswertung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), durchgeführt von der OptiMedis AG in Hamburg. Wie ist der Gesundheitsstatus der beruflich Pflegenden? Die Befunde sind erschreckend: In der Altenpflege beträgt die Zahl der Tage der Arbeitsunfähigkeit (AU) weit über 50, das sind im Schnitt etwa drei Monate. Die AU-Tage liegen deutlich über dem Durchschnitt der in anderen Berufen tätigen älteren Arbeitnehmer:innen. Auch hier finden sich große Unterschiede – regional, aber insbesondere auch bezogen auf die Arbeitgeber. Die Sozial-Holding in Mönchengladbach etwa verzeichnet bei den Mitarbeitenden der Boomer-Generationen lediglich einen durchschnittlichen AU-Ausfall von etwa 18 Tagen pro Jahr. Gesundheitsprävention, günstige Arbeitsbedingungen, sicherere Dienstpläne: All das sind Maßnahmen, die insbesondere bei der älteren Belegschaft von größter Bedeutung sind. Anders als häufig kolportiert wird, bleiben Pflegende überwiegend bis zum offiziellen Renteneintritt im Beruf. Bei den Pflegehilfs- oder Assistenzkräften ist dies noch stärker zu beobachten, sie arbeiten häufig über die gesetzliche Altersgrenze hinaus. Das hat dann auch etwas mit Armutsvermeidung zu tun. Während Pflegefachpersonen inzwischen vergleichsweise sehr gut verdienen – sie gehören zu dem in der Regel bestbesoldeten nicht akademischen Ausbildungsberuf –, gilt dies nicht für Pflegeassistentenkräfte, insbesondere nicht für diejenigen, die in Teilzeit arbeiten.

Ein weiterer Baustein des DAK-Pflegereports ist traditionell eine repräsentative Bevölkerungsbefragung, durchgeführt vom Institut für Demoskopie Allensbach. Die Bevölkerung sieht in dem Pflege Thema eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen, sie befürchtet deutlich steigende Kosten für die Pflege. Gerade die Boomer-Generation zeigt sich in hohem Maße bereit, selbst Pflegeaufgaben sowohl in Partnerschaft als auch in Familie, aber auch gegenüber Nachbarn und Freunden im Sinne einer regelhaften Unterstützung zu übernehmen. Immerhin 50 Prozent signalisieren, dass sie bereit wären, entweder gegen oder ohne Entgelt regelmäßig Unterstützung im sozialen Nahraum übernehmen zu wollen. Das sind die guten Nachrichten. Was die Finanzierung der Pflegeversicherung angeht, ist man in Sorge und gleichzeitig aber auch nicht sehr bereit, höhere Beiträge zu akzeptieren oder privat Vorsorge zu schaffen, etwa durch eine private Zusatzpflegeversicherung.

Pflegemythen

MYTHOS Pflegekräfte verweilen nur wenige Jahre in ihrem Beruf. **ERKENNTNIS** Pflegekräfte sind berufstreu.

MYTHOS Es gab einen „Pflexit“, eine coronabedingte Flucht aus dem Beruf. **ERKENNTNIS** Die Zahl der Erwerbstätigen in der beruflichen Pflege ist stabil.

MYTHOS Der Pflegeberuf ist unattraktiv. **ERKENNTNIS** 2020/ 2021 wurden so viele Pflegende ausgebildet wie noch nie. Die Ausbildungszahlen halten sich auch nach Einführung der generalistischen Ausbildung stabil. Dabei spielen allerdings Zugewanderte regional eine zum Teil wesentliche Rolle.

MYTHOS Die Krankenhäuser entziehen dem ambulanten Pflegemarkt durch eine bessere Bezahlung oder bessere Arbeitsbedingungen die Fachkräfte. **ERKENNTNIS** Beruflich Pflegende sind sektoren- und ortstreu.

Der Pflege-Bahr (eingeführt 2013 im Rahmen des Pflegeausrichtungsgesetzes) ist gescheitert und eine private Pflegezusatzversicherung ist etwas für die obere Mittelschicht. Auch ein Steuerzuschuss wird von der Bevölkerung eher abgelehnt, dafür wird insbesondere von den niedrigen Einkommensgruppen eine stärkere Belastung von einkommensstärkeren Haushalten für richtig gehalten. In welche Richtung eine solche Aussage zu interpretieren ist, das gehört zu den spannenden Fragen der nächsten Jahre. Das Gutachten zur Finanzierung der Pflege für das Bundeswirtschaftsministerium, noch in der Vorläuferregierung unter Angela Merkel in Auftrag gegeben, empfiehlt den Verbrauch der Vermögen der Boomer-Generation, was letztlich auf einkommens- und vermögensabhängige Leistungen hinauslaufen würde – nicht sonderlich attraktiv, insbesondere auch in den ostdeutschen Bundesländern nicht.

Neuere Wohnformen werden auch in der Bevölkerung für wichtig erachtet. Man wünscht sich eine Gleichstellung in der Finanzierung von Wohngruppen und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die Aussagen passen zu den Überlegungen im Bundesgesundheitsministerium, neue Wohnformen mit in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung einzubeziehen. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat hier den etwas belegten



Begriff von „stambulant“ aufgegriffen. Große Unsicherheit besteht in der Bevölkerung, man ist in der Regel ratlos, wie man sich mit den in der Zukunft zu erwartenden Herausforderungen in der Pflege auseinandersetzen kann und soll. Insofern lohnt die systematische Befassung insbesondere auch auf kommunaler Ebene mit der Frage, wie wir füreinander sorgen. Das Leitbild der Caring Community ist hier eines, das einen Rahmen für diese Überlegungen anbietet. In 16 qualitativen Interviews hat AGP Sozialforschung beruflich Pflegende aus der Boomer-Generation interviewt. Für viele war die Pflege ein Traumberuf und könnte es auch sein. Nur scheint durch die Interviews auch inzwischen viel Erschöpfung durch: Die Personalengpässe stellen sich als Belastung für die Pflegenden dar. Auch zeigt sich, dass moderne Professions- und Berufskonzepte der Pflege bei den älteren beruflich Pflegenden nicht besonders resonanzfähig sind. Die „ganzheitliche Pflege“ steht im Vordergrund, man möchte für die auf Pflege angewiesenen Menschen insgesamt sorgen

– psychosozial und medizinisch-pflegerisch. Das, was etwa die Vorbehaltsaufgaben der Pflege gemäß § 4 Pflegeberufegesetz als Aufgaben- und Kompetenzprofil nahelegen, die Steuerung des Pflegeprozesses, gehört mit Ausnahmen nicht zum beruflichen Identitätsset der Boomer-Generation. Auch deuten sich nicht ganz unerhebliche Differenzen zwischen den unterschiedlichen Generationen beruflich Pflegenden an: Die Generation der Boomer, die Generation Z, sie prägen unterschiedliche Einstellungen zum Beruf. Der Beruf hat auch typischerweise unterschiedliche Bedeutung in der Lebensgestaltung. Auch der immer größer werdenden Anzahl von beruflich Pflegenden mit internationaler Familiengeschichte begegnen die Boomer differenziert: Sie sehen sie als Bereicherung, als Ergänzung, aber zum Teil auch durchaus mit einem kritischen Auge. Pflege ist ein Frauenberuf, auch das scheint aus den qualitativen Interviews immer wieder hervor: Diskontinuitäten in der Berufsbiografie, Unterordnung der Berufskarriere in der Pflege gegenüber dem Beruf des Mannes – typisch für die Pflege und ein Hindernis für eigenständige Karrieren und Aufstieg. Schließlich wird als relevante Erkenntnis deutlich, dass die zunehmende Kommerzialisierung der Pflege sich negativ auf die Berufsmotivation auswirkt. Wenn man sich schon mit viel Empathie und hoher Einsatzbereitschaft für die Patient:innen und auf Pflege angewiesene Menschen einsetzt, passt das nicht in einen kommerziellen Kontext, in dem Fragen der Rendite bei einer ganzen Reihe von Trägern doch eine unübersehbare und spürbare Wirkung entfalten.

Pflegepolitische Agenda

- **Pflegeversicherung zukunftssicher gestalten.** Kapitalgedeckte Zusatzversicherungen greifen erst in 40 Jahren.
- **Informelle Pflege neu denken, unterstützen und qualifizieren.** Ohne sie gibt es keine Antworten auf die Sorge- und Pflegeaufgaben der Zukunft.
- **Neue Wohnformen absichern, planen und fördern.** Es braucht Alternativen zur Heimversorgung und zur klassischen häuslichen Pflege durch Angehörige auf kommunaler Ebene.
- **Professionelle Pflege in ihrer Eigenständigkeit fördern.** Die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens muss eine anerkannte Stellung und eine der Medizin vergleichbare Verantwortung erhalten.
- **Effizienz der gesundheitlichen Versorgung stärken.** Ohne sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gelingt es nicht, Pflegebedürftige überall in Deutschland gut zu begleiten.
- **Konsequente Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegeberufe.** Betriebliche Gesundheitsförderung und andere Präventionsstrategien zeigen Wirkungen.
- **Qualifizierung und Ausbildung in der Pflege flächendeckend sichern.** Um den Stand der guten Ausbildungszahlen in der Pflege zu halten, bedarf es in allen Regionen Ausbildungskapazitäten. Das gilt es bei der Krankenhausreform in den Blick zu nehmen.

Wie soll es weitergehen mit der Pflege? Eine pflegepolitische Agenda steht am Ende des DAK-Pflegereportes, „garniert“ durch 16 Good-Practice-Beispiele, aus jedem Bundesland eines. So ist die Bestandsaufnahme des DAK-Pflegereports schonungslos, gerade was die Zukunft der beruflichen Pflege angeht. Sie zeigt aber auch Perspektiven und Wege auf: Eigenständigkeit der Pflege, Eigenverantwortung der Pflege, stärkere Rolle der Kommunen und möglicherweise doch eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung, die nicht mehr allein Marktgesichtspunkten folgen darf. Finanziell ist die Pflegeversicherung schon 2024 „am Ende“. Insofern wird man sich so oder so grundlegend über die sozialstaatliche Sicherung von dem, was wir in Deutschland Pflegebedürftigkeit nennen, Gedanken machen müssen. Konzepte der Pflegevollversicherung oder des Sockel-Spitze-Tausches sind in jedem Fall vom Tisch. Auch eine „Mehrpersonalisierung“ der Pflege erscheint unrealistisch. Kompetenzorientierter Einsatz von Fachkräften, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte und zivilgesellschaftlich flankierte Selbstorganisation von Sorge: Darin liegen die Perspektiven der „Pflegerepublik Deutschland“. ■

→ t1p.de/ng0cw

Fachkräftemangel in der Pflege bekämpfen

Im Vorfeld des Inkrafttretens wichtiger Teile des neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetzes am 1. Juni 2024 haben der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) als zusätzlichen Baustein für die Pflege die gesetzliche **Einführung einer sogenannten Kompetenzvermutung** gefordert.

Um Pflegeteams zu entlasten und die pflegerische Versorgung zu sichern, sollten internationale ausgebildete Pflegefachkräfte auch in Deutschland ohne zeitliche Verzögerung in der Versorgung von Pflegebedürftigen eingesetzt werden können. Durch die vom vdek und bpa geforderte Kompetenzvermutung können internationale Pflegekräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem Studium sowie den notwendigen Sprachkenntnissen sofort als Fachkräfte in Deutschland tätig werden. Weitere Prüfungen von Ausbildungsinhalten und gegebenenfalls notwendigen Anpassungsmaßnahmen erfolgen im notwendigen Maß dann erst nachgelagert.

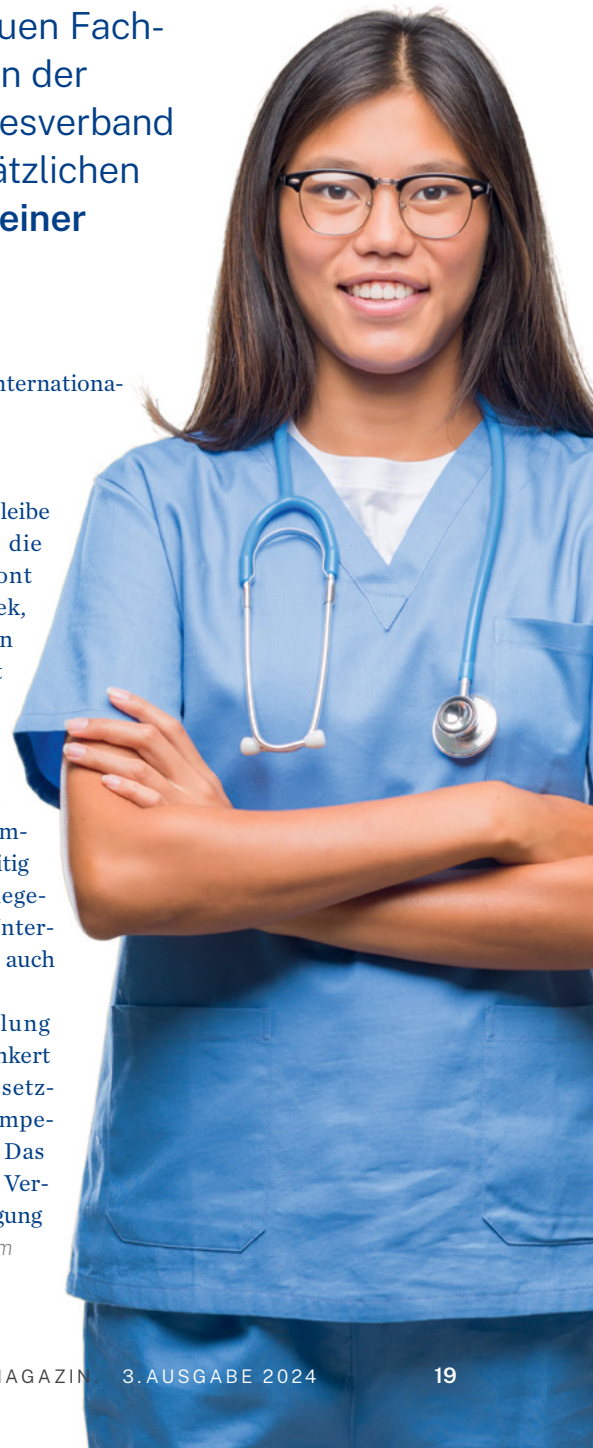
„Pflegerkräfte ächzen unter einer immer weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung und die Politik schickt tausende gut ausgebildete internationale Kräfte monatelang – nicht selten mehr als ein Jahr – auf die Ersatzbank, bis auch die letzte Behörde ihren Stempel auf ein Zeugnis gemacht hat. Das geht so nicht“, sagt bpa-Präsident Bernd Meurer. „Wer uns bei der Versorgung unserer pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger helfen will, muss mit offenen Armen begrüßt und nicht zuerst durch deutsche Bürokratie abgeschreckt werden.“

Das schwäche die Pflege auch im internationalen Wettbewerb um diese Kräfte.

