

ersatzkasse magazin.

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

G20634

1. AUSGABE 2023



Reformjahr 2023

Zu den großen Baustellen zählen in diesem Jahr unter anderem eine nachhaltige GKV-Finanzierung und die geplante Krankenhausreform

»Qualität sollte einen höheren Stellenwert haben«

Im Interview unterstreicht Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung

Lieferengpässe von Arzneimitteln

Eine Beschränkung von Rabattverträgen ist nicht der richtige Weg zu mehr Versorgungssicherheit

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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

BARMER

BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk-Handelskrankenkasse

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



HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

@vdek_Presse #vdekPK: #UlrikeElsner stellt Forderungen der #Ersatzkassen zur Reform der #psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen vor: bessere Vermittlung durch #Terminservicestellen, #Bedarfsplanung nach regionalen Belangen, gezielte Ausbildung für Gruppentherapien.

@vdek_Presse Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen immer tiefer in Tasche greifen: Eigenbeteiligung aktuell ø2.411€/Monat, das sind ø278€ mehr als im Vorjahr! vdek fordert #Pflegereform mit dynamisiertem Steuerzuschuss, #PKV-Beteiligung, Investitionskostenübernahme.



EDITORIAL

Nachhaltige Strategien sind gefragt

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre war gerade in Pandemiezeiten stark geprägt von kurzfristigen Lösungen. Die große Pflegereform und die Krankenhausreform wurden verschoben und stehen in 2023 ganz oben auf der To-do-Liste der Ampelkoalition.

Auch für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung brauchen wir einen Neustart. Zwar sind die Finanzen für 2023 gesichert, aber für 2024 und danach sind nachhaltigere Lösungen gefragt. Wie der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland verbessert werden kann, zeigt ein Positionspapier der Ersatzkassen. Sie fordern unter anderem eine bessere Vermittlung von Therapieplätzen, mehr Gruppentherapie und eine Stärkung auch neuerer Therapieverfahren wie der Systemischen Therapie. Ein Highlight in diesem Jahr sind die anstehenden Sozialwahlen 2023. Ab April werden die Versicherten der Ersatzkassen aufgefordert, ihre Vertreter:innen in die Sozialparlamente zu wählen – ein wichtiger Akt gelebter Demokratie!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht eine Versorgung in der letzten Lebensphase unter würdevollen Bedingungen. Seit Januar 2023 gibt es für diese Leistungen einen bundesweit einheitlichen Rahmen.

→ **Mehr dazu auf Seite 16**

Die Fehlzeiten von Beschäftigten in Deutschland befinden sich auf einem Rekordhoch, wie eine Analyse der DAK-Gesundheit zeigt. Dabei wurden die meisten Fehltage im Jahr 2022 durch Atemwegserkrankungen verursacht.

→ **Mehr dazu auf Seite 46**

24

Reformjahr 2023

SCHWERPUNKT Mit mehr Tempo und Reformwillen muss es im Sozialwahljahr 2023 auf den Großbaustellen des Gesundheitswesens vorangehen. Die Ersatzkassen haben unter anderem Vorschläge für eine nachhaltige GKV-Finanzierung, für die geplante Krankenhausreform und für eine bessere psychotherapeutische Versorgung vorgelegt. Konsequentes Regierungshandeln ist aber auch in den Bereichen Pflege und Digitalisierung gefordert.



ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



33

»Qualität sollte einen
höheren Stellenwert haben«

INTERVIEW Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Ärztin und Mitglied der Regierungskommission Krankenhausreform, hat im Interview mit *ersatzkasse magazin*. die Notwendigkeit einer solchen Reform unterstrichen und mehr Qualität in der Versorgung angemahnt. Sie macht deutlich, wo die besonderen Herausforderungen und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung liegen.





Rabattverträge beugen Lieferengpässen vor



POLITIK & VERSORGUNG Die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Beschränkung von Rabattverträgen und Festbeträgen ist ein ungeeigneter Weg, um Lieferengpässe von Arzneimitteln zu beseitigen und Versorgungssicherheit zu stärken. Denn gerade Rabattverträge schaffen erst die erforderliche Planbarkeit, die im System unabdingbar für eine sichere und bedarfsgerechte Versorgung ist.

AKTUELL

- 6 Höherwertige Hörgeräte-Versorgung
- 7 Personalie
- 8 Neuer Sachverständigenrat berufen
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Lieferengpässe von Arzneimitteln
- 12 Starke Stimme der Versicherten
- 16 Bessere Versorgung für Sterbende
- 18 #regionalstark
- 22 Drei Fragen an Dr. Andreas Hey
- 23 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 26 Stabilisierung der GKV-Finzen
- 30 Versorgungsstrukturen optimieren
- 33 Interview: Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
- 38 Pflegereform aus einem Guss
- 40 Bessere psychotherapeutische Versorgung

ERSATZKASSEN

- 44 Innovatives Gehtraining
- 45 Klimaschutz steht noch am Anfang
- 46 Krankenstand erreicht Rekordwert

VERMISCHTES

- 48 vdek-Zukunftspreis 2023
- 49 Podcast: Frauenherzen schmerzen anders
- 50 PS: Der Blick ins Unsichtbare
- 50 Impressum



Höherwertige Versorgung mit Hörgeräten

Versicherte der Ersatzkassen erhalten seit diesem Jahr Hörgeräte mit einer noch besseren technischen Ausstattung. Das ist Inhalt eines Vertrags, den der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) mit der Bundesinnung der Hörakustiker (biha) geschlossen hat. Diese Geräte mit sogenannter adaptiver Ausstattung können Signale aus verschiedenen Richtungen besser unterscheiden und Störsignale besser erkennen und herausfiltern. Gewünschte Signale, insbesondere Sprache, werden so verständlicher. Zudem profitieren die Ersatzkassenversicherten von höherer Transparenz anhand ausführlicher Informationen über ihren Leistungsanspruch sowie eventuelle Mehrkosten, falls sie sich für ein teureres Hörsystem, beispielsweise mit Fernbedienung, entscheiden. Hörakustiker:innen bekommen im Gegenzug für die besseren Leistungen eine höhere Vergütung von den Ersatzkassen. Es zeigt sich, dass der Bedarf an Hörgeräten steigt: 2021 gaben die Ersatzkassen mehr als 630 Millionen Euro für Hörgeräte und andere Hörhilfen aus – ein Anstieg von über 50 Prozent binnen drei Jahren. *pm*

→ bit.ly/3YkGq3i

Thomas Ballast weiterhin im Vorstand der TK

Thomas Ballast bleibt für eine weitere Amtszeit von sechs Jahren stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK). Der ehrenamtliche Verwaltungsrat des Unternehmens hat ihn Ende vergangenen Jahres einstimmig wiedergewählt. Ballast gehört



dem TK-Vorstand seit dem 1. Juli 2012 an und verantwortet seitdem als stellvertretender Vorstandsvorsitzender die Unternehmensbereiche Innovation und ambulante Versorgung,

Versorgungssteuerung, Service und Kanäle sowie Service und Business Management. Zuvor war der Diplom-Volkswirt Vorstandsvorsitzender des vdek. *pm*



Seit dem 1. Januar 2023 sind die Innungskrankenkassen, vertreten durch die IKK classic und die IKK Südwest, als viertes Mitglied der **Initiative**

Gesundheit und Arbeit (iga) an Bord. Die bisherigen Mitglieder – Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), BKK Dachverband e.V. und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) – begrüßen den Beitritt und erhoffen sich davon zusätzliche Schubkraft für Prävention und Gesundheitsförderung in Unternehmen. *pm*
→ iga-info.de



Jährlich veröffentlicht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die aktuellen **Entwicklungen zum Substitutionsregister**. Demzufolge hat die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatient:innen während der Corona-Pandemie leicht zugenommen und lag 2022 bei 81.200 Patient:innen. Insgesamt meldeten 2.444 Substitutionsärzt:innen an das Substitutionsregister. Seit dem Jahr 2013 geht die Anzahl substituierender Ärzt:innen zurück, in den letzten drei Jahren fiel die Zahl um insgesamt sechs Prozent. Hauptursache dürfte das altersbedingte Ausscheiden sein. *pm*
→ bit.ly/3XejUYQ



24

DIE ZAHL Von Oktober bis Ende Dezember 2022 hat es nach Angaben des Robert Koch-Instituts rund 24 Millionen Atemwegsinfektionen unter zwölf Millionen Kindern gegeben, viele Kinder erkrankten mehrfach. Zusätzlich zu SARS-CoV-2 verbreiteten sich vorrangig zwei Atemwegserreger in der Bevölkerung: die sogenannten RS-Viren (RSV) und die Influenzaviren (oder auch „Grippeviren“). Beide Virenarten betreffen insbesondere Kinder. *pm*

Arbeits- und Zeitplan für die Krankenhausreform

Im Nachgang des Treffens der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“ Anfang Januar 2023 sind Details zur geplanten Arbeitsweise bekannt geworden. So soll diese Bund-Länder-Gruppe auf der Ebene der Regierungsfractionen (stellvertretende Fraktionsvorsitzende, gesundheitspolitische Sprecher:innen sowie zuständige Berichterstatter:innen) und der Minister:innen sowie der Senator:innen beraten. Die Beratungen werden fachlich von einem Koordinierungskreis und einer Facharbeitsgemeinschaft auf Fachebene vorbereitet. Bis Juli dieses Jahres sollen Eckpunkte erarbeitet werden als Grundlage für einen Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums. Vier Themenkomplexe sollen bei den Beratungen im Vordergrund stehen: Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen beziehungsweise Level, Definition von Leistungsgruppen, Vergütung von Vorhaltung sowie „Level li“-Krankenhäuser (Krankenhäuser, die integrierte ambulante/stationäre Versorgung anbieten). *pm*

→ **Mehr dazu auf den Seiten 30 und 33**

Transparenz über Personalausstattung


50 Prozent der Krankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie und knapp 40 Prozent der psychiatrischen Krankenhäuser setzten im zweiten Halbjahr 2021 weniger Behandlungspersonal ein, als die bundesweite Mindestpersonalvorgabe vorschreibt. Das belegen erste Auswertungsberichte über die Personalausstattung in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern. Veröffentlicht wurden diese im Januar 2023 vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). „Mit der ersten Auswertung über die Personalausstattung in der Psychiatrie erhalten wir endlich Transparenz über die Einhaltung der bundesweiten Mindestpersonalvorgaben. Dabei ist festzustellen, dass diese nur von knapp zwei Dritteln der psychiatrischen Krankenhäuser eingehalten werden“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Mindestvorgaben für therapeutisches Personal schützten Patient:innen vor mangelhafter Versorgung und das Personal vor Überlastung. „Wir sprechen bei Mindestvorgaben von einer roten Linie, die nicht überschritten werden darf, um eine zusätzliche Gesundheitsgefährdung der ohnehin kranken Menschen zu vermeiden.“ *pm*


→ bit.ly/3YmV2j2



Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege neu berufen

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat zum 1. Februar 2023 einen neuen Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege berufen. In dem unabhängigen Gremium sind sieben Expert:innen aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft vertreten: Prof. Dr. Nils Gutacker, Prof. Dr. Michael Hallek, Prof. Dr. Stefanie Joos, Prof. Dr. Melanie Messer, Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Prof. Dr. Jochen Schmitt und Prof. Dr. Leonie Sundmacher. Ihre Aufgabe ist es, Analysen der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen vorzunehmen und daraus Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patient:innen abzuleiten sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen. *pm*

 **06.–07.03.2023/21.–22.03.2023** Der **Kongress Armut und Gesundheit** steht in diesem Jahr unter dem Motto „Gemeinsam Wandel gestalten“. Er findet zunächst Anfang März 2023 in digitaler Form statt, zwei Wochen später in Präsenz an der Freien Universität Berlin. → bit.ly/2DJ7RhO

 **22.03.2023** Im Rahmen des Forums Bioethik möchte der Deutsche Ethikrat im Rahmen seiner Hybrid-Veranstaltung **„Patientenorientierte Datennutzung“** mit Blick auf eine effektive Nutzung von Gesundheitsdaten Probleme identifizieren und nach Lösungen suchen. → bit.ly/3YeQuuT



PRESSESCHAU

Pflege

„[Der Pflegeberuf] muss dringend attraktiver werden. Das Problem: Er muss auch finanziert werden. [...] Gute Pflege wird für viele Menschen in Deutschland immer mehr zu einer Frage des Geldes. Der Bund muss höhere Zuschüsse für die Pflegeversicherung zahlen. Bewohner und Angehörige können die steigenden Eigenanteile jedenfalls kaum noch stemmen.“

WOLFSBURGER ALLGEMEINE, 27.01.2023

Pharmakonzerne

„Allein Deutschland hat [...] für 13 Milliarden Euro insgesamt 627 Millionen Impfdosen bestellt. Die Bürgerinnen und Bürger haben ein Recht darauf zu erfahren, was da ausgehandelt wurde. Und warum einzelne Pharmaunternehmen mitten in der Pandemie die Preise erhöht haben, wie es nämlich die bisher unter Verschluss gehaltenen Zahlen dokumentieren.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 27.01.2023

Psychotherapie

„Es gibt kaum Anreize für Psychotherapeuten, schwer psychisch Kranke zu behandeln. [...] Man könnte Therapeuten mehr Geld für die Behandlung schwerer Fälle geben. Man könnte sie aber auch dazu verpflichten, einen Teil ihrer Plätze für Schwerkranke frei zu halten. Es ist an der Zeit, nicht nur immer mehr Therapeuten zu bezahlen – sondern sie auch stärker in die Pflicht zu nehmen.“

FAZ, 28.01.2023



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Neues Qb-Datenportal

Alle Informationen rund um die jährlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser bietet das neue Qb-Datenportal des G-BA (→ bit.ly/3JBb6Jf). Softwarehersteller, Krankenhäuser und Interessierte finden über das Portal Servicedateien für die Berichterstellung, den Plausibilisierungsdienst sowie die Annahmestelle der Qualitätsberichte. Für Versicherte bietet die Referenzdatenbank, in der die kompletten Qualitätsberichte jedes Krankenhausstandortes bereitgestellt werden, ebenfalls erweiterte Funktionen. Die jeweils aktuellsten Qualitätsberichte sind nicht mehr nur als PDF-Dokument abrufbar, sondern stehen zusätzlich in einer interaktiven Webansicht bereit, die eine einfache Detailsuche innerhalb eines Berichts

nach Schlagworten bietet. Neu ist auch die Downloadmöglichkeit maschinenverwertbarer XML-Daten, die über ein Online-Formular angefordert werden können.

Patientenbefragung zum Prostatakarzinom

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den G-BA beschlossen, das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht zu beauftragen. Das Prostatakarzinom ist durch ein erst spät einsetzendes und sehr langsames Tumorstadium gekennzeichnet, wodurch die Überlebenschancen für die betroffenen Männer hoch ist. Für die Therapie stehen verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung. Da therapiebedingte Nebenwirkungen, die Lebensqualität sowie die Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag

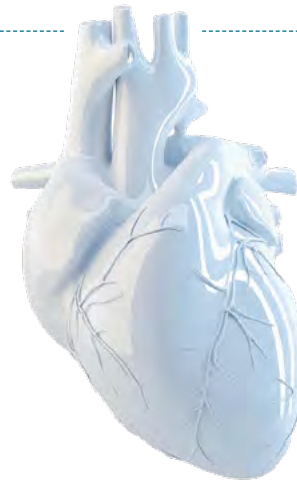
der Patienten bei der Therapiewahl bzw. der gemeinsamen Entscheidungsfindung relevant sein können, soll dies bei der Befragung berücksichtigt werden.

Verordnungen per Videosprechstunde

Heilmittel, häusliche Krankenpflege und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können künftig auch per Videosprechstunde verordnet werden. Der G-BA hat in seinen Richtlinien konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen das jeweils möglich sein wird. So muss es sich bei Heilmitteln bzw. häuslicher Krankenpflege um sogenannte weitere Verordnungen bzw. Folgeverordnungen handeln, nicht um eine erstmalige Verordnung. Die medizinischen Verordnungsvoraussetzungen, etwa die verordnungsrelevante Diagnose, müssen bereits durch eine unmittelbare persönliche Untersuchung festgestellt worden sein. Anspruch auf Verordnung ohne persönlichen Kontakt besteht nicht. *pm*

Apps auf Rezept müssen medizinischen Nutzen aufweisen

Seit rund zwei Jahren können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) von Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen verordnet oder von Krankenkassen genehmigt werden. Für den Zeitraum vom 1. September 2020 bis 30. September 2022 zieht der GKV-Spitzenverband Bilanz: Die „Apps auf Rezept“ seien noch nicht in der Versorgung angekommen. Seit Anfang 2022 bewege sich die monatliche Menge der eingelösten Freischaltcodes auf einem nahezu unveränderten Niveau zwischen 10.000 und 12.000 DiGA. Insgesamt wurden bis Ende September rund 164.000 DiGA in Anspruch genommen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes brauche es drei zentrale Anpassungen: Es dürften ausschließlich DiGA mit einem klaren medizinischen Nutzen für die Patient:innen aufgenommen werden. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit müsse gewahrt bleiben, indem die verhandelten Preise ab dem ersten Tag der Aufnahme in die Regelversorgung gelten. Und es bedürfe einer Harmonisierung der Rahmenbedingungen für DiGA mit anderen GKV-Leistungsbereichen, indem die Leistungserbringenden und der GKV-Spitzenverband in den Zulassungsprozess miteinbezogen werden. *pm*



Für das Jahr 2022 verzeichnet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) einen Rückgang der Zahl der Organspender:innen um 6,9 Prozent. 869 Menschen haben nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Dies sind 64 weniger als im Vorjahreszeitraum und entspricht 10,3 Spender:innen pro eine Million Einwohner:innen (2021: 11,2).

Auch die Summe der entnommenen Organe, die an die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant gemeldet wurden, sank auf 2.662 (Vorjahreszeitraum: 2.905). **Derzeit stehen in Deutschland rund 8.500 Menschen auf den Wartelisten für ein Organ.** Aus Sicht der DSO brauche es unter anderem eine bessere Aufklärung, zudem könne möglicherweise auch der Anstoß über eine Widerspruchsregelung zu mehr Organspenden führen. *pm*

→ bit.ly/3XclaKJ

Lieferengpässe: Mehr Geld allein reicht nicht



Text von Katharina Carstensen

Die Politik will **Lieferengpässen von Arzneimitteln** entgegenwirken. Bewährte Instrumente wie Festbeträge und Rabattverträge zu beschränken, erhöht jedoch zwar die Preise, aber nicht automatisch die Liefersicherheit.

In den letzten Wochen und Monaten haben sich die Meldungen über Lieferengpässe von Arzneimitteln gehäuft. Zuletzt standen Arzneimittel für Kinder im Fokus, aber auch viele weitere Arzneimittel waren nicht sofort in der Apotheke verfügbar. Viele fragen sich, welche Gründe dazu geführt haben und wie man gegensteuern kann. Der Bundesgesundheitsminister vermutet die Ursache darin, dass die „Ökonomisierung zu weit getrieben wurde“ und will bewährte Instrumente wie Festbeträge und Rabattverträge beschränken oder für bestimmte Arzneimittelgruppen ganz abschaffen. Aber sind wir damit auf dem richtigen Weg?

Um die richtigen Maßnahmen zu ergreifen, muss man sich bewusst machen, dass der Weg eines Arzneimittels über die Zulassung, die Herstellung, den Vertrieb bis hin zur Abgabe durch die Apotheke ein außerordentlich komplexes System ist. Es müssen sehr viele Zahnräder ineinandergreifen, damit die Versorgung reibungslos funktioniert. Dieser Prozess unterliegt darüber hinaus auch vielen gesetzlichen Regelungen, um die hohe Qualität dieser besonderen Ware zu gewährleisten und damit Patientinnen und Patienten sich darauf verlassen können, wirksame und sichere Arzneimittel zu erhalten. Dafür geben die gesetzlichen Krankenkassen jährlich über 50 Milliarden Euro aus, die Ausgabensteigerungen liegen regelmäßig oberhalb von fünf Prozent pro Jahr.