Qualität bleibt gesichert

Durch die Kompetenzvermutung bleibe die Qualität der Versorgung für die Pflegebedürftigen gesichert, betont die Vorstandsvorsitzende des vdek, Ulrike Elsner. „Vorfahrt erhalten nur internationale Pflegekräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem Studium. Sie müssen außerdem angemessene sprachliche Qualifikationen vorweisen. Damit sichern wir das Kompetenzniveau und schaffen gleichzeitig die Möglichkeit, wieder mehr Pflegebedürftigen eine professionelle Unterstützung anzubieten. Das entlastet auch die betroffenen Familien enorm.“

Eine entsprechende Regelung könnte im Pflegeberufegesetz verankert und dazu in das anstehende Gesetzgebungsverfahren zum Pflegekompetenzgesetz eingebracht werden. Das würde eine schnelle und wirksame Verbesserung der pflegerischen Versorgung bedeuten, betonen die Verbände. *pm*



Hitzeaktionspläne zum Schutz der Gesundheit

Text von Prof. Dr. Henny Annette Grewe

Hitze ist auch in Deutschland eine ernst zu nehmende Gesundheitsgefahr, wie die jährlichen Sterblichkeitszahlen ausweisen. Andere europäische Länder haben gezeigt, dass Prävention und Gesundheitsschutz bei Hitze machbar sind, wenn der **politische Wille** vorhanden ist.

Obwohl Perioden extremer Hitze kein ganz neues Phänomen sind, hat erst der Sommer 2003 vielen Ländern in Europa ihre Gefährlichkeit deutlich gemacht. In Frankreich, Italien, Spanien, Portugal und England wurden als Antwort auf hohe Sterbezahlen bereits im Jahr 2004 Hitzeaktionspläne implementiert, die Verantwortlichkeiten und Maßnahmen für jede administrative Ebene und für die Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem festlegen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fasste die Erfahrungen dieser Länder 2008 in einer Handreichung zusammen.

Deutschland befindet sich noch auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept und vor allem zu einer verbindlichen Umsetzung. Als erstes Bundesland implementierte Hessen bereits 2004 einen Hitzeschutzplan für stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege, dessen Umsetzung seitdem durch die hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht begleitet wird. Seit 2010 werden in Kassel in Verantwortung des Gesundheitsamtes Personen, die sich registriert haben, von Ehrenamtlichen bei Hitze警告ungen angerufen und beraten.

Auf Bundesebene werden seit Jahren Projekte zur Klimaanpassung, unter anderem auch für den Gesundheitsschutz während Hitzewellen, finanziert. Im Jahr 2017 veröffentlichte das Bundesumweltministerium Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit, die sich an die Länder und Kommunen richten, aber auch das Gesundheits- und Sozialsystem berücksichtigen. Die Gesundheitsministerkonferenz beschloss im Jahr 2020 die Implementierung von Hitzeaktionsplänen innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes, die „primär von den Kommunen und betroffenen Instituten“ zu erstellen seien.

Hitzeschutz nach französischem Vorbild

Seit 2023 veröffentlicht das Robert Koch-Institut im Sommer wöchentliche Berichte zur hitzebedingten Mortalität in Deutschland – und das Bundesgesundheitsministerium plant auch die Erarbeitung eines Hitzeschutzplans nach französischem Vorbild. Betrachtet man dieses Vorbild, fällt zunächst auf, dass der nationale Hitzeschutzplan Frankreichs („Plan National Canicule“) durch gesetzliche Regelungen, die unter anderem die Kommunen zu einem

Registrierungsangebot für gefährdete Bevölkerungsgruppen verpflichtet, gestützt wird. Der französische Hitzeaktionsplan war und ist auf die Prävention und den Gesundheitsschutz in Akutsituationen ausgerichtet. Da Hitze anderen Naturgefahren gleichgestellt ist, gliedern sich die Maßnahmen und Verantwortlichkeiten in die Systeme des Katastrophenschutzes ein. Institutionen wie Krankenhäuser, Pflegeheime, Rettungsdienste oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen müssen ebenso wie Kommunen und Verwaltungsbezirke („Départements“) Maßnahmenpläne für Hitzeereignisse vorhalten.

Besondere Zielgruppen sind ältere Menschen, Obdachlose, Menschen in prekären Lebenslagen sowie Säuglinge und Kleinkinder, daneben kommt dem Arbeitsschutz eine hohe Bedeutung zu. Die Vor- und Nachbereitung jedes Sommers erfolgt in Abstimmung zwischen den regionalen Gesundheits- und Pflegeversorgern und den Verantwortlichen in den Kommunen beziehungsweise Verwaltungsbezirken. Teil dieser Abstimmung ist die Versorgungsplanung, die unter anderem die Bereitstellung von Bettenkapazitäten in Krankenhäusern und Pflegeheimen

betrifft. Pflegeheime müssen zum Beispiel kühle Räume für den vorübergehenden Aufenthalt ihrer Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch für Verlegungen aus Krankenhäusern oder für die Aufnahme von älteren Menschen aus der Kommune vorhalten. Dank eines nahezu in Echtzeit arbeitenden, regional auswertbaren Überwachungssystems, basierend auf täglich aktualisierten Notfalldaten von Krankenhäusern und ambulanten Notdiensten, können Maßnahmen sowohl in jedem Verwaltungsbezirk als auch auf zentralstaatlicher Ebene bedarfsgerecht nachjustiert werden. Diese Nachjustierung betrifft auch das französische Hitzewarnsystem, das seine Schwellenwerte für Warnungen unter anderem an den Sterblichkeitszahlen ausrichtet.

An guten Vorschlägen für sinnvolle Einzelmaßnahmen mangelt es in Deutschland nicht. Etliche Kommunen und Institutionen verfügen bereits über Hitzeaktionspläne oder arbeiten daran, auch einige Länder und Ministerien auf Bundesebene sind aktiv. Diese Vielfalt zu einem verbindlichen Gesamtkonzept zu bündeln und seine Umsetzung finanziell dauerhaft abzusichern, ist die Herausforderung, vor der wir stehen. ■



Prof. Dr. Henny Annette Grewe ist Professorin im Ruhestand an der Hochschule Fulda und Experte für Klimaanpassung und Gesundheit



Am 5. Juni 2024 hat ein bundesweiter Hitzeaktionstag stattgefunden. Daran beteiligte sich auch der vdek mit vielen weiteren Akteur:innen des Gesundheitswesens. Der Hitzeaktionstag hat zum Ziel, Hitzeschutz in allen Lebensbereichen und auch in der Gesetzgebung zu

verankern, um Deutschland in den nächsten Jahren hitzeresilient zu machen. **Im Rahmen des Hitzeaktionstages initiierte der vdek ein Projekt zur Förderung des Hitzeschutzes in der Pflegeberatung.** Pflegebedürftige Personen sind durch die Klimakrise besonders gefährdet. Insbesondere Hitze stellt dabei ein großes Risiko dar. Daher müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Hitzekompetenz dieser Personen selbst, aber auch ihrer Angehörigen zu erhöhen. Um diese Menschen zu schützen, ist es essenziell, auch diejenigen zu sensibilisieren, die im direkten Kontakt zu ihnen stehen. Der Pflegeberatung kommt hier eine zentrale Rolle zu. Um den Hitzeschutz pflegebedürftiger Personen zu stärken, werden im Rahmen des Projektes zielgruppenspezifische Multiplikator:innenschulungen zum Thema Hitzeschutz für Pflegeberater:innen entwickelt und durchgeführt. Das Projekt wird in Kooperation mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) umgesetzt. *sr*

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Erfolgreiches Präventionsprojekt baut Mauern gegen Sucht

Unabhängig: Stark und selbstbewusst ins Leben“ gehen – das ist laut dem 4. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht für fast jedes sechste Kind in Deutschland kaum möglich. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien tragen bereits früh schwere Lasten auf ihren Schultern. **Deswegen baute die Kinderarche Sachsen e.V. zwischen November 2021 und April 2024 gemeinsam mit dem vdek im gleichnamigen Präventionsprojekt „Unabhängig: Stark und selbstbewusst ins Leben“ Mauern gegen Sucht auf.** 45 Kinder, Jugendliche und deren Mütter aus den Kinderarche-Einrichtungen in Lichtenstein, Lichtenberg, Reichenbach, Burgstädt und Kamenz setzten sich mithilfe der Fachkräfte vor Ort, Multiplikator:innen sowie Referent:innen intensiv mit dem herausfordernden Thema auseinander. Von Beginn an war klar, dass es vor allem um Aufklärung und Selbstvertrauen gehen wird. Durch individuelle, an den Bedürfnissen der Einrichtung ausgerichtete

Workshops konnte umfangreiches (Fach-)Wissen vermittelt werden. Das Neuerlernte wurde kreativ und spielerisch unter pädagogischer Anleitung von der Zielgruppe im Alltag umgesetzt. Aber auch die Kinderarche Sachsen setzte ihr neues Wissen um: Ein Fachstandard „Suchtprävention“ wurde entwickelt und in allen Einrichtungen implementiert. **Bereits während der Projektumsetzung zeigten sich erste Erfolge:** 45 Prozent reduzierten den Alkoholkonsum, 35 Prozent nutzten weniger digitale Medien, 22 Prozent verringerten den Energydrink-Konsum und 6 Prozent rauchten weniger. Mit gestärktem Selbstbewusstsein und mehr Wissen zu Suchtmitteln sowie zum Umgang mit Medien sehen alle Projektteilnehmer:innen positiv in die Zukunft. Zur Verstetigung stehen zukünftig Materialien wie Reflexionskarten und Rauschbrillen-Koffer in den Einrichtungen zur Verfügung. Das Präventionsprojekt wurde mit rund 260.000 Euro im Rahmen der Initiative „Gesunde Lebenswelten“ gefördert. *aw*

Zukünftig landesweit Telenotärzte für die Notfallversorgung

Aufgrund des Notarztmangels sowie des steigenden Einsatzaufkommens im Rettungsdienst ergreift das Ministerium für Inneres und Sport Sachsen-Anhalt Initiativen, um den Rettungsdienst mithilfe digitaler Mittel effizienter zu gestalten. **Ein Instrument ist die landesweite Einführung von Telenotärzten. Pilotprojekte beginnen ab dem 1. Oktober 2024 unter anderem in Halle (Saale).** Die vdek-Landesvertretung befürwortet diese Initiative grundsätzlich. Für die landesweite Einführung von Telenotärzten sind Änderungen des Rettungsdienstgesetzes Sachsen-Anhalt erforderlich. Das Innenministerium will zudem ein Steuerungsgremium unter Beteiligung der Kostenträger einrichten, welches zukünftig unter anderem die Landesplanung der Notarztstandorte inklusive Telenotärzten



berät. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fordern hier ein Stimmrecht ein. Die Finanzierung der Pilotprojekte soll über die Kosten-Leistungsnachweise im Rettungsdienst erfolgen und für die Versicherungsgemeinschaft möglichst kostenneutral ausfallen: Ein Notarzt kann oder muss nicht unbedingt vor Ort sein, dafür kommt der Telenotarzt zum Einsatz. Ziel ist, zunächst die unmittelbare notärztliche Versorgung zu unterstützen. **Die vdek-Landesvertretung erwartet, dass sich die Einsatzzahlen für Notärzte vor Ort durch den Einsatz des Telenotarztes reduzieren.** Dies sollte zu einer Reduzierung der Anzahl der Notarztstandorte im Rettungsdienst führen. Freiwerdende Mittel sollten für die Weiterentwicklung der Telemedizin im Rettungsdienst genutzt werden. *els*

Aus dem Schatten ins Rampenlicht: Woche der pflegenden Angehörigen

In Berlin leben über 85 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf zu Hause. Sie werden von Angehörigen, Nachbar:innen und Freund:innen versorgt, die viel Herzblut, Tatkraft und Lebenszeit investieren. Ihnen zu Ehren fand unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters Kai Wegner vom 25. Mai bis 1. Juni 2024 zum siebten Mal die Woche der pflegenden Angehörigen statt. **Nach dem Motto „Aus dem Schatten ins Rampenlicht“ wurde die zumeist im Stillen gelebte Solidarität von pflegenden Angehörigen gewürdigt und die hohe gesellschaftliche Relevanz dieses Engagements in den Mittelpunkt gerückt.** Neben Informations- und Austauschformaten wie dem Markt der Möglichkeiten wurden kleine Auszeiten vom Pflegealltag ermöglicht.