Nun legt das Bundesgesundheitsministerium einen Eckpunkte-Plan vor, der helfen soll, den Mangel zu beheben. Fünf Ziele sollen dabei verfolgt werden:

1. Verbesserung der Versorgung mit Arzneimitteln für Kinder
2. Rabattverträge: Maßnahmen zur Diversifizierung der Lieferketten und verbindliche Vorratshaltung
3. Festbetrags-Arzneimittel: Unterstützung von Marktsegmenten mit wenigen Anbietern
4. Verbesserung der Arzneimittelversorgung für Patientinnen und Patienten in Apotheken
5. Verfahren zur frühen Erkennung von Versorgungsengpässen

Neben der Verfügbarkeit eines Arzneimittels für den Einzelnen im Krankheitsfall gehört auch die Bezahlbarkeit zu einer sicheren Versorgung.

Zur Erreichung dieser Ziele sollen Maßnahmenpakete geschnürt werden, die dann bis Ende des Jahres 2025 in Hinblick auf die Versorgungssituation evaluiert werden sollen.

Die Pandemie hat uns allen vor Augen geführt, wie wichtig ein resilientes Gesundheitssystem ist. Deshalb gehören diese Themen nicht nur in Deutschland auf die gesundheitspolitische Agenda. Denn neben der Verfügbarkeit eines Arzneimittels für den Einzelnen im Krankheitsfall gehört auch die Bezahlbarkeit zu einer sicheren Versorgung. Deshalb darf auch nicht aus den Augen verloren werden, welche Bedeutung ausgabensteuernde Instrumente wie Rabattverträge und Festbeträge haben, die den Wettbewerb der Firmen untereinander nutzen. Das sind Verfahren, die sich über Jahre bewährt haben und mit denen es gelungen ist, einen fairen Ausgleich zwischen den Interessen der Pharmaindustrie und denen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu ermöglichen.

Wir halten die Idee, Rabattverträge und Festbeträge zu beschränken, für ungeeignet, die Versorgungssicherheit zu verbessern. Im Gegenteil: Wir sind überzeugt davon, dass gerade Rabattverträge die erforderliche Planbarkeit schaffen, die im System unabdingbar für eine sichere und bedarfsgerechte Versorgung ist. Mit dieser Einschätzung sind wir nicht allein, denn sogar die Bundesregierung selber hat anerkannt, dass Rabattverträge zu Berechenbarkeit und Liefersicherheit beitragen. Umso weniger ist nachvollziehbar, dass der ewige Ruf nach mehr Geld im System nun aufgegriffen wird. Mit der schlichten Erhöhung von Preisen durch eine Anhebung des Festbetragsniveaus und dem Aussetzen von Rabattverträgen ist eben nicht automatisch verbunden, dass die Liefersicherheit verbessert wird.

Eins ist sicher: Mit dem Bündel von Maßnahmen, die der Gesundheitsminister plant, werden die Kosten für Arzneimittel steigen. Ob damit allerdings Versorgungsengpässe verhindert werden können, wird sich erst erweisen müssen. ■



Katharina Carstensen ist Referatsleiterin Arzneimittel in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek





Starke Stimme der Versicherten

Text von **Dr. Tanja Gloom**

Zum Auftakt des **Sozialwahljahres 2023** haben Fachleute aus Politik, der gesetzlichen Krankenversicherung, Wissenschaft und Praxis auf einer Dialogveranstaltung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) über Herausforderungen und Potenziale der Sozialen Selbstverwaltung diskutiert. Der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens und Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär im Bundessozialministerium (BMAS), würdigten dieses besondere Prinzip der Mitbestimmung als Grundpfeiler der sozialen Sicherungssysteme und gelebte Demokratie.



Gemeinsame Buchpräsentation (v.l.n.r.): Dr. Bernard Braun, Prof. Dr. Tanja Klenk und der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens stellten das von ihnen herausgegebene Buch „SELBST verwalten!“ vor. Sozial- und Gesundheitswissenschaftler Braun betonte, die mehr als 130 Jahre alte Institution der Sozialen Selbstverwaltung in Deutschland sei „unverändert modern und zeitgemäß“. Um ihre Potenziale voll auszuschöpfen, seien jedoch Reformen nötig, sagte Verwaltungswissenschaftlerin Klenk.

Podiumsdiskussion (v.l.n.r.):
 Dr. Rolf Schmachtenberg,
 (Staatssekretär im BMAS),
 Prof. Dr. Wolfgang Schroeder
 (Universität Kassel),
 vdek-Verbandsvorsitzender
 Uwe Klemens, Dagmar König
 (Deutsche Rentenversicherung
 Bund), Ulrike Hauffe (BARMER),
 Michael Witte (KKH Kauf-
 männische Krankenkasse),
 Moderatorin Tanja Samrotzki



Das solidarische Selbstverwaltungsmodell ist die bessere Alternative gegenüber rein staatlichen oder überwiegend vom Markt diktierten Gesundheitssystemen“, betonte Klemens. Denn es sei nah bei den Betroffenen, nah am Versorgungsgeschehen und zeichne sich durch eine grundsätzliche Unabhängigkeit gegenüber den staatlichen Akteuren aus. Durch ihre im Zuge der Sozialwahlen eingesetzten Vertreterinnen und Vertreter gestalteten Versicherte und Arbeitgeber ihre Kranken- und Rentenversicherung mit.

Die bewährten selbstverwalteten Strukturen auszubauen und weiter zu entwickeln, erklärten die Konferenzteilnehmenden zum zentralen Zukunftsziel. „Die Veranstaltung des vdek hat noch einmal

deutlich vor Augen geführt, was wir an der Selbstverwaltung haben und dass sie für eine gute Zukunft der sozialen Sicherungssysteme unverzichtbar ist“, betonte Schmachtenberg. Er lobte in

diesem Zusammenhang die notwendigen Weichenstellungen durch die im Februar 2021 in Kraft getretene Reform der Sozialen Selbstverwaltung, die zu ihrer Stärkung in schwierigen Zeiten beigetragen habe. Durch die Reform greift bei den diesjährigen

Sozialwahlen erstmals eine Frauenquote für die Besetzung der Gremien. Zudem gibt es bessere Rahmenbedingungen für die Ehrenamtlichen, etwa in Form von zusätzlichen Urlaubstagen für Fortbildungen und eine klarer geregelte Freistellung vom Arbeitsplatz.

Für soziale Mitbestimmung begeistern

Die Sozialwahl 2023, ihr Gewicht für Demokratie und der Einfluss der Versicherten gegenüber der Politik bildeten einen weiteren Themenschwerpunkt des vdek-Dialogs. Stichtag für die Sozialwahl ist der 31. Mai 2023. Damit konstituieren sich auch die Verwaltungsräte der Ersatzkassen neu. Ab April 2023 werden allein bei den Ersatzkassen rund 22 Millionen Wahlberechtigte aufgefordert, ihre Stimme für ihre ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter in den Versichertenparlamenten abzugeben. Nach der Bundestagswahl und der Europawahl ist die Sozialwahl mit insgesamt mehr als 51 Millionen Wahlberechtigten die drittgrößte Wahl in Deutschland.

Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, Peter Weiß (CDU), und seine Stellvertreterin Doris Barnett (SPD) nahmen die Bedeutung der Urwahlen für die Sozialversicherungswahlen in den Blick. Indem die Versicherten ihre Vertreterinnen und Vertreter selbst wählen,

Das solidarische Selbstverwaltungsmodell zeichnet sich durch eine grundsätzliche Unabhängigkeit gegenüber den staatlichen Akteuren aus.



vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner im Gespräch mit BMAS-Staatssekretär Dr. Rolf Schmachtenberg



Gut besuchte Dialogveranstaltung in der vdek-Verbandszentrale



vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens

entstehe eine „lebendige Verbindung zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und ihren Selbstverwaltern und Selbstverwalterinnen.“ Weiß und Barnett zeigten sich auch überzeugt, dass das Modellprojekt der Online-Wahl, die zusätzlich zu den Briefwahlen angeboten werden soll, zu mehr Aufmerksamkeit für die Sozialwahl 2023 führe – und gerade die jüngeren Wählerinnen und Wähler zur Stimmabgabe motiviere.

Der gemeinsame Austausch machte deutlich, dass die Vermittlung von Wissen über die Soziale Selbstverwaltung und ihre Gestaltungsspielräume auch Bildungsaufgabe ist und daher unter anderem ein stärkeres Gewicht im Schulunterricht bekommen sollte. Denn dort werde der Grundstein für das Interesse an Sozialstaat, Solidargemeinschaft und eigenem Engagement gelegt.

Fokus auf Sichtbarkeit und Werte

Mit einer gemeinsamen Öffentlichkeitskampagne zur Sozialwahl 2023, die Jörg Ihlau von der Agentur Serviceplan präsentierte, wollen die gesetzliche Krankenversicherung und die Deutsche Rentenversicherung Bund die Soziale Selbstverwaltung sichtbar machen und zeigen, wie stark sie in der deutschen Sozialpolitik verankert ist. Darüber hinaus gebe es neue Kommunikationsimpulse, die bei der

besonderen gesellschaftlichen Situation mit Blick auf Corona-Pandemie, Energiekrise und Ukraine ansetzen. Die Pandemie habe die Menschen stark belastet, ihnen aber gleichzeitig auch gezeigt, wie wertvoll ein funktionierender, reaktionsfähiger Sozialstaat in der Krise ist.

Buch zur Sozialen Selbstverwaltung vorgestellt

Zugleich stellten Dr. Bernard Braun, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler an der Universität Bremen, und Prof. Dr. Tanja Klenk, Verwaltungswissenschaftlerin an der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, zusammen mit Klemens das von ihnen herausgegebene Buch „SELBST verwalten! – Wie Ehrenamtliche unser Gesundheitswesen mitgestalten“ vor. „In diesem Sammelband wird zum ersten Mal die Soziale Selbstverwaltung in ihren vielen Facetten zusammenhängend und umfassend erläutert“, so Klemens. Rechtzeitig vor der bevorstehenden Sozialwahl biete das Buch allen Interessierten die Chance, die Soziale Selbstverwaltung besser kennenzulernen und ihre große Bedeutung für den deutschen Sozialstaat zu verstehen. ■

→ bit.ly/3jes9WX



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

Vermittlung von Wissen über die Soziale Selbstverwaltung ist auch Bildungsaufgabe und sollte mehr Gewicht im Schulunterricht bekommen.

Bessere Versorgung für Sterbende

Text von **Ines Kruse**

Am 1. Januar 2023 sind die Zulassungskriterien für Leistungserbringer der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** in Kraft getreten. Diese Rechtsänderung schafft einen bundesweit einheitlichen Rahmen für eine Versorgung in der letzten Lebensphase unter würdevollen Bedingungen.

Jeder SAPV-Leistungserbringer hat nun Anspruch auf einen regionalen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, wenn er die Kriterien erfüllt. Damit erfolgt die Zulassung im Sinne eines „offenen Zulassungsverfahrens“, auf das die Regeln des wettbewerblich orientierten Vergaberechts nicht anwendbar sind. Einigen sich die Vertragspartner bei den regionalen Vertragsverhandlungen nicht, besteht die Möglichkeit der Einbindung einer Schiedsperson.

Verlässliche Betreuung für schwerst- kranke Menschen

Die Ersatzkassen begrüßen die neuen bundesweit einheitlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die Regeln zu den Kriterien für ein beim Träger des SAPV-Teams fest angestelltes Personal. Zwei Palliativmediziner und vier Palliativpflegefachkräfte bilden ein SAPV-Kernteam. Bislang bestanden SAPV-Teams oft aus „lockeren Zusammenschlüssen“ zwischen Pflegediensten und Hausärzten, die SAPV-Leistungen erbrachten. Nun wird sichergestellt, dass schwerstkranke und sterbende Menschen täglich rund um die Uhr Ansprechpartner haben, die ihnen für ihre individuellen Bedarfe und bei palliativen Krisen verlässlich zur Seite stehen.

Entwicklung der SAPV-Regelungen seit 2007

Die SAPV wurde als neue Leistung im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) 2007 eingeführt (§§ 37b; 132d SGB V). Seitdem konnte diese Versorgung in dem Sinne koordiniert und ausgestaltet werden, dass jeder Mensch mit einer begrenzten Lebenserwartung und unheilbaren Erkrankung individuell zu Hause durch qualifizierte SAPV-Leistungserbringer versorgt wird.

Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2016 hat zehn Jahre nach Einführung der SAPV allerdings belegt, dass eine Versorgungsstruktur

regional nicht überall vorhanden war, weshalb die Versorgung durch SAPV-Teams aus angrenzenden Regionen übernommen wurde. Zudem stagnierte der weitere Strukturaufbau aufgrund rechtlicher Unsicherheit wegen eines Verfahrens vor dem Bundeskartellamt. Im Ergebnis entschied das Oberlandesgericht in Düsseldorf am 15. Juni 2016 (Az.: VII Verg 56/15), dass die Erbringung von SAPV-Leistungen nach § 132d SGBV (alte Fassung) den Regeln des Vergaberechts unterfallen. Für die Ersatzkassen war dies eine überraschende Entscheidung, denn seit Beginn der SAPV haben sie sich gegen einen Wettbewerb um die Versorgung sterbenskranker Menschen ausgesprochen. Umso mehr begrüßen die Ersatzkassen die Änderung des § 132d SGBV (neue Fassung) durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) vom 1. Januar 2019, wodurch die SAPV aus dem Vergaberecht herausgelöst wurde und nun die Fortsetzung des Strukturaufbaus möglich ist.



Ines Kruse ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

Bundesweiter Rahmen macht Anpassungen notwendig

Durch die neue bundesweite Regelung der SAPV tritt nun für rund 400 bestehende Altverträge mit SAPV-Leistungserbringern ein Übergangszeitraum von fünf Jahren zur Überprüfung und Anpassung nach neuen Rahmenbedingungen in Kraft. Damit sind bestehende Strukturen nicht gefährdet und sterbenskranken Menschen können weiter ambulant zu Hause versorgt werden. Für die bestehenden SAPV-Leistungserbringer bedeutet der Übergangszeitraum dennoch die Pflicht, ihre konzeptionelle Struktur auf die neuen Rahmenbedingungen zu prüfen, denn sie müssen spätestens bis 31. Dezember 2027 erfüllt sein. Dies betrifft unter anderem die folgenden Bereiche:

- Anforderungen an die Personalstruktur (Organisation)
- personelle und sächliche Voraussetzungen (Zulassung des SAPV-Teams)
- umfassende Kriterien für ein Versorgungskonzept des SAPV-Teams
- Inhalt und Umfang der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen
- Verordnungsverfahren durch Haus- und Fachärzte
- Genehmigungsverfahren von SAPV durch die Krankenkassen

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat 2018 ein webbasiertes Portal (vdek-Hospizlotse) veröffentlicht, das Betroffenen unkompliziert Leistungserbringer der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region aufzeigt. Die Ersatzkassen haben zudem Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung auf ihren Internetseiten veröffentlicht. Weiter sind über das Postfach des vdek-Hospizlotsen Anfragen von Betroffenen möglich. ■

→ [hospizlotse.de](https://www.vdek.de/hospizlotse)

Ambulante Hospizdienste: Neue Fördergrundsätze

Ab dem Förderjahr 2023 gelten neue Fördergrundsätze für ambulante Hospizdienste betreffend die Inhalte, Qualität und den Umfang ambulanter Hospizarbeit. Die besonderen Belange von Kindern werden durch den gesetzlichen Auftrag an die Krankenkassen durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) nun umgesetzt, in dem die Fördergrundsätze zur Versorgung von Kindern in einer separaten Rahmenvereinbarung von nun an festgelegt sind. Dies wird durch die Ersatzkassen begrüßt. Die Fördergrundsätze der Erwachsenen- und Kinderhospizdienste unterscheiden sich wesentlich im Faktor zur Berechnung des Förderhöchstbetrages. Dieser lag bislang bei „5“ für die Sterbebegleitung von Kindern und bei „4“ für Erwachsene. Um den Belangen der Kinderhospizarbeit gerecht zu werden, haben sich die Ersatzkassen dafür eingesetzt, dass der Faktor ab dem Jahr 2023 auf „6,5“ angehoben wird. Damit steht Kinderhospizdiensten ein höherer finanzieller Rahmen durch die Krankenkassen für hospizliche Begleitung zur Verfügung. Weitere Änderungen sind:

- Notwendige Schutzmaterialien werden von den Sachkosten umfasst.
- Pauschaler Sachkostenanteil wird von bisher 2,2 v.H. auf 2,5 v.H. angehoben.
- Förderbetrag für Fortbildungskosten steigt auf 110 Euro/p.a. je Ehrenamtlichen.

Betroffene und Zugehörige können ambulante Hospizdienste in ihrer Region über den webbasierten vdek-Hospizlotsen finden.

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen





VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Öffentliche Anhörung: Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“

Die Enquetekommission beschäftigte sich am 9. Dezember 2022 im Landtag von Baden-Württemberg mit der Frage, wie krisenfest die baden-württembergische Gesellschaft aufgestellt ist und welche Maßnahmen nötig sind, um die Resilienz von Staat und Gesellschaft zu stärken. Hierzu sollen insbesondere auch Lehren aus den über zwei zurückliegenden Jahren der Pandemie und aus den zu ihrer Bewältigung angewandten Strategien gezogen werden. **Der vdek hat im Namen der B 52-Verbände Kooperation Baden-Württemberg seine Einschätzungen und Empfehlungen zum Themenfeld Gesundheit vorgetragen.** Hinterfragt wurde, wie aus Sicht der Gesundheitsversorgung die Strukturen der Gesundheitsvorsorge verbessert und eine hochwertige gesundheitliche Versorgung im Land gewährleistet werden kann. Die Mitglieder der Enquetekommission unter Vorsitz von MdL Alexander Salomon (Grüne) hatten hierzu die wesentlichen Akteure des baden-württembergischen Gesundheitswesens –

Organisationen, Wissenschaft, Kammern, Körperschaften, Vereinigungen und Verbände – eingeladen. Frank Winkler (auf dem Foto am Rednerpult) von der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg nahm im Rahmen seines 20-minütigen Vortrags mit einer sich anschließenden Diskussion mit den Kommissionsmitgliedern Stellung zu den **Themenbereichen Finanzierung, digitale Infrastruktur/Telemedizin und Gesundheitsdatennutzung sowie Krankenhausstrukturreform und Notfallversorgung.** Darüber hinaus ging er im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf die Themenfelder ambulante und vertragsärztliche Versorgung, Arzneimittelversorgung, Impfstoffe sowie Pflege ein. Den Themen Aufklärung der Bevölkerung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gesundheitskompetenz im Rahmen des „Health in All Policies“-Ansatzes maß Winkler in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu. *wi*
→ bit.ly/3GQ2prv → bit.ly/3Xk6w6h

 **@vdek_HB** Wenn ein Kind chronisch erkrankt, leidet die ganze Familie. Damit Eltern und Geschwister trotzdem gesund bleiben, bietet der AfJ e.V. Resilienzkurse an, gefördert von den **#Ersatzkassen #Bremen #regionalstark #Praevention**.

 **@vdek_SAC** Ob **#Corona, #Influenza** oder **#RSV**: Diesen Winter litten ungewöhnlich viele Kinder an akuten Atemwegserkrankungen. Für stark erhöhtes Patientenaufkommen zahlen gesetzl. **#Krankenkassen** in **#Sachsen** gut 3 Mio. Euro zusätzlich an **@KV_Sachsen**.