Die Ersatzkassen unterstützen die Woche der pflegenden Angehörigen seit Jahren als Premiumpartner. **Ziel der Veranstaltung ist es, in Berlin eine nachhaltige Anerkennungskultur für die pflegenden Angehörigen zu etablieren.** Dabei wurde den Betroffenen eine Vielzahl von Möglichkeiten geboten, sich umfassend über verschiedene Entlastungsangebote zu informieren. Gleichzeitig konnten sie als Dank für ihr Engagement kostenfrei an zahlreichen Veranstaltungen teilnehmen, beispielsweise am Fest der Kulturen und der traditionellen Dampferfahrt. Höhepunkt der Veranstaltung bildete die Ehrengala im Roten Rathaus, in deren Rahmen an ausgewählte pflegende Angehörige der „Berliner Pflegebär“ verliehen wurde. *ug*

X @vdek_MV #MVerkenntSepsis Der #vdek unterstützt die Aktion von #SepsisDialog und packt heute auch in Greifswald mit an. Gemeinsam mit MV-Ministerin Stefanie Drese und vielen Helfenden tüten wir unzählige Infomaterialien für Arztpraxen und Apotheken in MV ein. @DeErkenntSepsis #MVimBlick

X @vdek_HB Ambulantisierung und RGZ zur Kompensierung bei der Umgestaltung des Krankenhausesektors – was ist dafür nötig? Dr. Klingelhöfer, HBKG/RKK, @JSchreyoegg, Christine Hillebrecht, Ärztekammer und Michael Fischer, @sgfv_bremen diskutieren beim #vdek #Bremen

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Erster „Regionaler Gesundheitspartner“ an der Wurster Nordseeküste gestartet



v. l. n. r.: Staatssekretär Matthias Wunderling-Weilbier (Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung), vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Sarah Silva Faustino (RVZ Wurster Nordseeküste), Hanno Kummer (vdek-Landesvertretung Niedersachsen) und Friedhelm Ottens (Landkreis Cuxhaven) auf der Pressekonferenz zum Projektstart

Dort, wo andere Urlaub machen, geht für manche die Arbeit jetzt erst richtig los: An der Wurster Nordseeküste im Landkreis Cuxhaven ist im Mai 2024 ein neues Projekt der Ersatzkassen gestartet. Die Menschen vor Ort können ab sofort Angebote nutzen, die bislang noch nicht zur medizinischen Regelversorgung gehören. **Möglich werden die neuen Angebote dadurch, dass die Ersatzkassen mit „Regionalen Gesundheitspartnern“ zusammenarbeiten.** Der erste Partner dieser Art ist das Regionale Versorgungszentrum (RVZ) in der Gemeinde Wurster Nordseeküste. Mit dem Projekt wollen die Ersatzkassen das regionale Versorgungsangebot in ländlichen Gegenden mit schwieriger Versorgungslage verbessern und zukunftsweisende Versorgungsansätze voranbringen. „Demografischer Wandel und Fachkräfteknappheit stellen die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen, gerade auch in einem Flächenland

wie Niedersachsen. Hier sind neue Antworten gefordert“, so Hanno Kummer, Leiter der vdek-Landesvertretung. **Davon profitieren unter anderem ältere und demenzielle Patientinnen und Patienten, aber auch andere Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf:** Um diese Gruppen kümmern sich sogenannte Care und Case Manager. Diese sind Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer und vermitteln auch vorhandene Pflegeangebote und Unterstützungsangebote etwa fürs Einkaufen. Dabei werden alle Maßnahmen auf die persönliche Situation der Patientin beziehungsweise des Patienten abgestimmt. Außerdem unterstützen die Care und Case Manager beim Kontakt mit Kranken- und Pflegekassen. Zu den weiteren Angeboten im RVZ zählen Hausbesuche mit einem Telemedizin-Rucksack sowie die Einbindung neuer Gesundheitsberufe, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. *siko*

Kochen verbindet! Warum das in St. Ingbert besonders gut klappt

Gemeinsam schmeckt es besser“, das ist nicht nur der Titel eines Kochevents der AWO Saarland, sondern auch die Überzeugung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Events. Schon seit Ende 2022 wird in St. Ingbert fleißig gekocht, getanzt und vor allem gemeinsam mehr für die eigene Gesundheit getan. Möglich macht dies das vom vdek Saarland unterstützte Projekt „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“. **Aber warum ist es den St. Ingberterinnen und St. Ingbertern überhaupt wichtig, gesünder zu leben und zu essen?** Die AWO Saarland hat Anfang März 2024 beim Kochevent nachgefragt. Ein Teilnehmer gab frei heraus zu, nie das Kochen gelernt zu haben. Weil es gerade im Alter aber mal vorkomme, dass die Ehepartnerin etwa krankheitsbedingt das Kochen nicht



mehr übernehmen könne, sei es ihm wichtig, dass er auch seine Frau gut versorgen könne. Schließlich habe sie ihn seit Jahrzehnten so gut bekocht! Dass es ihm auch noch so viel Spaß gemacht und so gut geschmeckt hat, sind willkommene Zusatzaspekte. Die etwa 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren sich alle einig: Es gibt Wiederholungsbedarf! **Mit dem Projekt „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“ möchten die AWO und der vdek im Saarland älteren Menschen in St. Ingbert Mitte aufzeigen, wie sie ihren Alltag gesünder gestalten können.** Zuletzt ist dies im März beim Kochevent mit dem Gemeindevorstand von St. Franziskus und dem lokalen Männerkochverein gelungen. Eines ist sicher bei so viel Zuspruch – es wird weitere Treffen geben. *aml* → t1p.de/2ru3d

Startschuss für „Regionalen Gesundheitspartner“ im Münsterland

Es ist die Erprobung innovativer Versorgungsansätze in ländlichen Regionen: In Gronau-Epe wurde am 31. Mai feierlich die Sicherstellungspraxis der Gemeinschaftspraxis (GMP) Gesenhues & Partner eröffnet. Epe, seit 1975 Stadtteil von Gronau, liegt an der Grenze zwischen Deutschland und den Niederlanden im nördlichen Münsterland. Mit der Eröffnung stellt die GMP Gesenhues & Partner die regionale medizinische Versorgung in der Region sicher. „Bei allen Bemühungen, die Zahlen bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten zu steigern: **In Zeiten des Ärztemangels benötigen wir innovative Lösungen, um auch in Zukunft eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen zu können.** Das Konzept ‚Regionaler Gesundheitspartner‘, wie wir es hier sehen,



v. l. n. r.: Dr. Dirk Spelmeyer (KVWL), Dr. Sebastian Gesenhues, Prof. Dr. Stefan Gesenhues, Dirk Ruiss (vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen), Gerhard Herrmann (MAGS NRW), Ulrich Adler (TK), Gronaus Bürgermeister Rainer Doetkotte, René Pödehl (KVWL), Boris von Maydell (vdek) und Peter Wörmann (Praxis Gesenhues)

ist ein solch innovatives Projekt. Daher begrüße ich den Vorstoß der Ersatzkassen sehr“, so NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung: „Wir freuen uns, in einer ländlich geprägten Region Partner gefunden zu haben, die mit uns gemeinsam neue Ideen entwickeln und umsetzen.“ **Es ist ein Gewinn für alle Patientinnen und Patienten in der Region, dass medizinische Strukturen dort geschaffen werden, wo die Versorgung hausärztlich unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht ist.** Die „Regionalen Gesundheitspartner“ und die Ersatzkassen arbeiten bei diesem Konzept eng zusammen. Behandlungen sind persönlich vor Ort in der Praxis oder komfortabel telemedizinisch möglich – ärztliche Expertise ist stets gewährleistet. *pb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Rettung in Not? Ersatzkassenforum zeigt Reformbedarf bei der Notfallversorgung auch in Hessen

Menschen in Not benötigen schnelle und qualifizierte Hilfe. Gleichzeitig kann jeder Mensch in akuten Not-situationen schnell überfordert sein. Die meisten Menschen in Deutschland wissen, dass bei einem medizinischen Notfall unter der einheitlichen Notrufnummer 112 der Rettungsdienst zu Hilfe gerufen werden kann. Dass dieser aber nur für sehr schwere oder lebensbedrohliche Notfälle vorgehalten wird, ist nur wenig bekannt. Für alle anderen Notfallsituationen ist der ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) unter der Notrufnummer 116 117 zuständig. Er vermittelt im Bedarfsfall einen Hausbesuch oder informiert über die nächste Bereitschaftsdienstpraxis. Patient:innen haben in Notsituationen also unterschiedliche Optionen zur Auswahl. Das Nichtwissen über die 116 117 führt aber häufig entweder in die Notaufnahme eines Krankenhauses oder zur bekannten Notrufnummer 112. Die Folge sind zum Teil lange Wartezeiten in den Krankenhausnotaufnahmen oder telefonische Verweise an andere Stellen. Dies ist für Patient:innen oft unbefriedend. **Dagegen könnte eine am Patientenwohl orientierte Zentrierung der Notfallversorgung helfen, die mit der Errichtung sogenannter Gesundheitsleitstellen umgesetzt werden kann, wie es etwa in den Niederlanden, Dänemark oder in Teilen von Österreich bereits der Fall ist.** Wichtigste Maßnahme sind dabei standardisierte Notrufabfragen, welche die exakte Identifikation und Versorgung aller lebensbedrohlichen und besonders schweren Gesundheitsgefahren ermöglichen. Sie müssen durch telefonische Einschätzungsinstrumente ergänzt werden, mit denen die meisten Akutfälle bereits telefonisch fallabschließend bearbeitet werden können.

Zusätzlich zu den etablierten Reaktionsmöglichkeiten der Notfallversorgung werden weitere mobile und telemedizinische Ressourcen benötigt, mit denen die Bedarfe zielgenau, ressourcenschonend und fallabschließend bedient werden können. **Im Rahmen einer Fachveranstaltung der vdek-Landesvertretung Hessen haben am 21. Mai 2024 Fachexperten und Vertreter:innen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG), der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der rettungsdienstlichen Leistungserbringer und des vdek die fachlichen und rechtlichen Herausforderungen sowie Möglichkeiten der Umsetzung derartiger Konzepte beleuchtet.**



Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a. D. (oben) und Christof Chwojka (unten), Geschäftsführer der Björn-Steiger-Stiftung

Nach Grußworten von Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk (CDU) und Dr. Janosch Dahmen (Bündnis 90/Die Grünen) stellte Christof Chwojka (Geschäftsführer der Björn-Steiger-Stiftung) das von ihm maßgeblich umgesetzte Projekt „Notruf Niederösterreich“ beispielhaft für eine Gesundheitsleitstelle vor und hat dabei folgerichtig gefragt, warum solche Konzepte in Deutschland immer noch auf Bedenken stoßen. Der Vorsitzende Richter am Bundessozialgericht a. D., Prof. Dr. Ulrich Wenner, beleuchtete die rechtlichen Handlungsoptionen von Bund und Ländern bei der Etablierung solcher Konzepte. Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung, fasste die zentralen Erkenntnisse der Veranstaltung zusammen:

„Es gibt keinen Grund, die Reform der Notfallversorgung weiter zu verzögern! Es fehlt ausschließlich der politische Mut, die vorliegenden Reformvorschläge gemeinsam umzusetzen. Dies hilft allen Beteiligten. Die Zeit drängt, denn Notfälle haben keine Zeit.“ *hk*



EINWURF

Ambulante ärztliche Versorgung zukunftssicher aufstellen

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

Die ambulante ärztliche Versorgung ist das Rückgrat der medizinischen Versorgung. Die niedergelassenen Arztpraxen sind in der Regel die erste Anlaufstelle für die Versicherten im Krankheitsfall. Immer mehr ehemals stationär erbrachte Leistungen können heute auch ambulant behandelt werden. Das ist gut für die Patientinnen und Patienten und kostengünstiger als eine Behandlung im Krankenhaus. Dafür müssen wir unsere ambulanten Versorgungsstrukturen weiter stärken und modernisieren. Die älter werdende Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und der zunehmende Fachkräftemangel gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen erfordern neue sektorenübergreifende Versorgungskonzepte und neue Kooperationsformen zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Heilberufen.

Wir wollen für unsere Versicherten eine gute Versorgung organisieren. Dieses Ziel wird mit dem vom Kabinett beschlossenen Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) nur bedingt erreicht. Dies gilt vor allem für die geplante vollständige Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung. In ländlichen Regionen mit (drohenden) Versorgungsengepässen werden die Leistungen heute schon nahezu vollständig und unquotiert vergütet. Eine vollständige Entbudgetierung führt dazu, dass Beitragsgelder mit der Gießkanne verteilt werden, egal ob es sich um unterversorgte oder überversorgte Regionen handelt.

Kostenpunkt für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV): 300 Millionen Euro pro Jahr. Die jahresbezogene Chroniker- und Vorhaltepauschale kann dagegen positive Anreize setzen. Die Chronikerregelung ersetzt die quartalsbezogene Abrechnung und kann dazu führen, dass nicht notwendige Arztbesuche vermieden werden. Die Zahlung einer Vorhaltepauschale an Arztpraxen ist an Bedingungen geknüpft wie regelmäßige Hausbesuche oder bedarfsgerechte Öffnungszeiten. Positiv ist, dass Gesundheitskioske und die Bonifizierung der hausarztzentrierten Versorgung vom Tisch sind. Diese Angebote hätten keinen wesentlichen Mehrwert gehabt, aber hohe Kosten produziert.

Eine zielgerichtete Förderung neuer Kooperationsformen wie das Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) der Ersatzkassen, mit denen in ländlichen Regionen eine strukturierte Primärversorgung aufgebaut wird, finden sich in dem Gesetz jedoch nicht. Deshalb sollten jetzt weitere Nachbesserungen im parlamentarischen Verfahren vorgenommen werden. Die Stärkung der ambulanten Versorgung wird zudem nur gelingen, wenn rasch substanzielle Reformen im stationären Bereich, in der Notfallversorgung und im Rettungsdienst auf den Weg gebracht werden. So viel ambulant wie möglich, dieser Grundsatz gilt heute mehr denn je. ■
→ Mehr dazu auf Seite 12

Quo vadis, Krankenhausreform?



Um die Krankenhausreform voranzubringen, braucht das vom Bundeskabinett beschlossene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) dringend Nachbesserungen. Das Ziel, für mehr Qualität und Spezialisierung in den Krankenhäusern zu sorgen, darf nicht aus den Augen verloren werden. Darüber hinaus kommen durch die Reform Kosten in Milliardenhöhe auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu. So soll der 50 Milliarden Euro schwere Transformationsfonds zur Hälfte aus GKV-Beitragsgeldern finanziert werden. Allerdings ist diese Regelung verfassungswidrig, wie ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Dagmar Felix von der Universität Hamburg zeigt.





Reform mit ungewissem Ausgang

Text von Florian Ortmann und Stefan Wöhrmann

Wenn ein Unternehmen eine Unternehmens- oder Organisationsreform beabsichtigt, so wird diese in der Regel nur erfolgreich sein, wenn es gelingt, die Mitarbeiterschaft bei dem Vorhaben mitzunehmen. Diese Erkenntnis kann man auch auf die **Krankenhausreform** übertragen. Wenn es dem Bund nicht gelingt, die Länder mitzunehmen und für das Vorhaben zu motivieren, ist die Krankenhausreform von vornherein zum Scheitern verurteilt, spätestens bei ihrer Umsetzung.





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

Der Bundesgesundheitsminister spricht bei der Krankenhausreform mehrfach von einer Revolution, also einem abrupten grundlegenden Systemwandel. Entökonomisierung, Qualitätssicherung und Entbürokratisierung sind die Ziele, die er mit der Reform erreichen möchte. Der gemeinsame Nenner mit den Ländern und den Krankenhäusern sowie zunehmend auch mit den Krankenkassen scheint schmaler zu werden. Die Zielvorstellungen scheinen auseinanderzudriften: ein Umstand, der bei der Umsetzung der Reform zum Problem werden kann.

Reformnotwendigkeit

Seit der Einführung der diagnoseabhängigen Fallpauschalen (DRG) gab es keine nennenswerte Reform im Krankenhaussektor mehr. Allerdings sind in den letzten Jahren viele Veränderungen, die direkt und indirekt von der DRG-Einführung oder von exogenen Faktoren abhängen, eingetreten. Die Krankenhäuser reduzierten ihre Kosten, indem sie insbesondere Pflegepersonal eingespart sowie die Verweildauer reduziert haben und gleichzeitig die Fallzahl steigern konnten. Die Ausgaben der Krankenkassen konnten hiervon nicht entlastet werden, im Gegenteil. Die Zahl der Krankenhäuser hat sich erheblich verringert. Dies ging insbesondere auf Fusionen zurück, denn die Zahl der Standorte ist nahezu konstant geblieben. Die Länder merkten schnell, dass, wenn die Krankenhäuser Gewinne bei den Betriebskosten

realisieren, sie ihre Investitionsmittel reduzieren konnten. Anstatt eine aktive Planung der Krankenversorgung voranzutreiben, dokumentierten sie die Veränderungen des Krankenhausmarktes in ihren Krankenhausplänen. Die gewinnorientierten Krankenhausträger richteten ihr Leistungsportfolio an monetären und nicht an Versorgungsgesichtspunkten aus. Ländliche strukturschwache Gebiete neigen daher heute zur Unterversorgung und die prosperierenden Ballungsgebiete zur Überversorgung. Hinzu kommt in den ländlichen Regionen eine Überalterung und Schrumpfung der Bevölkerung und in den Ballungsgebieten ein aufgrund der Überversorgung ausgeprägter Fachkräftemangel. All dies erfordert Maßnahmen einer Krankenhausreform. Die Krankenhausvertreter fordern zur Lösung dieser Probleme wie schon seit Jahrzehnten mehr Geld. Dies wird von den Ländern unterstützt. Sie sehen darüber hinaus keine Notwendigkeit, ihr bisheriges passives Handeln zu ändern, geschweige denn ihren Investitionsverpflichtungen auch nur ansatzweise nachzukommen. Und die Krankenkassen wollen zukunftsfähige effiziente Strukturen, die auch in Zukunft noch finanzierbar sind und den Beitragszahler finanziell nicht überfordern. Der Bund steht also vor dem Dilemma, dass die finanziellen und personellen Ressourcen nicht ausreichen, um alle Krankenhäuser am Markt zu halten. Dass die ökonomisch gewachsenen Krankenhausstrukturen zwar die teuersten, nicht aber unbedingt die im internationalen Vergleich qualitativ hochwertigsten sind, verstärkt den Reformbedarf; ebenso, dass regionale Versorgungsunterschiede und insbesondere der nach der Pandemie eingetretene Fallzahlrückgang unterschiedliche Ursachen haben. Während in den Ballungsgebieten auf der Angebotsseite der Fachkräftemangel überwiegt, ist es in den ländlichen Regionen auf der Nachfrageseite der Bevölkerungsrückgang.

Strukturreform

Die strukturellen Veränderungen der Krankenhauslandschaft sollen im Rahmen der Krankenhausreform über die Vorhaltekostenfinanzierung erreicht werden. Diese hat eigentlich primär das Ziel, leistungsunabhängig die Bereitstellung eines Betriebes

Hinzu kommt in den ländlichen Regionen eine Überalterung und Schrumpfung der Bevölkerung und in den Ballungsgebieten ein aufgrund der Überversorgung ausgeprägter Fachkräftemangel.



Florian Ortmann
ist Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek



Stefan Wöhrmann
ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek



finanziell zu sichern. Die konkreten Überlegungen hierzu sind seitens des Gesetzgebers zu einer Zeit gereift, als die Fallzahlen der Krankenhäuser stark zurückgegangen waren und die Krankenhäuser ihre fixen Kosten mit den erzielten Erlösen nicht ausreichend decken konnten. Anstatt die Mehr- oder Mindererlösausgleiche anzupassen, geht das KHVVG einen neuartigen Weg. Die Finanzierung der Vorhaltekosten bezieht sich nicht auf ein ganzes Krankenhaus, sondern auf Teilbereiche des Leistungsgeschehens, sogenannte Leistungsgruppen. Leistungsgruppen sind vereinfacht ausgedrückt Unterbereiche von Fachabteilungen. Die Leistungsgruppen sind an Qualitätsanforderungen gebunden. Erfüllt ein Krankenhaus diese nicht, erhält es grundsätzlich keine Vorhaltekostenvergütung, es sei denn, das Land macht von seiner Kompetenz der Anwendung von Ausnahmeregelungen Gebrauch. Ist dies nicht der Fall, erhöht sich der Anteil der Vorhaltekostenvergütung derjenigen Krankenhäuser, die legitimiert werden, die Leistungsgruppe in einem Land zu erbringen. Die Vorhaltekostenfinanzierung verliert damit ihre Funktion der Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung und bekommt eine Selektionsfunktion. In den Ballungsgebieten, wo Überversorgung und akuter Fachkräftemangel herrschen, ist diese Selektion sehr begrüßenswert. In den ländlichen Regionen führt diese neue Finanzierungssystematik zur weiteren Unterversorgung. Gerade für die stationäre Grundversorgung in den ländlichen strukturschwachen Gebieten ist sie ungeeignet und wird zurecht von den Ländern kritisiert. Weshalb gerade die sogenannten Level Ii-Kliniken, die ausschließlich in den ländlichen Gebieten sinnvoll sind, keine explizite Vorhaltekostenvergütung erhalten sollen, bleibt unklar. Die Probleme in der Versorgungssituation der ländlichen und urbanen Gebiete haben unterschiedliche Ursachen; folglich muss eine einheitliche Lösung ins Leere laufen. Die schon im Koalitionsvertrag vorgesehene regionale Differenzierung fehlt in den Regelungsgehalten eines KHVVG.

Es ist zu erwarten, dass die Länder ihre jetzt schon eingeräumten Ausnahmeregelungen stärken und weiche Qualitätsanforderungen verlangen werden.

Ob es in den Ballungsgebieten zu einer Selektion von Krankenhäusern bei der Vergabe der Leistungsgruppen kommt, hängt von der Ausgestaltung der qualitativen Anforderungen ab. Zunächst wurde diese aus der Landesplanung aus Nordrhein-Westfalen in die Bundesgesetzgebung übertragen. Ausreichende finale Umsetzungserfahrungen liegen aber vermutlich erst zum Ende dieses Jahres vor. Die Pflege und Weiterentwicklung sollen in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt werden. Es ist zu erwarten, dass die Länder ihre jetzt schon eingeräumten Ausnahmeregelungen stärken und weiche Qualitätsanforderungen verlangen werden. Das Ausmaß der erhofften Selektion in der Leistungserbringung der einzelnen Leistungsgruppen kann daher jetzt schwer vorhergesagt werden. Die vom Bundesminister angekündigte Auswirkungsanalyse kann dies nicht ändern.

Eine weitere Stellschraube im Selektionsprozess sollen Mindestvorhaltezahlen einzelner Leistungsgruppen sein. Krankenhäuser eines unteren Perzentils in der Erbringung von Fallzahlen von Leistungsgruppen sollen von der Vorhaltekostenvergütung und damit von der Abrechnungsfähigkeit der betroffenen Leistungen ausgeschlossen werden. Die Ausgestaltung beziehungsweise Festlegung der Regelungen soll ebenfalls in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt werden. Auch hier gilt das Gleiche wie zu den oben ausgeführten Leistungsgruppen. Die Interessen zwischen Bund und Ländern dürften sich diametral verhalten; der Ausgang ist ungewiss.

Finanzierungsreform

Im Gegensatz zum ungewissen Ausgang der Strukturreform stehen die finanziellen Folgen der Reform schon heute fest: Es wird zu enormen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kommen. Allein für den Transformationsfonds werden ab 2026 jährlich 2,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds entnommen. Es ist zudem zu befürchten, dass der Transformationsfonds während seiner zehnjährigen Laufzeit schnell zweckentfremdet und für andere Investitionsprojekte

aus dem Zuständigkeitsbereich der Länder verwendet wird. Gleichzeitig soll den Kassen ab 2027 die Möglichkeit der Einzelfallprüfung genommen werden, was den Verlust von 1 Milliarde Euro mit sich bringt, die derzeit aufgrund der Einzelfallprüfungen jährlich an die GKV zurückfließt. Die Stichprobenprüfung, die stattdessen eingeführt werden soll, kann die Einzelfallprüfung kaum gleichwertig ersetzen. Um eine effektive Anreizwirkung für eine korrekte Abrechnung zu erhalten, wären eine realistische Hochrechnung der Prüfergebnisse und harte Sanktionen bei Falschabrechnungen notwendig. Beides ist nicht zu erwarten, da das Verfahren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart werden muss, die naturgemäß kein Interesse an einer Sanktionierung der Krankenhäuser besitzt. Die Einführung der Stichprobenprüfung verfolgt das Ziel der Entbürokratisierung. Sie führt jedoch zu Mehrausgaben und Fehlversorgung; insbesondere, weil durch fehlende Prüfmöglichkeiten auch die zwingend erforderliche Ambulantisierung untergraben wird.

Im Rahmen der Reform sind weitere Regelungen vorgesehen, die zu Ausgabensteigerungen führen, ohne die Versorgung der Patienten zu verbessern. Solche teuren Vorhaben sind die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen und die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Obergrenze für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte. Obwohl die Personalkosten der Krankenhäuser auch heute schon auskömmlich finanziert werden, werden die Krankenhausbudgets mit diesen Regelungen gleich doppelt erhöht. Wenn man den aktuell gültigen Orientierungswert und die aktuell gültigen Landesbasisfallwerte zugrunde legt, würden die Regelungen zu jährlichen Mehrausgaben von 1,5 Milliarden Euro führen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Tarifsteigerungen zukünftig einfach durchgereicht und die Kassen somit noch stärker belastet werden.

Die Einführung der Vorhaltefinanzierung soll hingegen ausgabenneutral erfolgen. Jedoch sind für bestimmte Fachrichtungen neben den Vorhaltebudgets jährliche Zuschläge in Höhe von insgesamt fast 800 Millionen Euro ab 2027 vorgesehen, die im Gesetz nicht näher begründet werden. Ein Nutzen für die

Patienten ist daher auch hier zu bezweifeln. Wenn man die finanzielle Wirkung der zuvor beschriebenen Regelungen und die Zuschläge zusammenrechnet, führt die Reform ab 2027 zu jährlichen Mehrausgaben von etwa 5,8 Milliarden Euro.

Ausblick

Wenngleich die Krankenhausreform noch nicht das parlamentarische Verfahren durchlaufen hat, zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die Länder letztendlich bei der Umsetzung dem Bund die Unterstützung verweigern werden. Die zusätzlichen finanziellen Mittel, die erneut mit der Gießkanne verteilt werden, verstärken die regionalen und strukturellen Ungleichgewichte, anstatt sie zu beheben. Die fehlende regionale Differenzierung bei den Regelungsinhalten wird diese Fehlentwicklungen noch verstärken. Es droht eine reine Finanzierungsreform für obsolekte Krankenhausstrukturen. ■





»Scheitern ist keine Option«

Bessere Behandlungsqualität, weniger Bürokratie und der Erhalt eines lückenlosen Netzes von Krankenhäusern in Deutschland sind die Ziele der Krankenhausreform. Der **Intensivmediziner Prof. Dr. Christian Karagiannidis ist Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**, die entsprechende Empfehlungen ausgesprochen hat. Er skizziert im Interview die Notwendigkeit einer Reform, die daran geknüpften Erwartungen sowie die Hürden in der Umsetzung.

Interview von Michaela Gottfried und Annette Kessen

Warum braucht es eine Krankenhausreform?

PROF. DR. CHRISTIAN KARAGIANNIDIS Das Grundproblem ist, dass unser Krankenhaussystem, so wie es ist, nicht mehr funktioniert. Dabei sehe ich drei Kernprobleme. Erstens: Wir haben eine zerfledderte Krankenhauslandschaft mit zu vielen Standorten und kleinen Kliniken. Maximalversorger und Universitätskliniken haben wir genug, aber im Verhältnis dazu fehlt uns der Mittelbau, also mittelgroße Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung. Das führt dazu, dass wir generell nicht zu wenig Personal haben, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, sondern dass wir sie auf viel zu viel Angebot verteilen. Darunter leidet die Qualität. Zweitens: Die Altenpflege wird ein Riesenproblem werden in Deutschland, nicht nur die Finanzierung, sondern auch personell, was mir große Sorgen macht. Drittens: Wenn man den Patientenpfad verfolgt, stößt man immer wieder auf eine Mauer zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Ein Beispiel: Als Pneumologe behandle ich einen Patienten stationär und muss ihm dann sagen, dass er sich bitte einen Facharzt suche, anstatt dass ich ihm sagen kann, dass er bitte in drei Wochen nochmal wiederkommen möge, was für ihn das Beste wäre. Einen Teil dieser drei Kernprobleme haben wir als Regierungskommission adressiert und er findet sich auch in Form der vorgesehenen Maßnahmen in dem Kabinettsentwurf zur Krankenhausreform wieder.

Die Regierung ringt seit Monaten mit den Ländern um die Krankenhausreform auf Basis der Vorschläge der Regierungskommission. Wie zuversichtlich sind Sie noch, dass es zu einer Krankenhausreform wie ursprünglich geplant kommt?

Eines ist klar: Scheitern ist keine Option. Aber die Geister scheiden sich an der Frage: Will ich eine wirksame Reform, ja oder nein? Die Haltung der Krankenkassen finde ich grundsätzlich erstmal sehr gut, weil sie klar für eine Strukturoptimierung sind. Aber es gibt viele Stakeholder, die viel Geld im System verdienen und wollen, dass es so bleibt und eine entsprechend extreme Abwehrhaltung gegen eine echte Reform an den Tag legen. Wobei ich schon auch gut verstehen kann, dass die Länder und insbesondere die Kommunalpolitik Angst haben, weil es so viel Gegenwind gibt, sobald auch nur das kleinste, absolut nicht versorgungsrelevante Krankenhaus schließt. Am Ende muss man einen Kompromiss finden. Im Großen und Ganzen halte ich den Kabinettsentwurf immer noch für eine wirksame Reform. Wenn diese durchkommt, dann noch die Reform zur Notfallversorgung und zum Rettungsdienst, und wenn wir es dann noch schaffen, der Pflege mehr Kompetenzen

zu geben, dann hätten wir viel erreicht in dieser Legislaturperiode. Man kann in vier Jahren nicht alles verändern, was 20 Jahre liegen geblieben ist, das klappt nicht.

Kommen wir zu konkreten Bausteinen der Reform. Eine zentrale Maßnahme, um die Qualität und Vergleichbarkeit von Krankenhäusern zu verbessern, ist die Einführung von Leistungsgruppen. Den Krankenhäusern sollen verschiedene Leistungsgruppen zugeordnet werden. Dabei hat man sich an dem Modell in Nordrhein-Westfalen orientiert. Was steckt dahinter?