VDEK-LANDESVERTRETUNG SAARLAND

Hauptsach gudd gess – Präventionsprojekt in St. Ingbert gestartet

Am 7. Dezember 2022 ist das gemeinsame Projekt der AWO und des vdek „Mobil im Alter – Gesund im Quartier“ offiziell mit einer Auftaktveranstaltung gestartet. Seit 2017 arbeitet die AWO Saarland mit älteren Menschen in St. Ingbert-Mitte. Dabei steht von Anfang an das gemeinsame Essen im Mittelpunkt, getreu dem inoffiziellen saarländischen Lebensmotto „Hauptsach gudd gess“. Dieses Motto soll mit dem neuen Projekt um das Thema Gesundheit ergänzt werden: „Hauptsach gesund gess“! Gerade bei älteren Menschen hat die Ernährung einen großen Einfluss auf die Gesundheit. **Zusätzlich wurden in St. Ingbert-Mitte immer wieder Bewegungsangebote nachgefragt.** „Die Bewohner:innen haben sich immer wieder Angebote zum Thema Gesundheit gewünscht. Diesem Anliegen sind wir



zusammen mit dem vdek nachgegangen und haben mit ‚Mobil im Alter – Gesund im Quartier‘ ein bedarfsgerechtes gesundheitsförderndes Angebot entwickelt“, erklärt Elke Müller, Projektverantwortliche des AWO-Quartiersprojektes in St. Ingbert. **Seit Beginn des Jahres gibt es regelmäßig Bewegungskurse und praktische Tipps für eine gesunde Ernährung im Alter.** „Mit der AWO

im Saarland setzen wir mittlerweile drei Projekte um. Die AWO arbeitet in ihren Quartiersprojekten vor Ort bereits mit vielen Menschen zusammen, die wir mit unseren Präventionsangeboten erreichen möchten. In St. Ingbert heißt es nun zukünftig: **Gemeinsam gesünder leben!**“, ergänzt Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland. *aml*
→ bit.ly/3XGUHXI

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Verzahnungsprojekt startet mit neuer Dachmarke

Präventionskurse, Multiplikatorenschulungen, Gesundheitstage sowie Themenhefte und digitale Gesundheitsangebote – mit diesem Portfolio werden Thüringer Jobcenter seit 2017 von der vdek-Landesvertretung Thüringen im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen unterstützt, um gemeinsam die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu fördern. Und da Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu gestalten ist, schlossen sich kommunale Partner:innen der Zusammenarbeit an. **Ab 2023 wird die Kooperation langfristig unter der neuen Dachmarke „Team(w)rk für Gesundheit und Arbeit“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit weitergeführt.** „Ich freue mich, dass unser seit Jahren gewachsenes Verzahnungsprojekt



Erfolge zeigt und den arbeitslosen Menschen einen deutlichen Mehrwert für ihre physische und vor allem psychische Gesundheit bietet“, so Franziska Peyerl von der vdek-Landesvertretung Thüringen. „Unter dem Fokus ‚Vom Projekt zum Programm‘ sind nun die Weichen für eine nachhaltige Struktur gestellt“, so Peyerl weiter. **Mit der Neuausrichtung wurde die Programmkoordination für ein weiteres Thüringer Jobcenter an den vdek übertragen.** Mit dem Jobcenter Wartburgkreis begleitet die vdek-Landesvertretung Thüringen nun insgesamt fünf der 13 in der Kooperation stehenden Jobcenter in Thüringen. Für die neue Förderphase sind neben online und offline gestalteten Kursen auch mehrere Gesundheitstage geplant. *fp*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Gesundheitsförderung in stationärer Pflege: Präventionsprojekt „agiL“ gestartet

In fünf stationären Pflegeeinrichtungen im Raum Schweinfurt und Würzburg (Haus An den Mönchskutten in Schweinfurt, Haus Marienstift in Schweinfurt, AWO Hans-Sponsel-Haus in Würzburg sowie dem Ehehaltenhaus/St. Nikolaus und dem Seniorenheim St. Maria in Würzburg) fördert die vdek-Landesvertretung Bayern im Auftrag der Ersatzkassen das Präventionsprojekt „agiL – ausgeglichen und gesund in jedem Lebensabschnitt“. Es soll Bewohnende vor körperlichem und kognitivem Leistungsabbau, Stress und Vereinsamung schützen und gleichzeitig Mitarbeitende sowie Bewohnende auf dem Weg zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen. Die Themen Entspannung und Bewegung im Einrichtungsalltag sollen langfristig und nachhaltig etabliert werden. Durch das „agiL“-Projekt wird nicht nur die Gesundheit der Senior:innen in den

Blick genommen, sondern es werden auch nachhaltige, gesundheitsfördernde Strukturen geschaffen, um das Wohlbefinden der Bewohnenden zu steigern. Dafür werden alle verfügbaren Mitarbeitenden der Einrichtungen hinzugezogen und befähigt, selbst Entspannungs- und Bewegungsübungen anzuleiten. Das Projekt setzt auf praxisnah gestaltete Schulungen und Qualifizierungen und versorgt die Teilnehmenden mit fundierten Hintergrundinformationen. Dafür werden vielfältige Lehrangebote von Informationsmaterial bis zur praktischen Übungsanweisung zur Verfügung gestellt. Im Zuge des Projekts sollen die teilnehmenden Pflegeheime als Leuchtturm-Einrichtungen fungieren, um das Vorhaben in der Praxis zu erproben und als Good-Practice-Beispiel perspektivisch auf weitere Einrichtungen der jeweiligen Träger auszuweiten.“ *sesa*



Projektteam von „agiL – ausgeglichen und gesund in jedem Lebensabschnitt“ am Standort Schweinfurt

„Alles neu macht die Krise“? – vdek-Neujahrsforum zur Innovationskraft des deutschen Gesundheitswesens

Wie hoch ist die Innovationsfreude im deutschen Gesundheitssystem besonders in Krisenzeiten? Antworten auf diese Frage suchte und fand das Neujahrsforum der vdek-Landesvertretung Sachsen am 13. Januar 2023. Auf dem Podium diskutierten die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping, Prof. Andreas Beivers (Hochschule Fresenius München), Martin Blaschka (INNO3 GmbH), Thorben Krumwiede (UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH), Sebastian Zilch (Bundesministerium für Gesundheit – BMG) sowie die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen Silke Heinke. Die Impulsreferate eröffnete Beivers mit einer Analyse zu den jüngsten welt- und gesundheitspolitischen Entwicklungen und deren Bedeutung für die Ausgestaltung und Finanzierung des Gesundheitssystems. Anschließend stellte Zilch den aktuellen Stand der Digitalisierungsstrategie des BMG vor. Im Spannungsfeld von Strukturwandel, Demografie und dem Trend

zur ärztlichen Anstellung präsentierte Boris von Maydell (Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek) das Ersatzkassenkonzept zu Regionalen Gesundheitszentren. **Anschließend wurde in der Podiumsdiskussion viel Potenzial für die Umgestaltung der Versorgungslandschaft identifiziert:** „Die Ersatzkassen sehen die Reformierung der Krankenhaus-, der Notfall- sowie der pflegerischen Versorgung als derzeit drängendste Aufgabe. Außerdem gilt es, auch in ländlichen, strukturschwachen Gebieten die medizinische Versorgung sicherzustellen, zum Beispiel durch die Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung sowie durch Möglichkeiten, die uns die Digitalisierung bietet“, so Heinke. **Beim vdek-Neujahrsforum treffen sich Vertreter:innen von Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten und Politik, um über aktuelle Themen der Gesundheitsversorgung zu diskutieren.** 2023 fand die Veranstaltung im Deutschen Hygiene-Museum Dresden mit mehr als 110 Teilnehmenden statt. *cb*



Die Teilnehmenden der Podiumsdiskussion während des vdek-Neujahrsforums 2023 in Dresden (v.l.n.r.): Thorben Krumwiede, Silke Heinke, Prof. Andreas Beivers, Thomas Lopau, Staatsministerin Petra Köpping, Sebastian Zilch, Martin Blaschka

Drei Fragen an

Dr. Andreas Hey

Vor gut zehn Jahren ist das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) an den Start gegangen, heute ist es Europas zweitgrößtes medizinisches Register für Hüft- und Knieendoprothetik. Mehr als zwei Millionen Datensätze von gelenkersetzenden Operationen wurden bislang auf der Grundlage freiwilliger Datenlieferungen von derzeit 750 Kliniken analysiert und ausgewertet. EPRD-Geschäftsführer Dr. med. Andreas Hey erläutert die Struktur und Bedeutung des Registers.

Welche Informationen können aus den Registerdaten gewonnen und welche Rückschlüsse gezogen werden? Aus den Registerdaten lassen sich eine Vielzahl an Informationen gewinnen: beispielsweise die Altersverteilung, das Geschlecht und Vorerkrankungen der Patient:innen sowie Gründe für Wechseloperationen und Haltbarkeit der Implantate. Darüber hinaus geben die Daten einen Einblick in die unterschiedlichen Versorgungsformen der Kliniken: Werden mehr Teil- oder Totalprothesen verwendet? Werden diese zementiert oder nicht zementiert? Und besonders wichtig: Durch das Register können Patient:innen der Ersatzkassen und AOK – nur diese gesetzlichen Kassen nehmen bisher am EPRD teil – im Falle eines Produktrückrufs datenschutzkonform und rasch informiert werden.

Inwieweit verbessert das EPRD die Gesundheitsversorgung und Gesundheitskompetenz der Patient:innen? Die EPRD-Daten bieten eine Fülle an versorgungsrelevanten Informationen. Sie haben beispielsweise gezeigt, dass bei Menschen ab dem 75. Lebensjahr eine Hüfttotalendoprothese zementiert werden sollte. Auch die Klinik-Auswertungen sind für Mediziner:innen von Interesse. Sie dokumentieren die jeweiligen individuellen Standzeiten des Hauses – sowohl für verschiedene Versorgungsformen als auch für einzelne Implantate – und ver-

gleichen die Ergebnisse anonymisiert mit denen der anderen Kliniken (sogenanntes Benchmarking). Mit unseren Patientenbroschüren erhalten Patient:innen Informationen rund um den Eingriff einer Prothesenimplantation. Dadurch werden sie ermächtigt, sich über ihren Eingriff zu informieren und erfahren mehr über mögliche Faktoren, die einen langfristigen Behandlungserfolg beeinflussen können.



Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erwägt, ein neues gesetzliches Implantateregister mit eigener Behörde zu errichten. Wie stehen Sie zu den Plänen?