Leistungsgruppen einfach erklärt bedeutet, dass wir große Fachabteilungen, wie wir sie jetzt haben, zum Beispiel Kardiologie, in Zukunft in verschiedene Blöcke aufteilen, die

»Mir sind es mit den vorgesehenen 65 Leistungsgruppen allerdings zu wenige.«

inhaltlich zusammenpassen, aber deutlich spezifischer sind. Voraussetzung für die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist die Erfüllung von bundeseinheitlichen Qualitätskriterien. Das finde ich grundsätzlich erstmal einen großen Fortschritt. An dieser Stelle muss man NRW auch loben dafür, dass sie Leistungsgruppen eingeführt haben. Mir sind es mit den vorgesehenen 65 Leistungsgruppen allerdings zu wenige. Als Regierungskommission haben wir 128 vorgeschlagen. Umso mehr kommt es jetzt darauf an, wie man die Mindeststrukturvoraussetzungen ausgestaltet. Dazu gehört insbesondere, wie viel Personal verpflichtend vorgehalten werden muss, denn das ist eins zu eins mit Qualität verknüpft. Die NRW-Strukturvoraussetzungen sind sehr schwach und werden wenig Veränderung hervorrufen. Man muss diese nun weiterentwickeln, die Leistungsgruppen und ihre Strukturvoraussetzungen sollte man nicht als ein statisches System betrachten.

Kommt es nicht jetzt zu Aufweichungen, weil unter anderem die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen in einer extra Rechtsverordnung nach Verabschiedung des Gesetzes geregelt werden soll?

Die Gefahr besteht prinzipiell, eine dauerhafte Aufweichung wäre aber fatal für die Wirksamkeit der Reform. Zeitlich begrenzte Ausnahmen in einer sich jetzt schnell wandelnden Welt sind aber sicher hilfreich, um regional die Versorgung zu sichern. Am besten regelt man die Weiterentwicklung gleich mit.



Zudem soll es möglich sein, die Qualitätskriterien durch Kooperationen zu erfüllen.

Kooperationen würde ich nur in Ausnahmen zulassen, und zwar dann, wenn es um hochelektive Eingriffe geht. In dem Moment, wo ich bei Eingriffen Komplikationen habe, sind Kooperationen extrem risikobehaftet für die Patienten, weil es manchmal im wahrsten Sinne des Wortes um Minuten geht. Es muss jemand am Standort sein, es kann nicht sein, dass, wenn dem Patienten etwas passiert, die Kooperationsklinik 30 Kilometer entfernt liegt. Wenn man es regional nicht anders hinbekommt, weil die Strukturen schon so schwach sind, da haben wir ja einige Regionen in Deutschland, dann ist das eine Krücke, die man machen muss. Aber Ausnahmen für Ballungsgebiete sind völlig kontraproduktiv und gehen zulasten des Patientenschutzes.

Eine weitere Maßnahme ist die Vorhaltevergütung. Was versprechen Sie sich davon?

Vorgesehen ist, die Gelder in Zukunft weiterhin mit 40 Prozent über den DRG-Anteil auszuschütten und 60 Prozent über Vorhaltevergütung, was auch richtig ist. Man darf das System auf keinen Fall umstellen auf irgendeine Form der Selbstkostendeckung, es braucht eine ökonomische Komponente. Aber 60 Prozent Vorhaltevergütung sind eine Menge, vor allem auch, weil die Kliniken in einem Korridor

von 20 Prozent eine Budgetkonstanz bekommen, was einmalig ist. Das heißt, selbst wenn sie weniger Leistung erbringen, erhalten sie das gleiche Geld. Deswegen hat die Vorhaltevergütung grundsätzlich einen strukturkonservierenden Effekt, womit man die Überökonomisierung ein Stück weit zurückfährt. Wir müssen jetzt noch abwarten, wie die Mindestfallzahlen als Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltevergütung ausgestaltet werden, das soll auch per Verordnung geregelt werden. Mindestfallzahlen halte ich aus ökonomischer Sicht für gerechtfertigt, denn für die Einführung der Vorhaltevergütung kann der Gesetzgeber im Gegenzug etwas erwarten. Es kann ja nicht sein, dass er für nur einen Fall pro Jahr Vorhaltevergütung ausschüttet. Insgesamt müssen wir zusehen, dass die Strukturvoraussetzungen relativ gut ausdifferenziert sind, damit wir Geld nicht mit der Gießkanne ausschütten. Da werden die weiteren Verhandlungen noch mal spannend werden.

In der Vorhaltefinanzierung soll künftig auch das Pflegebudget enthalten sein.

Das ist ein großes Problem. Das Pflegebudget hat derzeit eine Selbstkostendeckung, was auch sinnvoll ist, den Grundgedanken überstütze ich maximal. Nur ist daraus leider geworden, dass die Krankenhäuser anfangen, Pflegekräfte vom Markt abzugreifen und diese für Transporte oder Ähnliches einzusetzen, weil diese ja zu 100 Prozent

»Insgesamt müssen wir zusehen, dass die Strukturvoraussetzungen relativ gut ausdifferenziert sind, damit wir Geld nicht mit der Gießkanne ausschütten.«





Prof. Dr. Christian Karagiannidis (geboren am 17. Dezember 1973) ist deutscher Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin. Er studierte an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und habilitierte sich an der Universität Regensburg. 2016 wurde er auf die erste Professur für extrakorporale Lungenersatztherapie an die Universität Witten/Herdecke berufen. Er ist Leitender Oberarzt der Lungenklinik des zur Universität Witten/Herdecke gehörenden Klinikums Köln-Merheim und leitet dort das ARDS- und ECMO-Zentrum. 2021 wurde er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin in den Corona-Expert:innenrat der Bundesregierung berufen, im März 2024 in das Nachfolgegremium, den Expert:innenrat Gesundheit und Resilienz. Seit Mai 2022 ist er Mitglied in der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.

refinanziert sind, im Gegensatz etwa zu Servicekräften. Damit entziehen wir vor allen Dingen der Altenpflege und der ambulanten Pflege unglaublich viel Personal, weil wir im Krankenhaus insgesamt höhere Gehälter zahlen. Entsprechend wird das Ganze mit der Selbstkostendeckung der Pflege im Krankenhaus, so toll und unterstützenswert es ist, dazu führen, dass Altenpflege und ambulante Pflege die Verlierer sein werden. Dazu kommt, dass wir seit Einführung des Pflegebudgets 2020 jährliche Steigerungen von zehn Prozent im Pflegebudget haben. Da müssen wir aufpassen, dass es nicht übers Ziel hinausschießt, hier brauchen wir feste Spielregeln.

Geregelt ist auch, dass sogenannte Level 1i-Krankenhäuser, die als Grundversorger ohne Notaufnahme zum Einsatz kommen, ausgerechnet keine explizite Vorhaltevergütung bekommen sollen.

Daraus wurde im Kabinettsentwurf das Konzept der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Dabei handelt es sich um eine ganz neue Versorgungsform, die wir im Moment nicht haben, aber unbedingt benötigen, weil sie genau die Einrichtung ist, die uns fehlt. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ist weiterhin ein Krankenhaus, aber sie macht keine Notfallversorgung und nach Möglichkeit auch keine hochtechnisierte Medizin, vielmehr geht es um pflegerische Versorgung. Zudem ist unser Ambulantisierungsgrad im internationalen Vergleich minimal und wir würden viel Entlastung herbeiführen, wenn wir weniger Patienten stationär und deutlich mehr ambulant behandeln würden. Dies kann gerade auch angeschlossen an solche Level 1i-Kliniken passieren. Sie

sind ein Anlaufpunkt, der für die Versorgung gerade der älteren Bevölkerung unheimlich wichtig ist. Derzeit kommen viele Menschen aus dem Pflegeheim in die Notaufnahme, werden also eingewiesen beim Maximalversorger, obwohl sie bei einem Level 1i-Krankenhaus auch gut versorgt würden. Und wir haben mehr als genug Krankenhäuser, die man umwandeln kann. Das Level 1i-Krankenhaus erhält keine Vorhaltevergütung, weil uns die gute pflegerische Versorgung wichtig erscheint und daher Pflegetagesätze im Vordergrund stehen. Auch ist der Anreiz, zu viel unnötige Technik einzusetzen, minimiert.

Wie wirkt sich die Reform insgesamt finanziell aus? Ursprünglich wurde gesagt, dass die Klinikreform unter dem Strich kostenneutral sein soll.

Im Moment kann man schwer absehen, wie gut die Reform ökonomisch wirkt und ob es letzten Endes zu Einsparungen oder Mehrbelastungen kommt. Man muss zwei Dinge voneinander trennen. Zum einen haben wir die stetige Leistungsausweitung. Wir hatten schon wieder eine Leistungssteigerung Anfang des Jahres und diese Leistungssteigerungen werden irgendwann dazu führen, dass das System nicht mehr bezahlbar ist. Auf die Krankenkassen kommen ja nicht nur Kosten der stationären Versorgung zu und alleine hier werden wir dieses Jahr vermutlich erstmals die 100 Milliarden Euro knacken, wenn das so weitergeht. Dazu kommen in Zukunft noch die großen Medikamentenausgaben, zum Beispiel die Abnehmspritze oder im Bereich der onkologischen Therapien, und dann kommt natürlich das riesige Pflegeproblem auf uns zu. Das heißt, wir brauchen in irgendeiner Form jetzt einen Deckel. →

Der Umbau der Krankenhauslandschaft soll durch den Transformationsfonds finanziert werden. Dagegen laufen die Krankenkassen Sturm, weil sie dieses Vorhaben als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachten, die der Staat zu finanzieren hat.

Vorgesehen ist, dass ab 2026 für den Zeitraum von zehn Jahren pro Jahr jeweils 2,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds entnommen werden, weitere 2,5 Milliarden Euro tragen die Länder. Da haben sich die Krankenkassen auch zum Teil zu Recht beschwert. Nur würde ich es sehr unterstützen, wenn man bei dieser Finanzierungsform bleibt, aber den Krankenkassen dafür ein Mitspracherecht einräumt. Wenn sie bei der Verteilung der Gelder aus dem Transformationsfonds mitreden könnten, wären die Beitragsgelder auch wirklich sinnvoll ausgegeben. Auf jeden Fall lohnt sich der Transformationsfonds, er birgt einen extrem wichtigen Einmal-Effekt, durch den sich hinterher Einsparungen erzielen lassen, weil eben eine Transformation stattfindet.

Sollte sich nicht auch der Bund an der Finanzierung beteiligen?

Der Bund wird aus einer gewissen Verpflichtung nicht herauskommen. Aber man muss auch schauen, wie sich die nächsten Jahre entwickeln. Da ist zum Beispiel noch eine Pflegeversicherung, die extrem stabilisiert werden muss, da sind die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung in einem starken demografischen Wandel. Da kommt noch eine Menge auf den Bund zu.

»Sich aus der Verantwortung zu nehmen und nur Forderungen zu stellen, das fände ich nicht richtig.«

Inwieweit ist zu befürchten, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung des Transformationsfonds nicht nachkommen? Diese halten sich bei der Investitionskostenfinanzierung ja schon lange zurück.

Sich aus der Verantwortung zu nehmen und nur Forderungen zu stellen, das fände ich nicht richtig. Aber es wird sehr stark von der Einnahmeseite abhängen. Man muss bedenken, dass sich die



Schuldenbremse des Bundes auch direkt auf die Länder auswirkt. Auch die Länder werden nicht ohne Weiteres Schulden machen, stattdessen auf Einsparungen pochen. Insofern ist vieles abhängig von unserem weiteren Wirtschaftswachstum. Im Kern glaube ich, dass wir in Deutschland zur Stabilisierung unserer Sozialsysteme Wirtschaftswachstum brauchen, und daran werden die Länder letzten Endes hängen.

Sie sprechen sich dafür aus, die Krankenhausreform mit der Notfallreform anzugehen. Was erwarten Sie hier?

Ich würde schon erwarten, dass ein Gesetzentwurf kommt. Der Wunsch der Regierungskommission beinhaltet drei große Hebel. Das eine ist die Zusammenführung der 116 117 mit der 112, also dass man eine direkte Patientensteuerung macht. Zweitens sollten wir endlich eine KV-Praxis am Haus haben, damit nicht immer alle in die Notaufnahmen strömen. Das wäre ein Riesenschritt vorwärts. Und dann, womit sich die meisten ja schwertun, wäre es gut, den Rettungsdienst in das SGB V als Leistungserbringer zu kriegen. Das würde auch die Tür öffnen zum Konzept „Treat at Home“, also dass Patienten zu Hause behandelt werden. Das ist eine riesige Chance, auch mit Blick auf die Versorgung älterer Menschen. Denn im Moment muss der Rettungsdienst den Patienten in die Notfallaufnahme bringen. Aber wenn der Rettungsdienst im SGB V enthalten ist, hätte er die Möglichkeit, vor Ort zu behandeln. Das wäre eine große Entlastung für die Krankenkassen sowie Kliniken und birgt großes Einsparpotenzial und vor allem für ältere Patienten ihr gewohntes häusliches Umfeld. ■

Transparenz von Qualität & Leistung

Text von **Dorothee Krug**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 17. Mai 2024 seinen neuen **Bundes-Klinik-Atlas** veröffentlicht. Mithilfe der Suchmaschine können Nutzerinnen und Nutzer Krankenhäuser suchen und sich Informationen zu Behandlungsangebot, Fallzahlen, Zertifikaten und Qualitätsergebnissen anzeigen lassen. Dies soll ihnen dabei helfen, geeignete Krankenhäuser auszuwählen.

Mit dem am 22. März 2024 verabschiedeten Krankenhaustransparenzgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für eine neue Krankenhaussuchmaschine geschaffen. Diese wird vom BMG in Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) betrieben. Seit Mitte Mai 2024 ist der Klinik-Atlas in einer ersten Ausbaustufe online (→ bundes-klinik-atlas.de). Es sind dort Angaben zu Fallzahlen der Krankenhäuser, zur Personalausstattung, zur Einhaltung von Mindestmengen und zu den Notfallstufen enthalten. Daneben ist einsehbar, ob ein Krankenhaus über ein bestimmtes Zertifikat verfügt. Im Laufe des Jahres sollen die Daten weiter ergänzt werden um Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser sowie um die im Zuge der Krankenhausreform vorgesehenen Leistungsgruppen und Levelstufungen (→ [Mehr dazu auf Seite 30](#)).

Bereits im Gesetzgebungsverfahren wurde deutliche Kritik am Gesetzesvorhaben geübt. Die Kritik ging so weit, dass die Bundesländer das Gesetz im Bundesrat blockierten und erst der Vermittlungsausschuss angerufen werden musste. Für die Bundesländer sind zwei Aspekte besonders kritikwürdig. Zum einen wollen sie nicht, dass die Leistungsgruppen der Krankenhäuser anhand von Abrechnungsdaten transparent gemacht werden, da dies eine Vorwegnahme der späteren Ausweisung von Leistungsgruppen durch die

Planungsbehörden der Länder darstelle. Zum anderen lehnen die Bundesländer, aber auch die Krankenhausvertreter die Einteilung von Krankenhäuser in Level ab, da diese ihrer Ansicht nach den Nutzerinnen und Nutzern ein falsches Bild suggerierten. So würden Krankenhäuser höherer Level von Patientinnen und Patienten bevorzugt, obwohl auch Krankenhäuser niedriger Level ein ebenso gutes Leistungsangebot und eine ebenso gute Qualität für eine bestimmte Leistung anbieten könnten.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist der Klinik-Atlas ein wichtiger Beitrag zur Transparenz von Qualität und Leistungsangebot und unterstützt Nutzerinnen und Nutzer, sich eigenständig für das für sie am besten geeignete Krankenhaus zu entscheiden. Allerdings wurde verkannt, dass Krankenkassen bereits seit fast 20 Jahren Kliniksuchmaschinen anbieten und darin die Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser veröffentlichen, so etwa auch der vdek-Kliniklotse (→ vdek-kliniklotse.de). Die Daten überschneiden sich größtenteils und zumindest in der jetzigen Ausbaustufe bieten die Suchmaschinen der Krankenkassen weit umfassendere Daten. Ob der Klinik-Atlas letztlich ein Gewinn für Patientinnen und Patienten sein wird, bleibt jedenfalls abzuwarten. ■



Dorothee Krug ist Referatsleiterin Versorgungsstrukturen/Qualitätssicherung und stellvertretende Abteilungsleiterin Stationäre Versorgung beim vdek

Auf dem verfassungsrechtlichen Irrweg

Text von Dr. Björn Diering

Die dringend notwendige Strukturreform der Krankenhauslandschaft wird durch den im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehenen Transformationsfonds nicht erreicht werden können, da er in der jetzigen Form verfassungswidrig ist.

Der Kabinettsbeschluss des KHVVG vom 15. Mai 2024 sieht vor, dass mit einem Volumen von bis zu 50 Milliarden Euro über zehn Jahre in insgesamt sieben Bereichen Maßnahmen gefördert werden, die durch eine strukturelle Anpassung der Krankenhausversorgung in den Ländern zu einer dauerhaften, qualitätsgesicherten und flächendeckenden Versorgung beitragen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll nahezu die Hälfte der Kosten tragen. Hierfür sollen jährlich 2,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt werden. Dies bedeutet, dass aus dem Gesundheitsfonds jährlich 2,5 Milliarden Euro in einen sogenannten Transformationsfonds abfließen und den Krankenkassen damit zur Finanzierung ihrer originären Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen. Die daraus resultierende Finanzierungslücke können die Krankenkassen nur durch Leistungskürzungen oder eine Erhöhung des Zusatzbeitrags schließen.

Die vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds durch die GKV begegnet vielfältigen rechtlichen Bedenken. Die Bedenken beginnen formal bereits bei der verneinten

Zustimmungspflicht der Bundesländer zu diesem Gesetz. Ebenso wird angeführt, dass in einer mit der Strukturreform einhergehenden zumindest mittelbaren finanziellen Unterstützung der Krankenhausträger eine europarechtswidrige Gewährung von Beihilfen insbesondere zulasten der niedergelassenen Ärzteschaft liege. Unabhängig davon, wie stichhaltig diese Bedenken

sein mögen, ist eine faktisch nahezu hälftige Finanzierung der Kosten des erforderlichen Strukturwandels aus Beiträgen der Versicherten sowie der Arbeitgebenden materiell verfassungswidrig. Prof. Dr. Dagmar Felix (Universität Hamburg) hat dies in einem rechtswissenschaftlichen Gutachten eingehend dargelegt (→ [Mehr auf Seite 41](#)). Ein gesetzlicher Zugriff auf die Beiträge der GKV sei, so Felix, nach unserer Verfassung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) nur möglich, wenn damit ein hinreichend spezifischer Bezug zum Binnensystem der GKV verbunden ist (BSG, Urt. v. 18. März 2021 – B 1 A 2/20 R), insbesondere wenn dadurch die gesetzlich festgelegten Aufgaben der GKV umgesetzt werden sollen. Bei der erforderlichen Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung handle es sich jedoch im Sinne der Daseinsvorsorge um die Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Dies bedeutet umgekehrt nicht, dass eine Förderung des erforderlichen Strukturwandels über einen Transformationsfonds unmöglich ist. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind jedoch aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzieren. Ein Gesetzgeber, der diesen verfassungsrechtlichen Grundsatz missachtet, nimmt sehenden Auges und wider besseres Wissen in Kauf, dass das von ihm angestrebte und unbestritten notwendige Ziel nicht erreicht wird. Das Bundessozialgericht hat im bereits zitierten Urteil vom 18. März 2021 bereits angedeutet, dass den Krankenkassen gegen kompetenzwidrige Eingriffe in den durch das Grundgesetz geschützten Kompetenzbereich im Rahmen der Sozialversicherung ein Klagerecht zustehen könne, sodass die Herbeiführung einer gerichtlichen Überprüfung unmittelbar durch die GKV nicht ausgeschlossen ist. ■



Dr. Björn Diering
ist Abteilungsleiter Recht beim vdek

Drei Fragen an

Prof. Dr. Dagmar Felix

Ein vom GKV-Spitzenverband beauftragtes Gutachten äußert rechtliche Bedenken gegen die Finanzierungspläne der Bundesregierung für die Krankenhausreform. Die Autorin Prof. Dr. Dagmar Felix, Inhaberin des Lehrstuhls für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Hamburg, erläutert die Problematik und zeigt auf, wie eine rechtskonforme Finanzierung stattdessen aussehen könnte.

Für die Finanzierung des Umbaus der Krankenhauslandschaft sieht die Bundesregierung Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor. Ihr Gutachten spricht davon, dass dieses Vorhaben eine Reihe rechtlicher Fragen aufwerfe. Worin liegt das zentrale Problem?

Der erforderliche Umbau der Krankenhauslandschaft, der durch die aktuelle Krankenhausreform erreicht werden soll, wird erhebliche finanzielle Mittel beanspruchen. Zwar ist der Bundesgesetzgeber mit Blick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG grundsätzlich frei in der Ausgestaltung der Finanzierung der Krankenhäuser; nicht zulässig ist aber die Förderung der im Entwurf des § 12b KHG genannten Vorhaben aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Hier würden Sozialversicherungsbeiträge in Anspruch genommen, die streng zweckgebunden sind und nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet werden dürfen. Die durch Art. 87 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich vorgegebene organisatorische Selbstständigkeit der Sozialversicherung setzt insoweit auch der Verwendung und dem Transfer von Mitteln der Sozialversicherung Grenzen. Versicherte dürfen über ihre Steuerpflicht hinaus lediglich zu solchen Beiträgen herangezogen werden, die der Finanzierung des den Versicherten zugutekommenden Versicherungsschutzes dienen. Bei der Reform der Krankenhauslandschaft geht es gerade nicht um

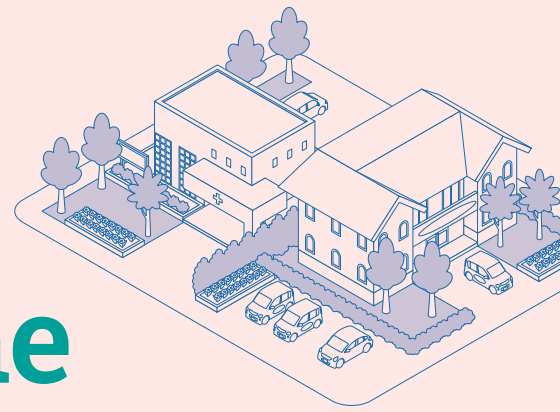
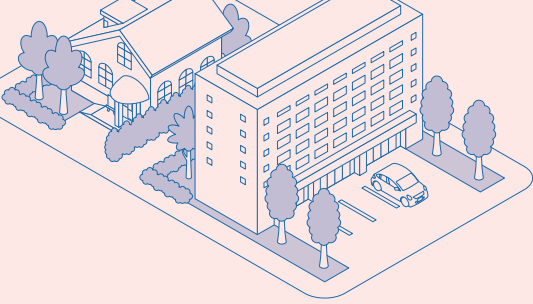


die Umsetzung spezifischer Leistungsansprüche gesetzlich krankenversicherter Menschen, sondern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge. Insofern würden Sozialversicherungsbeiträge zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet. Das wiederum widerspräche dem aus Art. 3 Abs. 1 GG folgenden Gebot der Belastungsgleichheit.

Laut dem Gesetzentwurf soll sich die private Krankenversicherung (PKV) nicht an der Finanzierung beteiligen. Wie bewerten Sie das beziehungsweise würde eine Beteiligung der PKV etwas an

der rechtlichen Grundproblematik ändern? Eine zwingende Beteiligung der PKV an den Kosten des Umbaus der Krankenhausreform würde an der rechtlichen Problematik nichts ändern. Sie wäre ihrerseits mit Blick auf die strengen verfassungsrechtlichen Voraussetzungen von Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion bedenklich; der verfassungswidrige Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge würde dadurch nicht geheilt.

Welchen alternativen Weg schlagen Sie vor, um den Umbau der Krankenhauslandschaft zu finanzieren? Eine Finanzierung der dringend gebotenen Krankenhausreform als gesamtgesellschaftliche Aufgabe kann letztlich nur aus dem allgemeinen Staatshaushalt über Steuern finanziert werden. ■



Rollt eine Insolvenzwelle durch die Kliniken?

Text von Agnes Kübler und Theresa Meier

In der deutschen Krankenhauslandschaft brodelt es: Schlagzeilen verkünden eine vermeintliche Insolvenzwelle, die die Kliniken zu überfluten droht. Die Krankenkassen hingegen warnen vor Panikmache. Was steckt dahinter?

Bereits im Juli 2023 hat das Deutsche Krankenhausinstitut auf Basis einer Blitzumfrage gemeldet, dass sich 69 Prozent der Kliniken in ihrer Existenz kurz- und mittelfristig als gefährdet ansehen. Neuere Schätzungen halten etwa 70 bis 80 Insolvenzen in 2024 für möglich. Datenanalysen können diese Prognosen derzeit nicht bestätigen. Zwar nahm die Anzahl der Insolvenzen in den letzten Jahren zu, allerdings nicht in dem Umfang, wie sie in den Medien und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) dargestellt werden.

Derzeit gibt es 1.648 Krankenhäuser beziehungsweise 2.478 Krankenhausstandorte. Seit Juli 2022 sind dem vdek 43 Insolvenzen von Krankenhäusern bekannt; davon 10 seit Januar 2024. Bei einem Vergleich des 2. Halbjahres 2022 mit dem 2. Halbjahr 2023 hat sich die Anzahl der Insolvenzverfahren mehr als verdoppelt. Bei den Verfahren handelt es sich vorwiegend um Insolvenzen, die in Eigenverwaltung (67 Prozent) oder Eigenverwaltung mit Schutzschirmverfahren (12 Prozent) durchgeführt werden. Anders als bei der Regelinsolvenz werden die Geschäfte eines Unternehmens nicht von einem Insolvenzverwalter, sondern vom Schuldner selbst, das heißt der Klinikleitung (unter Aufsicht des Sachwalters) geführt, um das unternehmerische Know-how der Geschäftsführung für die Sanierung zu nutzen.

Das Insolvenzverfahren dient dazu, die Gläubiger zu bedienen, sodass in der Regel auch der Erhalt des Unternehmens im Fokus steht. Dies zeigt sich auch in den beendeten Verfahren, wonach Klinikschließungen nicht den Regelfall darstellen. Von den 43 Verfahren sind bisher 19 beendet, wobei 7 Kliniken mit je einem Standort geschlossen wurden. In diesen Fällen kann meist eine Perspektive für die Versorgung gefunden werden. So können zum Beispiel Kliniken in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) umgewandelt, nur einzelne Fachabteilungen geschlossen oder verbleibende Standorte ausgebaut werden.

In 5 Fällen konnte die Klinik durch Sanierungskonzepte oder zusätzliche Finanzmittel gerettet werden. In 7 Fällen kam es zu einer Übernahme durch neue Träger.

Die Gründe für die zunehmende Anzahl von Insolvenzen sind vielfältig. Neben der finanziellen Situation spielen der Fachkräftemangel und ein Überangebot an stationären Kapazitäten beziehungsweise der zu beobachtende Fallzahlrückgang seit der Pandemie eine große Rolle. Ein weiterer Grund für den Anstieg dürfte der Umstand sein, dass die Verpflichtung zur Stellung eines Insolvenzantrags für überschuldete Unternehmen pandemiebedingt bis Ende 2020 ausgesetzt war. Es ist davon auszugehen, dass einige Kliniken bereits vorher in eine wirtschaftliche Schieflage geraten sind und die Insolvenz nur aufgeschoben wurde.

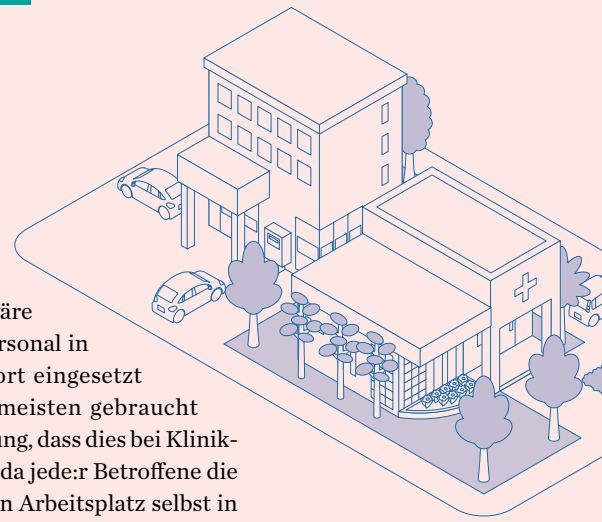
Bei der Anzahl der Insolvenzen sind maßgeblich auch regionale Unterschiede zu beobachten. Die meisten Insolvenzen gab es in den alten Bundesländern (Nordrhein-Westfalen: 11, Bayern: 7, Rheinland-Pfalz: 6). Hier zeigt sich die Folge einer jahrzehntelang ausgebliebenen Strukturreform. Bei einer detaillierteren Betrachtung wird deutlich, dass mit knapp 40 Prozent vor allem städtische Regionen betroffen sind. Hierbei handelt es sich um dichtbesiedelte Regionen mit hoher Krankenhausdichte, in der auch ein starker Wettbewerb um Patient:innen und Personal vorherrscht. Anders verhält es sich in den neuen Bundesländern. Hier sind kaum Insolvenzen zu verzeichnen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass nach der Wiedervereinigung eine Strukturbereinigung mit finanziellen Mitteln nach Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes stattgefunden hat. Dieser Umstand zeigt, dass die finanzielle Gesundheit von Kliniken auch von den richtigen Strukturen abhängt.