Mit dem EPRD existiert bereits ein etabliertes, hervorragend funktionierendes endoprothetisches Register. Bei einer Beleihung des EPRD mit dem Aufbau und dem Betrieb des Implantateregister Deutschland (IRD) wäre der Start der Endoprothesenerfassung im IRD wesentlich schneller und vor allem kostengünstiger zu realisieren, als wenn dies wie bisher durch das BMG selbst oder eine noch zu schaffende Implantateregisterbehörde erfolgen würde. Umso unverständlicher ist es für uns, dass auf unsere Erfahrungen sowie auch auf unseren Datenschatz bei einem neu zu gründenden Implantateregister Deutschland nicht zurückgegriffen werden soll. Die Politik unterschätzt den Aufwand und die dafür notwendige Expertise, ein Register für Knie- und Hüftendoprothesen sinnvoll zum Laufen zu bringen. ■



EINWURF

Die gesundheitspolitische Agenda mit Leben füllen

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

Mehr Fortschritt wagen – mit diesem Anspruch haben SPD, Grüne und FDP ihren Koalitionsvertrag überschrieben. Dieser Modernisierungswillen zeigt sich auch bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Zahlreiche gesundheitspolitische Vorhaben stehen in diesem Jahr auf der Agenda, ganz oben die Krankenhausreform, die Pflegereform und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Wichtig wird sein, die Vorhaben zeitnah mit konkreten Inhalten voranzubringen. Worauf es uns als Ersatzkassen dabei ankommt:

Bei der Krankenhausreform sollte zunächst eine Verständigung über die bedarfsgerechten Strukturen – auch für die Notfallversorgung – erfolgen. Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Versorgungsstrukturen mit zugeordneten Leistungsgruppen sind da ein Beitrag für mehr Versorgungsqualität. Vor allem die Bundesländer sind gefordert, Reformwillen zu zeigen und sich auf eine neue Krankenhausplanung auf Basis einheitlicher Kriterien zu verständigen. Wir appellieren zudem an die politisch Verantwortlichen, die gemeinsame Selbstverwaltung mit an den Tisch zu holen.

Für die Pflege gilt: Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege steigen, vernetzte Versorgungskonzepte für die Pflege in der Häuslichkeit brauchen eine gesetzliche Grundlage und für die Beitragsgestaltung ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen. Deshalb brauchen wir endlich eine Pflegereform aus einem Guss, die die Lasten fair verteilt, Pflegekräfte und Pflegebedürftige mit modernen Versorgungskonzepten unterstützt und die Finanzen mittel- und langfristig stabilisiert.

Einen weiteren Anlauf muss die Koalition in Sachen GKV-Finanzierung starten. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist allein eine Regelung für 2023 erfolgt und dazu wurden nahezu alle verbleibenden Rücklagen eingesetzt. Für das kommende Jahr ist der Gesetzgeber also erneut gefordert, um einen Sprung bei den Beitragssätzen zu verhindern.

Das Aufgabenbuch für 2023 ist gut gefüllt und die Aufgaben sind herausfordernd – als Ersatzkassen haben wir konkrete Vorschläge für die Modernisierung der Versorgungsstrukturen und eine nachhaltige Finanzarchitektur in Gesundheit und Pflege gemacht. ■

Reformjahr



Auf der Großbaustelle des Gesundheitswesens stehen 2023 umfassende und vor allem notwendige Reformen an. Die Bundesregierung muss die **Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2024 rasch stabilisieren**, um einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge zu verhindern. Auch die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 auf sieben Prozent sowie die Dynamisierung des Steuerzuschusses sind dringend nötig.



Dem von der Regierungskoalition aus SPD, Grünen und FDP angekündigten Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheitspolitik müssen beherzte Taten auch bei weiteren gesundheitspolitischen Vorhaben folgen. Dazu gehören aus Sicht der Ersatzkassen unter anderem die angekündigte Reform der Krankenhausversorgung, die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung sowie ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Pflege.

Stabilisierung der Finanzen muss Priorität haben

Die Ersatzkassen bleiben die beliebteste Kassenart in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie konnten im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei den Mitglieds- als auch bei den Versicherten zahlen weiter zulegen. Ihr Ziel ist es weiterhin, eine bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren. Dafür braucht es aber eine verlässliche Finanzierung der GKV. Zudem muss die **Rolle der Selbstverwaltung** als Mitgestalter gestärkt werden.

Nach der jüngsten Erhebung vom Dezember 2022 sind rund 28,5 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert (s. Abb. 1 auf S. 27), gut 250.000 mehr als im Dezember 2021. Mit einem Marktanteil in Höhe von bundesweit 38,3 Prozent sind die Ersatzkassen damit nach wie vor Marktführer in der GKV und das seit nunmehr 14 Jahren in Folge. Ein Blick auf die Bundesländer zeigt, dass die Ersatzkassen auch in elf Bundesländern die Marktführerschaft innehaben. In Berlin, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein versichern sie sogar mehr als 50 Prozent der gesetzlich Versicherten. „Die Menschen vertrauen den bundesweit tätigen Ersatzkassen – das spornt den vdek und seine Mitgliedskassen an, weiterhin eine gute Versorgung für die Versicherten zu organisieren“, so vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens auf der Neujahrs-Pressekonferenz des vdek am 24. Januar 2023. Notwendig aber sei eine verlässliche und nachhaltige Finanzierung der GKV.

Mit dem im vergangenen Jahr verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sind die Finanzen für 2023 gesichert. Das gesetzliche Maßnahmenpaket aus Bundeszuschuss, Darlehen, Abbau der Rücklagen der Krankenkassen sowie des Gesundheitsfonds, Effizienzreserven der Leistungserbringenden sowie der Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes

kann die GKV kurzfristig stabilisieren. „Doch die Ausgabenspirale dreht sich weiter“, warnte Klemens. 2023 werde ein Anstieg der Leistungsausgaben um rund fünf Prozent durch Mengen- und Preissteigerungen in allen Leistungsbereichen erwartet. Und 2024 würden die Ausgaben der GKV nach Schätzung des vdek weiter um rund vier Prozent steigen. Gleichzeitig sei damit zu rechnen, dass sich die Einnahmen verringern, weil einmalige Maßnahmen aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz in 2023 in Höhe von zusammen neun Milliarden Euro entfallen wie zum Beispiel der Bundeszuschuss oder der Vermögensabbau der Krankenkassen.

Eine nachhaltige Finanzreform der GKV müsse deshalb weiter ganz oben auf der politischen Agenda stehen, forderte Klemens. Ansonsten würden die Zusatzbeitragssätze 2024 weiter steigen (s. Abb. 2 auf S. 28). Die Forderungen der Ersatzkassen sind nach wie vor die gleichen: die kostendeckende Finanzierung der Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld (Einsparungen: rund zehn Milliarden Euro), die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 auf sieben Prozent (Einsparungen: sechs bis sieben Milliarden Euro) und eine Dynamisierung des Steuerzuschusses, wie im Koalitionsvertrag vereinbart. Mit diesen Maßnahmen

könnte die GKV deutlich entlastet werden, zeigte sich Klemens überzeugt.

„Was dagegen nicht mehr geht, ist, die Finanzlöcher aus den Rücklagen der Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren“, betonte Klemens. Das hindere die Politik aber nicht daran, auf die noch vorhandenen minimalen Reserven des Gesundheitsfonds zuzugreifen, um damit kurzfristige politische Projekte umzusetzen. Als jüngstes Beispiel führte er die durchaus berechtigten Vorhaltekosten im Krankenhaus für die Bereiche Kinder- und Jugendheilkunde und Geburtshilfe an. Hier würden ohne Beteiligung der Selbstverwaltung den Bundesländern in den Jahren 2023 und 2024 jeweils 378 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Das Geld wird politisch verteilt nach dem sogenannten Königssteiner Schlüssel – einem Verteilungsschlüssel, der nach Meinung Klemens’ aus Versorgungssicht unsinnig sei und nicht die tatsächlichen Bedarfe berücksichtige. Ein weiteres Beispiel sei der Kabinettsentwurf zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). „Die Krankenkassen sollen 15 Millionen Euro jährlich zahlen, ohne dass sie über die Selbstverwaltung an der Entscheidung über die Verwendung der Gelder beteiligt werden“, kritisierte der vdek-Verbandsvorsitzende. Das seien aber Gelder der Beitragszahlenden und kein Nebenetat oder Sondervermögen des Bundesgesundheitsministeriums.

Stärkung der Selbstverwaltung

Für Klemens zeige sich hier auch ein problematischer Umgang der Politik mit der Selbstverwaltung. Äußerungen aus der Gesundheitspolitik zeigten deutlich, dass die Rechte und die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung eingeschränkt werden sollen. Die Selbstverwaltung werde als intransparente Lobbygruppe bezeichnet. Ihr werde ein Mitgestaltungsrecht, zum Beispiel bei der Krankenhausreform, verweigert.

„Ob der Staat es besser kann als die Selbstverwaltung, ist zu bezweifeln“, sagte er. Die ausgabenintensive Gesundheitspolitik der letzten Regierungen noch vor Corona habe dazu geführt, dass die Krankenkassen aktuell von Jahr zu Jahr die Finanzierungslöcher in der GKV stopfen müssen. Und es lasse sich nicht feststellen, dass dadurch die Versorgung zwangsläufig qualitativ besser geworden ist.

Die Selbstverwaltung – die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten – sei dafür da, die Beitragszahlenden vor Überforderung zu schützen und für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sorgen. Nach Ansicht von Klemens werde das in den kommenden Jahren enorm wichtig sein, denn es gehe darum, das Versorgungsniveau bei steigenden Anforderungen zu wahren und dies auch finanziell stemmen zu können. „Die Selbstverwaltung steht zu ihrer Verantwortung“, betonte Klemens. Sie habe ein Interesse daran, die Versorgung nachhaltig und qualitativ im Sinne der Versicherten zu verbessern.