Auch die Trägerschaft ist von Relevanz. Auffällig ist, dass vor allem freigemeinnützige Krankenhäuser mit einem Anteil von 70 Prozent überproportional von Insolvenzen betroffen sind. Freigemeinnützige Kliniken konnten in der Vergangenheit nur überschaubare Überschüsse erwirtschaften. Zudem ist es für die Träger freigemeinnütziger Einrichtungen schwieriger, große Defizite auszugleichen. Anders sieht es bei privaten und öffentlichen Trägern aus. Private Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren im Schnitt Gewinne erwirtschaftet. Verluste öffentlicher Krankenhäuser werden in der Regel durch die Kommunen ausgeglichen.

Gemessen an der freien Wirtschaft sind Krankenhausinsolvenzen eher selten. Aufgrund des Fachkräftemangels stellen Insolvenzen derzeit kein

Problem auf dem Arbeitsmarkt dar. Begrüßenswert wäre es, wenn das freigesetzte Personal in den jeweiligen Regionen dort eingesetzt werden könnte, wo es am meisten gebraucht wird. Leider zeigt die Erfahrung, dass dies bei Klinikschließungen nicht passiert, da jede:r Betroffene die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz selbst in die Hand nimmt. Ein geplanter Strukturwandel kann sowohl zum Wohl des Personals als auch zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

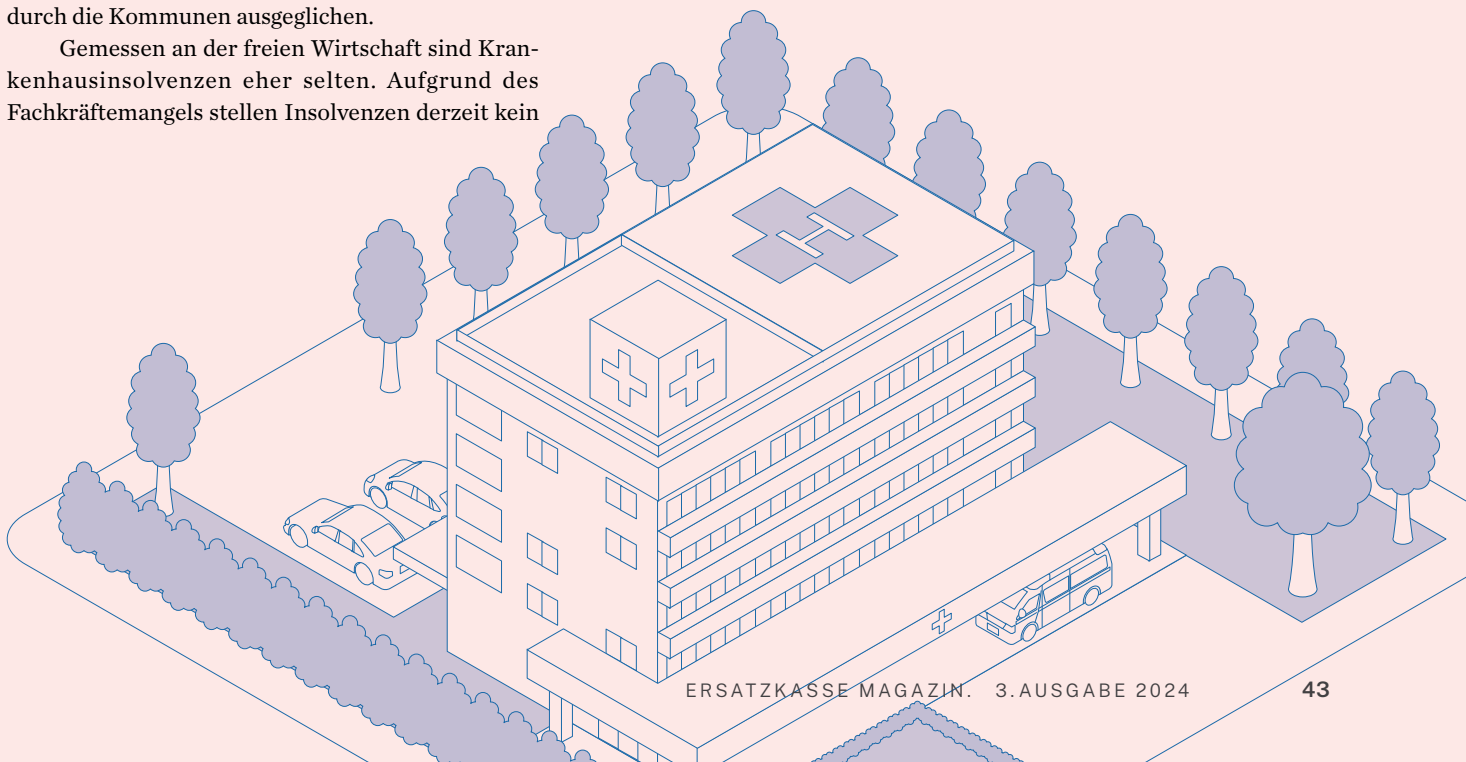
Insolvenzen folgen einer Marktberreinigung. Sie haben nichts mit der Versorgungsnotwendigkeit eines Krankenhausstandortes zu tun. Unabhängig davon ist eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den knappen Personalressourcen zwingend erforderlich. Da Wirtschaftlichkeit und Bedarfsnotwendigkeit nicht zwingend deckungsgleich sind, ist es umso wichtiger, dass eine Strukturbereinigung unter Versorgungsaspekten und nicht unter monetären Gesichtspunkten erfolgt. Empirische Erfahrungen zeigen, dass effiziente Strukturen, die sich an dem Versorgungsbedarf und dem verfügbaren Fachpersonal ausrichten, zur finanziellen Stabilität der Kliniken beitragen. Eine finanzielle Förderung der Kliniken nach dem Gießkannen-Prinzip verschärft hingegen die derzeit bestehenden Fehlstrukturen. Die Gefahr, dass die falschen Krankenhäuser aus dem Markt gedrängt werden, wird dadurch verstärkt. ■



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



Theresa Meier ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek





Hitze: 10 Millionen Beschäftigte im Job stark belastet

DAK Der Klimawandel hat deutliche Auswirkungen auf die Arbeitswelt in Deutschland. 23 Prozent der Beschäftigten fühlen sich im Job während einer Hitzewelle stark belastet. Hochgerechnet sind das rund zehn Millionen Menschen. Über zwei Drittel der Erwerbstätigen sehen ihre Leistungsfähigkeit durch Extremtemperaturen eingeschränkt. Fast ein Fünftel aller Beschäftigten hat hitzebedingte Gesundheitsprobleme. Besonders betroffen sind Pflegekräfte sowie Beschäftigte im Baugewerbe und Handwerk. Das sind zentrale Ergebnisse aus dem DAK-Gesundheitsreport 2024 „Gesundheitsrisiko Hitze. Arbeitswelt im Klimawandel“. Im Auftrag der Krankenkasse hat das IGES-Institut die Daten von 2,4 Millionen erwerbstätigen DAK-Versicherten ausgewertet und mehr als 7.000 Erwerbstätige befragt. Mit Blick auf die massiven Auswirkungen für die Arbeitswelt fordert die DAK-Gesundheit einen „Schulterschluss zum Hitzeschutz“. „Beim Klima- und Hitzeschutz brauchen wir eine Bewusstseinswende und mehr Aufklärung“, sagt Andreas Storm, Vorsitzender der DAK-Gesundheit. „Ein breites Bündnis der Akteure muss sich für eine resiliente Arbeitswelt einsetzen, die sowohl für die Menschen als auch für die Umwelt nachhaltig gestaltet ist.“ *pm*

→ dak.de → t1p.de/q9f7f → Mehr dazu auf Seite 20



HKK Die Impfquote gegen Humane Papillomaviren (HPV) lag im Jahr 2022 bei 10- bis 14-jährigen hkk-versicherten Mädchen bei lediglich 17,9 und bei Jungen noch niedriger bei 12,0 Prozent. Das ist das Ergebnis

einer aktuellen Datenanalyse der hkk. Die ermittelten Zahlen stehen in starkem Kontrast zu den Zielen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU-Kommission unterstützt werden: Bis 2030 soll eine Impfquote von mindestens 90 Prozent bei Mädchen erreicht sowie eine deutliche Steigerung der Impfquoten bei Jungen erzielt werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die HPV-Impfung für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Eine frühe Impfung bietet entscheidende Vorteile, wie eine britische Studie zeigt: Bei vollständiger HPV-Impfung im Alter von 12 bis 13 Jahren konnte eine Reduktion von Gebärmutterhalskrebs um 87 Prozent erreicht werden. Wurde die Impfung hingegen erst im Alter von 16 bis 18 Jahren durchgeführt, lag die Reduktion nur noch bei 34 Prozent. *pm*

→ [hkk.de](https://www.hkk.de) → [t1p.de/opne4](https://www.t1p.de/opne4)

TK Im vergangenen Jahr wurden wieder mehr Antibiotika verschrieben. Das zeigt eine aktuelle Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK). So wurden im Jahr 2023 jeder versicherten Erwerbsperson durchschnittlich 3,7 Tagesdosen verschrieben – so hoch lag der Wert zuletzt im Jahr 2019. Damit haben die Antibiotikaverordnungen wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht. In den Coronajahren 2020 und 2021 wurden mit durchschnittlich 2,8 und 2,6 Tagesdosen deutlich weniger Antibiotika verordnet. Im Jahr 2022 waren es 3,2 Tagesdosen. „Da die Zeit des Abstandhaltens für die meisten Menschen vorbei ist, gab es auch wieder mehr Infektionen“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. „Wichtig bleibt jedoch, dass Antibiotika nur dann verschrieben werden sollten, wenn sie wirklich notwendig sind. Das ist nur bei bakteriellen Infektionen der Fall, gegen Viren wirken Antibiotika nicht.“ Die Auswertung der TK-Daten zeigt jedoch: Nach einem Tiefststand im Jahr 2022 wurden auch bei Erkältungen wieder mehr Antibiotika verschrieben. *pm*

→ [tk.de](https://www.tk.de) → [t1p.de/paw7f](https://www.t1p.de/paw7f)

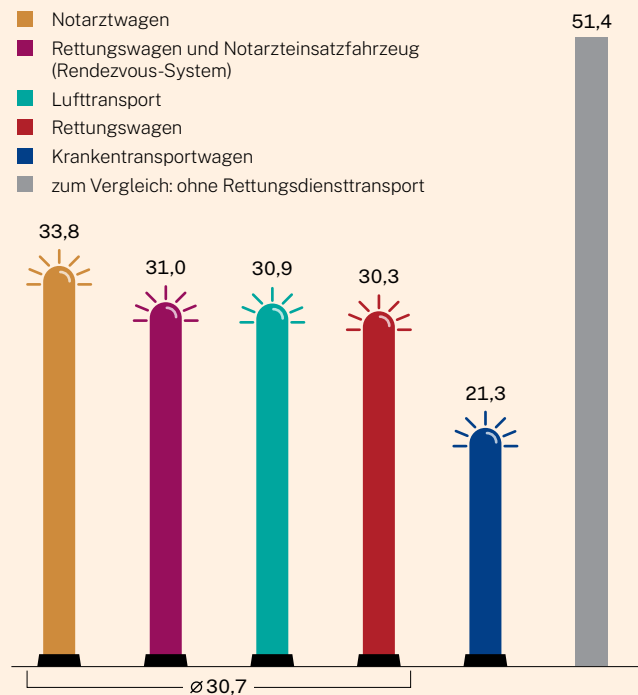
Notarzt rückt oft bei leichten Fällen aus

BARMER Der Einsatz des Rettungsdienstes in Deutschland ist häufig nicht zwingend erforderlich. Diesen Schluss legt eine Analyse des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) in Kooperation mit dem Notfallmediziner und Mitglied der Regierungskommission Krankenhaus Prof. Dr. Christian Karagiannidis nahe. Dabei wurden rund zwei Millionen Krankenhausfälle von BARMER-Versicherten im Jahr 2022 untersucht. Mit Ausnahme von Krankentransporten erfolgte demnach fast jeder dritte Rettungsdiensteseinsatz bei Fällen mit niedrigem oder moderatem Schweregrad. Häufig auftretende Diagnosen sind dabei etwa Bluthochdruck oder Flüssigkeitsverlust. Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, sagt: „Rettungsdienst und Krankenhäuser könnten massiv entlastet werden, wenn Patientinnen und Patienten in leichteren Fällen ambulant versorgt würden. Bei Weitem nicht jeder vermeintliche Notfall ist tatsächlich einer und muss auch nicht per Rettungstransport in die Klinik.“ *pm*

→ [barmer.de](https://www.barmer.de) → [t1p.de/d501l](https://www.t1p.de/d501l)

Einsätze von Rettungsdiensten

Fälle mit niedrigem bis moderatem Schweregrad vor Klinikaufenthalten von BARMER-Versicherten im Jahr 2022; Angaben in Prozent



Quelle: BARMER

Gesundheitsvorteil für die Zukunft?

Text von **Anna Nymbach**

Die Arbeitswelt ist im Wandel, der sich spürbar auf unseren Alltag und unsere Gesundheit auswirkt. Die hkk Krankenkasse hat in einer Studie mit über 2.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland im Alter von 18 bis 69 Jahren untersucht, wie sich **dezentrale Arbeitsmodelle** auf die physische und psychische Gesundheit auswirken.



Mobiles Arbeiten ist seit der Corona-Pandemie aus der Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken. Doch wie steht es tatsächlich um die Gesundheit in der neuen Arbeitswelt? Die Ergebnisse der hkk-Studie sind eindeutig: Die Mehrheit sieht in der Flexibilität von Homeoffice und Co. einen Gewinn für die Gesundheit. Die Möglichkeit, Arbeitsort und -zeit flexibler zu gestalten, wird von vielen geschätzt. Die Befragung zeigt, dass vor allem der Wegfall von Pendelzeiten, Kosteneinsparungen und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben als positive Aspekte dezentralen Arbeitens wahrgenommen werden.

Doch neben den offensichtlichen Vorteilen gibt es auch Herausforderungen, wie der Bremer Arbeitswissenschaftler Dr. Guido Becke in einem Interview zu den Ergebnissen betont.

Die Reduzierung sozialer Kontakte und die Notwendigkeit, zwischen Büro und Homeoffice zu pendeln, um der Vereinsamung entgegenzuwirken, sind nur einige Punkte, mit denen sich Unternehmen auseinandersetzen müssen.

Gesundheitsrisiken nicht unterschätzen

Darüber hinaus zeigt die Umfrage auch konkrete gesundheitliche Schattenseiten der neuen Arbeitsformen auf. Rund ein Drittel der Befragten berichtet von Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten, und von körperlichen Beschwerden, die auf nicht ergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze zurückzuführen sind. Diese Ergebnisse mahnen, neben den organisatorischen Vorteilen auch die gesundheitlichen Aspekte dezentraler Arbeit nicht zu vernachlässigen.

Um die gesundheitlichen Vorteile dezentraler Arbeit voll auszuschöpfen und die Risiken zu minimieren, sind gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung unerlässlich. Die Studie legt nahe, dass insbesondere Angebote zur Verbesserung der ergonomischen Arbeitsbedingungen und zur psychischen Unterstützung gefragt sind. Unternehmen sind gefordert, präventive und gesundheitsfördernde Konzepte zu etablieren, die sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen. Ein zentrales Instrument für eine präventive und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ist die „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung“. Becke kritisiert, dass nur fünf Prozent der Studienteilnehmenden Erfahrungen damit haben, obwohl es ein gesetzlich vorgeschriebenes Arbeitsschutzinstrument ist. Wichtig seien beteiligungsorientierte Ansätze, um sowohl Gesundheitsrisiken zu identifizieren als auch

Gesundheitsressourcen der Beschäftigten zu fördern. Abschließend kann ergänzt werden, dass der Wechsel zwischen Arbeit im Büro und Arbeit zu Hause durch betriebliche Regelungen gestaltet werden sollte, um den Beschäftigten hier Orientierung und Handlungssicherheit zu geben und einen Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung dezentraler beziehungsweise hybrider Arbeit zu schaffen.



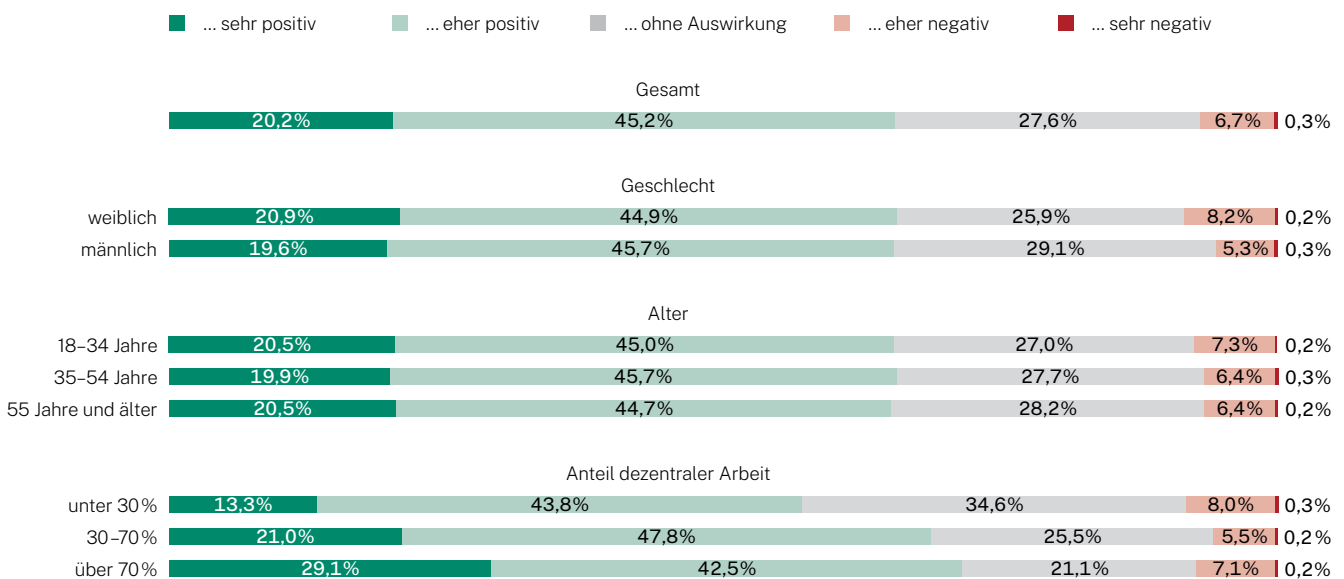
Anna Nymbach
ist Projektleiterin
Gesundheits-
berichterstattung/
hkk-Gesundheits-
report

Dezentrale Arbeit – Chance für gesündere Arbeitswelt

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass dezentrale Arbeit das Potenzial hat, die Arbeitswelt gesünder zu gestalten. Allerdings ist es unabdingbar, dass Unternehmen gesundheitliche Aspekte stärker in den Fokus rücken. Nur so kann der Übergang in eine neue Arbeitswelt gelingen, die nicht nur effizienter, sondern auch gesünder für alle Beteiligten ist. ■■

Wie schätzen Sie persönlich den Einfluss Ihrer dezentralen Arbeitstätigkeit auf Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?

Der Einfluss von dezentralem Arbeiten auf meinen Gesundheitszustand ist ...



Quelle: hkk Krankenkasse



Nichtrauchen bleibt bei Jugendlichen nach wie vor im Trend: **Seit 2001 ist der Anteil der jugendlichen Raucherinnen und Raucher deutlich gesunken.** Das zeigen repräsentative Studienergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sie zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai 2024 veröffentlicht hat. So stieg die Zahl derer, die nie in ihrem Leben geraucht haben, bei den 12- bis 17-Jährigen auf aktuell rund 83 Prozent und bei den 18- bis 25-Jährigen auf rund 47 Prozent. Der Anteil männlicher jugendlicher Raucher ist von 27,2 Prozent im Jahr 2001 auf 7,2 Prozent im Jahr 2023 zurückgegangen, bei den 12- bis 17-jährigen Raucherinnen verringerte sich der Anteil von 27,9 Prozent im Jahr 2001 auf 6,4 im Jahr 2023. Auch bei den 18- bis 25-Jährigen sank der Anteil der Rauchenden: So rauchen 33,6 Prozent der jungen Männer und 18,4 Prozent der jungen Frauen. Für diese Drogenaffinitätsstudie 2023 wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2023 befragt. *pm*

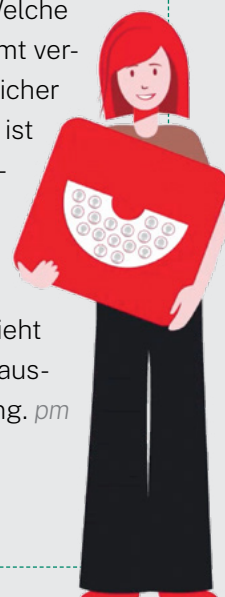
→ t1p.de/hfix4



Erklärvideo zum Ehrenamt in der Selbstverwaltung

Anlässlich des Jahrestags der Sozialwahl 2023 haben die Ersatzkassen am 31. Mai 2024 einen neuen Erklärfilm zum Ehrenamt in der sozialen Selbstverwaltung veröffentlicht. Bei der Sozialwahl 2023 wurden die Verwaltungsräte der Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) neu gewählt. Zwölf Monate später sind die gewählten Vertreterinnen und Vertreter nun gut in ihrem Ehrenamt an der Spitze der Kranken- und Pflegekassen angekommen. Der neue Film erklärt, wie ihr Einsatz in der sozialen Selbstverwaltung funktioniert. Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter sind dafür gewählt, eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig finanzierbare Versorgung für die Versicherten mitzugestalten. Welche konkreten Aufgaben mit diesem wichtigen Ehrenamt verbunden sind, vermittelt der Erklärfilm in anschaulicher Weise. Abgesehen von der Haushaltsentscheidung ist der Verwaltungsrat auch dafür zuständig, den Vorstand der jeweiligen Kasse zu wählen und über die Grundlinien der Versorgung mitzuzentscheiden. Er vertritt zudem die Interessen der Versicherten und Beitragszahlenden gegenüber der Politik und bezieht Position bei aktuellen Themen wie der Krankenhausreform und der Finanzierung der Pflegeversicherung. *pm*

→ t1p.de/mg5w4



✂ **@vdek_Presse** Samstag ist Tag der **#Organspende**. Thema bleibt wichtig, denn Organspende rettet Leben. Entscheidung für oder gegen Spende muss jeder für sich treffen. Unsere jetzt aktualisierten FAQ geben Überblick über relevante Gesetze, Abläufe und Institutionen → t1p.de/us90j

✂ **@vdek_Presse** vdek-Abteilungsleiter **#BorisVonMaydell** setzt sich auf Fachveranstaltung der **@vdek_HE** für zügige Reform der Notfallversorgung ein, gekoppelt mit Reform des Rettungswesens. Rettungsdienst als eigenen Leistungsbereich ins SGB V aufnehmen! **#MutZurReform**

Persönliche Wege aus der Depression

PODCAST Eine Depression ist keine vorübergehende Phase der Niedergeschlagenheit, wie sie viele Menschen schon einmal erlebt haben, sondern eine ernsthafte Erkrankung, die das Fühlen, Denken und Handeln der Betroffenen stark beeinflusst. Um persönliche Lernprozesse im Umgang mit Depression geht es im **Podcast „Raus aus der Depression“ von NDR Info in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe**. Podcast-Gastgeber und Moderator Harald Schmidt spricht mit seinen Gästen darüber, wie sie es geschafft haben, mit ihrer eigenen Erkrankung zu leben. In der Folge „Wincent Weiss: Kopf zu voll“ betont der Sänger, dass das Reden über die Krankheit der helfende Punkt für ihn gewesen sei. *tag*

→ t1p.de/lwagr



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Digitale Transformation

Das Fachbuch präsentiert systematisch und praxisorientiert gängige digitale Anwendungen im Pflege- und Gesundheitswesen. Es ist interdisziplinär ausgerichtet und zeigt auf, wie die digitale Vernetzung die Zusammenarbeit der Dienstleister im Gesundheitswesen verbessern kann. Zudem werden Strategien zur Förderung der Akzeptanz von Technologie im Gesundheitswesen vorgestellt.

Michael Klösch (Hg.) | **Digitalisierung im Pflege- und Gesundheitswesen. Grundlagen, Erfahrungen und Praxisbeispiele** | 2024, 318 S., € 50 | Hogrefe Verlag, Bern

Nachhaltigkeit

Die Gesundheitswirtschaft trägt erheblich zu den Treibhausgasemissionen bei. Das Buch behandelt umfassend die Grundlagen und praktischen Ansätze für nachhaltiges Wirtschaften in Gesundheitseinrichtungen. Es diskutiert darüber hinaus die Integration von Nachhaltigkeit in Management, Führung und Unternehmenskultur sowie die Stärkung der Mitarbeiterbindung.

Jens Leveringhaus, Sebastian Wibbeling (Hg.) | **Green Health. Nachhaltiges Wirtschaften im Gesundheitswesen** | 2023, XVI, 349 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

PS: Das Bratreis-Syndrom

Oft bleibt von einem üppigen Mittagmahl einiges an Speisen übrig, die am nächsten Tag beispielsweise in einer Reispfanne verwertet werden. Doch beim Wiedererhitzen von gekochten stärkehaltigen Lebensmitteln besteht die Gefahr, dass das sogenannte Fried Rice Syndrome (Gebratener-Reis-Syndrom) auftritt. Dabei handelt es sich um eine durch das Bakterium *Bacillus cereus* verursachte Lebensmittelintoxikation. Werden Reis oder Nudeln gekocht und zu lange bei Zimmertemperatur aufbewahrt, kann sich *Bacillus cereus* darin vermehren – und beim erneuten Erhitzen der Lebensmittel ist es möglich, dass hitzestabile Sporen des Bakteriums letztlich eine Nahrungsmittelvergiftung hervorrufen. Meist klingt diese wieder ab, aber manchmal kann sie auch zum Tod führen, wie unter anderem der Fallbericht eines jungen Belgiers im *Journal of Clinical Microbiology* zeigt. Damit es erst gar nicht zu einer Lebensmittelvergiftung kommt, rät das Bundesinstitut für Risikobewertung, gekochte Speisen ausreichend und schnell bei einer Temperatur unter sieben Grad Celsius zu kühlen oder bei mehr als 60 Grad Celsius vollständig heißzuhalten beziehungsweise beim Aufwärmen an allen Stellen auf mindestens 70 Grad Celsius für mindestens zwei Minuten zu erwärmen.

Kommen Sie gesund und gut gestärkt durch den Sommer!

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Sylwia Kubus (Titelseite, S. 4/5, 12/13, 28/29, 30–33, 46)
sylwiakubus.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Juni 2024 | 104. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint
sechs Mal im Jahr.

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | **S. 4:** picture alliance/SZ Photo/Metodi Popow | **S. 5:** picture alliance/SZ Photo/Metodi Popow | **S. 6:** klerik78/iStock/Getty Images Plus | **S. 7:** nadia_bormotova/iStock/Getty Images Plus | **S. 9:** Festland/Yuky Ryang | **S. 10:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 11:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 14:** Rosa Reibke/G-BA | **S. 16:** EH Freiburg_Fotograf Marc Doradzillo | **S. 19:** AaronAmat/iStock/Getty Images Plus | **S. 21:** Henny A. Grewe/Fotograf: Daniel Butowski | **S. 22:** Kinderarche Sachsen e.V. | **S. 23:** gorodenkoff/iStock/Getty Images Plus; RapidEye/iStock/Getty Images Plus/E+ | **S. 24:** vdek-Landesvertretung Niedersachsen | **S. 25:** AWO Saarland/Stefan Bernading; vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen | **S. 26:** bestechend.de | **S. 27:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 31:** privat; vdek/Georg J. Lopata | **S. 34:** picture alliance/SZ Photo/Metodi Popow | **S. 36:** picture alliance/SZ Photo/Metodi Popow | **S. 37:** picture alliance/REUTERS/Christian Mang | **S. 38:** picture alliance/SZ Photo/Metodi Popow | **S. 39:** Axel Bahr | **S. 40:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 41:** privat | **S. 42:** keko-ka/iStock/Getty Images Plus | **S. 43:** privat; keko-ka/iStock/Getty Images Plus | **S. 44:** coffeekai/iStock/Getty Images Plus | **S. 47:** Cosima Hanebeck | **S. 48:** Flash vector/iStock/Getty Images Plus | **S. 49:** NDR Foto: Foto Harald Schmidt; Marcus Simaitis/Foto Prof. Ulrich Hegerl; Martin Jehnichen | **S. 50:** Festland/Yuky Ryang

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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



vdek online

vdek.com

X @vdek_Presse



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