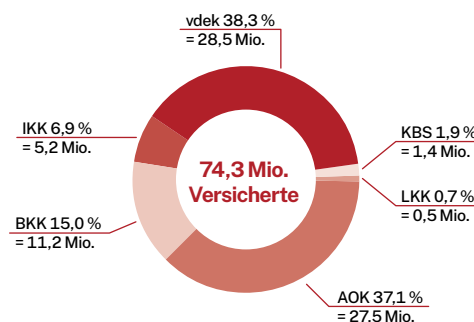
Sozialwahl ist gelebte Demokratie

In diesem Jahr steht auch wieder die Sozialwahl an. Bei den Ersatzkassen sind rund 22 Millionen Versicherte wahlberechtigt, mit der Deutschen Rentenversicherung zusammen sind es rund 52 Millionen Menschen. Bezogen auf die Zahl der Wahlberechtigten ist die Sozialwahl damit nach der Europa- und der Bundestagswahl die drittgrößte Wahl in Deutschland. Den Versicherten werden ab dem 20. bis zum 28. April dieses Jahres die Wahlunterlagen zugeschickt. Dann heißt es: wählen und die Demokratie in den Sozialversicherungssystemen stärken. Klemens verwies auf die große Bedeutung dieser Wahlhandlung: „Das ist ein zutiefst demokratischer Wahlakt.“



Verteilung der GKV-Versicherten auf Kassenarten (Abb.1)

Stand: 1. Dezember 2022



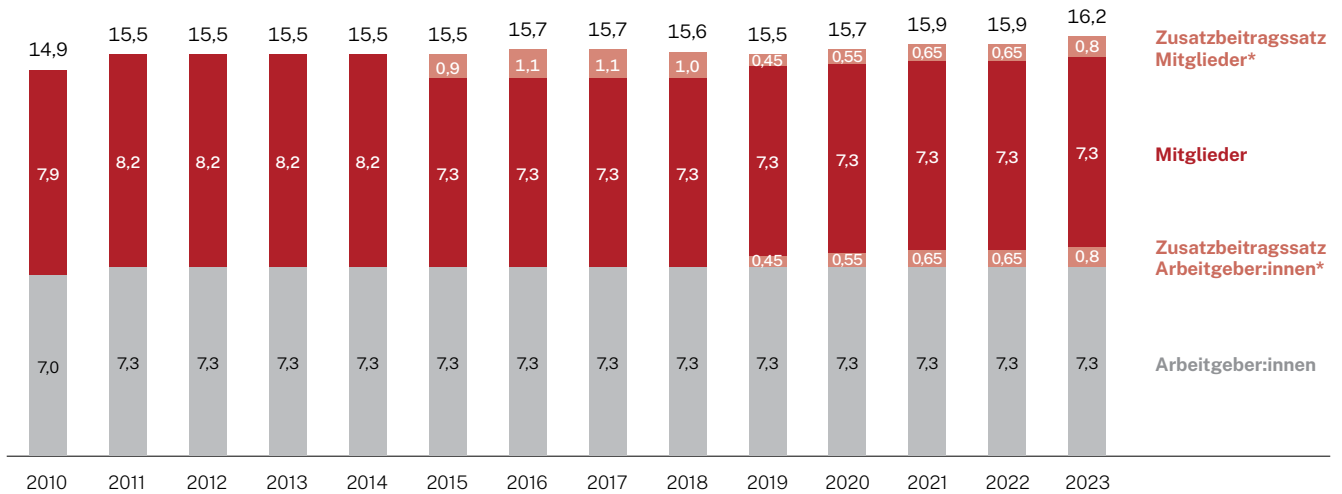
Versicherte

vdek	28.459.619
AOK	27.525.704
BKK	11.168.736
IKK	5.158.096
KBS	1.429.675
LKK	529.216
GKV	74.271.046

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung nach BMG

Beitragssätze in der GKV (Abb. 2)

Anteile der Mitglieder und Arbeitgeber:innen in Prozent; von 2010 bis 2023



Quelle: vdek *durchschnittlicher vom BMG festgelegter Zusatzbeitragssatz

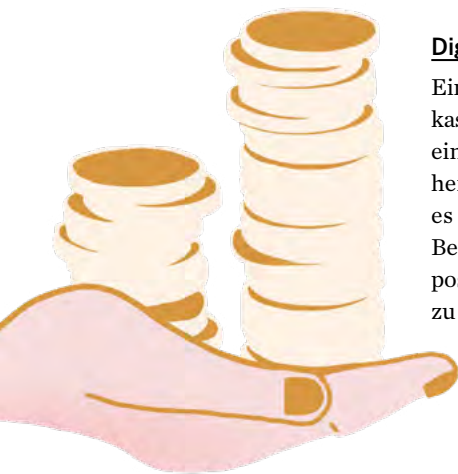
Das Handeln der ehrenamtlich tätigen Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter erhält damit seine Legitimation.“ Es werde daran gearbeitet, die Sozialwahl auch als Online-Wahl stattfinden zu lassen, was mit großen technischen Herausforderungen verbunden sei. Zudem müssen die Wahllisten künftig mindestens zu 40 Prozent weiblich besetzt sein. Das sei nach Worten von Klemens ein Meilenstein und trage zur Modernisierung und Repräsentativität der Selbstverwaltung bei. Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten eine echte Wahl und haben sich bewusst gegen eine sogenannte Friedenswahl entschieden.

Digitalisierung weiter vorantreiben

Ein weiteres großes Anliegen ist es den Ersatzkassen, dass die GKV ihren Versicherten einen einfachen Zugang zu einer modernen Gesundheitsversorgung ermöglicht. Deshalb brauche es in diesem Jahr dringend Fortschritte im Bereich der Digitalisierung. Klemens hob zwei positive Beispiele hervor, wie digitale Prozesse zu guten Lösungen führten: Erstens wird seit Jahresbeginn die zweite Stufe der

elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) erfolgreich umgesetzt. Damit entfällt für Millionen Versicherte der Versand des „gelben Scheins“ an ihre Arbeitgeber – immerhin jährlich etwa 77 Millionen Dokumente. Die Krankenkassen erhalten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bereits seit Mitte 2022 auf digitalem Weg. Zweitens wurde ebenfalls zum Jahresbeginn das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren im Zahnbereich eingeführt, zum Beispiel bei Zahnersatz oder kieferorthopädischen Behandlungen. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten erheblich reduziert und die Versicherten können schneller behandelt werden.

Versichertenfreundliche Lösungen seien in diesem Jahr auch bei der elektronischen Patientenakte (ePA) erforderlich, so Klemens. Ihre Potenziale für die Versorgung seien seit Jahren bekannt – gerade deshalb könne die Zahl von knapp 600.000 angelegten ePA nicht zufriedenstellend sein. Das sind weniger als ein Prozent aller GKV-Versicherten. Daher begrüßte Klemens, dass die Bundesregierung in den nächsten Monaten die Rahmenbedingungen für das sogenannte Opt-Out-Verfahren schafft. Auf diese Weise erhalten alle Versicherten eine ePA – es sei denn, sie widersprechen.





Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek, forderte unter anderem eine nachhaltige Finanzreform der GKV.



Auf seiner Neujahrs-Presskonferenz am 24. Januar 2023 gab der vdek einen Überblick über wichtige gesundheitspolitische Themen 2023. Auf dem Podium saßen (v.l.) vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner und vdek-Pressesprecherin Michaela Gottfried.

Doch mit 74 Millionen leeren ePA werde noch keine Versorgungsverbesserung erreicht, mahnte Klemens. „Erst mit einer strukturierten und regelmäßig befüllten ePA kommen wir wirklich voran. Dafür muss die Balance zwischen Datenschutz und Nutzen für Versicherte und Versorgung neu austariert werden.“ So müssten die Befüllung der ePA und der Zugriff darauf für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Regelfall sein – ohne dass es ein kompliziertes Freigabeverfahren gebe. Das Opt-Out-Verfahren müsse also nicht nur für die Einrichtung der ePA gelten, sondern auch für das Lesen und Einstellen von Informationen. „Hier erwarten die Ersatzkassen von der Politik ein stimmiges Gesamtpaket und bringen sich gerne mit ihren Überlegungen ein.“

Gleichzeitig müsse auch die Nutzung der ePA in den Arztpraxen vereinfacht werden, so Klemens weiter. Konkret bedeute das aus Sicht des vdek, dass Leistungserbringende verpflichtet werden müssen, bestimmte Inhalte in die ePA aufzunehmen, beispielsweise Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Impfdaten und Medikationsinformationen sowie Entlassbriefe nach einer Krankenhausbehandlung. Zudem müssen Ärztinnen und Ärzte auf Daten aus der ePA im Praxisalltag einfach und schnell zugreifen

können. Statt einer reinen Dokumentenablage müssen die Informationen dort in strukturierter Form vorliegen, damit sie schnell ausgewertet und genutzt werden können. Und nicht zuletzt müssen auch die Anbieterinnen und Anbieter von Softwaresystemen für Arztpraxen und Krankenhäuser stärker in die Pflicht genommen werden. Es sollten nur noch Anwendungen zum Einsatz kommen dürfen, die eine nutzerfreundliche Verwendung der ePA und der anderen Telematik-Anwendungen ermöglichen. Hierfür braucht es ein erweitertes Zertifizierungsverfahren.

Die Ersatzkassen hoffen außerdem, dass im Laufe des Jahres auch das elektronische Rezept (E-Rezept) flächendeckend eingeführt und dann einfach mit Einstecken der Gesundheitskarte in der Apotheke eingelöst werden kann. Auch hier fordert der vdek – gerade von den Datenschutzbehörden – einen stärkeren Fokus auf konstruktive und versichertenfreundliche Lösungen. „Die Ersatzkassen wollen eine vernünftige Versorgung für ihre Versicherten“, betonte Klemens. Dazu gehöre in diesen Zeiten vor allem auch eine funktionierende Digitalisierung im Gesundheitswesen. ■

Stärkerer Fokus auf konstruktive und versichertenfreundliche Lösungen

Versorgungsstrukturen optimieren



Die Ersatzkassen setzen sich für eine moderne und qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten ein. Da ist die von der Politik angekündigte **Krankenhausreform** längst überfällig, da sie die Chance eröffnet, die Versorgungsqualität zu steigern. Allerdings müssen dafür zunächst bedarfsgerechte Strukturen geschaffen werden, bevor über notwendige Finanzierungsmittel entschieden wird.

Die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung werden in diesem Jahr nahezu 300 Milliarden Euro betragen, erneut fast fünf Prozent mehr als im Vorjahr. Darauf hat Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, auf der diesjährigen Neujahrs-Pressekonferenz des vdek am 24. Januar hingewiesen. „Deshalb kommt es darauf an, die Beitragsgelder der Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber richtig einzusetzen und die Versorgungsstrukturen und -prozesse zu optimieren – für eine bestmögliche und bezahlbare Versorgung der Versicherten“, betonte sie.

Ganz oben auf der Agenda steht für die Ersatzkassen die Krankenhausreform inklusive einer Reform der Notfallversorgung. Aus Sicht des vdek bilden die Vorschläge der Krankenhaus-Kommission hierfür einen guten Ansatz. Daher unterstützt der vdek ausdrücklich den vorgeschlagenen Umbau der Krankenhausstrukturen nach Versorgungsstufen, denen dann jeweils Leistungsgruppen zugeordnet werden. So würden Standards geschaffen und die Versorgungsqualität gesteigert. Für ausgewählte Behandlungen gebe es zwar Mindestmengen und Qualitätsindikatoren, doch mangle es an der Umsetzung, so Elsner. Sie verdeutlichte die Problematik anhand von zwei Beispielen: So zeigte sich für 2021 für den Bereich der Knie-Endoprothesenoperationen, dass 20 Prozent der Krankenhäuser, die diese Leistung anboten, die erforderliche Mindestmenge von 50 pro Jahr nicht erreichten. Bei den sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind 94 Prozent der Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen nur gering bis mittel spezialisiert. „Deshalb: Eine Krankenhausstrukturreform ist ein Beitrag für mehr Versorgungsqualität.“

Nach Ansicht des vdek sollte eine Krankenhausreform aus zwei Säulen bestehen: einer Struktur- und einer Finanzierungsreform. Idealerweise mache man sich zunächst darüber Gedanken, welche Strukturen man benötigt, und gestalte dann die notwendige Finanzierung. Momentan sehe der vdek das Risiko, dass die Bundesregierung genau umgekehrt vorgeht. „Im Fokus scheint eher die auskömmliche Finanzierung der knapp 1.700 Krankenhäuser mit insgesamt mehr als 2.600 Standorten zu stehen – so, wie diese auch seit langem und fast täglich von Krankenhausvertreterinnen und Krankenhausvertretern mit dem Narrativ einer drohenden Insolvenz zelle gefordert wird“, kritisierte Elsner. Ein Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) aus dem letzten Jahr zeigt, dass Deutschland derzeit pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern 7,8 Krankenhausbetten zur Verfügung stellt und damit im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt (s. Abb. auf S. 32).

Den Vorschlägen der Krankenhaus-Kommission zufolge soll ein Bestandteil der Reform eine leistungsunabhängige Vorhaltekostenfinanzierung sein. Je nach Fachgebiet sollen künftig 40 oder 60 Prozent der Erlöse aus Fallpauschalen (DRG), unabhängig von der tatsächlichen Belegung, finanziert werden. Grundsätzlich sei dieser Gedanke nicht falsch, er werde jedoch zum Problem, wenn die Vorhaltekostenfinanzierung auf den derzeitigen Strukturen von Fehl- und Überversorgung gerade in den Ballungsgebieten aufbaue. „Anders ausgedrückt, bevor die Vorhaltekostenfinanzierung zum Tragen kommt, müssen zunächst bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen geschaffen werden“, hob Elsner hervor.

Einbindung der gemeinsamen Selbstverwaltung

Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen beschäftigen sich bereits mit dem bedarfsgerechten Umbau ihrer Krankenhausstrukturen. In diesem Prozess sind die Krankenkassen von Beginn an eingebunden gewesen. Das fordern die Ersatzkassen auch für die Ausgestaltung der Krankenhausstrukturreform der Bundesregierung. Sie erwarten sowohl bei der Definition der Versorgungsstufen und Leistungsgruppen als auch bei den Kriterien für die Vorhaltefinanzierung eine Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Ihr Ziel sei es, dass mit diesen Instrumenten bedarfsgerechte Strukturen geschaffen werden, die zu einer neuen Arbeitsteilung unter den Krankenhäusern führen; einer Arbeitsteilung, die unter Qualitätsgesichtspunkten Spezialisierung, Konzentration und Zentralisierung fördere und die Besonderheiten des ländlichen Raums berücksichtige.

Die Krankenhaus-Kommission hat sich auch mit der wichtigen Verknüpfung ambulanter und stationärer Strukturen beschäftigt. „Gerade in ländlichen Regionen brauchen wir vielfältige Versorgungslösungen, um eine qualitativ hochwertige

Grundversorgung zu organisieren“, betonte Elsner. Die Überlegungen der Krankenhaus-Kommission entsprechen dem Modell der „Regionalen Gesundheitszentren“ (RGZ), das der vdek im vergangenen Jahr entwickelt und öffentlich vorgestellt hat. „Es ist erfreulich, dass die Vorschläge der Ersatzkassen zu einer ‚Versorgung aus einer Hand‘ Resonanz finden.“

Für den vdek gehörten auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu dieser vielfältigen Versorgungslandschaft dazu. Es sollte in der derzeitigen Diskussion um die Rolle von Kapitalinvestoren daher nicht in erster Linie darum gehen, wer ein MVZ besitzt, sondern ob dort gut und versichertenorientiert behandelt wird. An dieser Stelle positioniert sich der vdek klar anders als zum Beispiel die Bundesärztekammer, die die Möglichkeit für Krankenhäuser, MVZ zu gründen, einschränken will. Die Ersatzkassen wollen eher bei den „Spielregeln“ nachschärfen, um Fehlentwicklungen wie die Konzentration auf besonders lukrative Leistungen zu verhindern. Dazu hat der vdek konkrete Vorschläge entwickelt, die sich dann auch wieder mit der Position der Bundesärztekammer decken:

1. klare Regeln, die eine regionale Monopolbildung einzelner Anbieter verhindern
2. die Sicherstellung der Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung
3. Alle Kernleistungen des Fachgebietes müssen angeboten werden.
4. Es bedarf der Transparenz zu Trägerschaft und Betreiberstrukturen bereits auf dem Praxisschild. →



Auf der Neujahrs-Presskonferenz des vdek hat vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner die Notwendigkeit einer Krankenhausreform betont.

Ein weiterer Versorgungsbereich, der aktuell in der Diskussion steht, ist die psychotherapeutische Versorgung. Die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung ist dem vdek ein besonderes Anliegen, was auch zahlreiche Umfragen der Ersatzkassen zu diesen Themen zeigen. Zunächst ein paar Fakten: In Deutschland existiert ein weltweit einzigartiges psychotherapeutisches Versorgungssystem mit direktem Zugang und ohne Zuzahlung durch die Versicherten. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hält über 38.000 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor, übertröfen nur von den Hausärztinnen und Hausärzten. Abhängig vom Therapieverfahren werden bis zu 300 Stunden Therapie pro Patientin und Patient übernommen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden zudem in der GKV meist besser vergütet als in der privaten Krankenversicherung, auch der Leistungsumfang ist in der Regel deutlich größer.

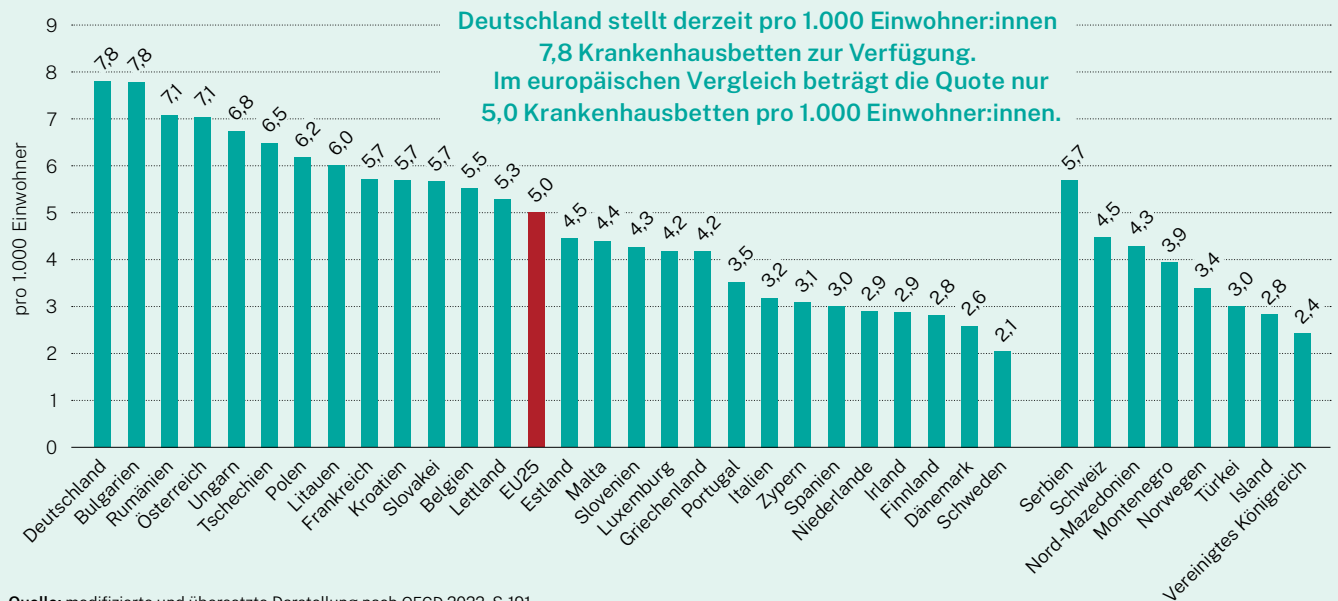
„Problematisch sind jedoch zu lange Wartezeiten auf Behandlungen, aber auch die Erreichbarkeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Vermittlung durch die Terminservicestellen“, sagte Elsner. Laut einer Umfrage des

GKV-Spitzenverbandes beklagten etwa 20 Prozent der Versicherten Wartezeiten von über vier Wochen. 33 Prozent der Versicherten hätten sogar aufgrund der schlechten Erreichbarkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten überhaupt keine Therapie begonnen. Die gängige Forderung zur Lösung dieser Probleme laute, kritisierte Elsner, dass mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebraucht würden. Die Ersatzkassen glauben jedoch nicht, dass dies die Versorgungsprobleme lösen wird.

Deshalb haben der vdek und seine Mitglieds-kassen Vorschläge zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung entwickelt und ein entsprechendes Forderungspapier ([→ bit.ly/3l2Cjdw](https://bit.ly/3l2Cjdw)) erstellt ([→ Seite 41](#)). Die Vorschläge betreffen unter anderem die Erreichbarkeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Vermittlung von Terminservicestellen, die Bedarfsplanung, die Fernbehandlung sowie die Gruppentherapie. ■

Anzahl der Krankenhausbetten

im europäischen Vergleich; pro 1.000 Einwohner:innen; 2020 oder nächstmögliches Jahr



Quelle: modifizierte und übersetzte Darstellung nach OECD 2022, S.191

»Qualität sollte einen höheren Stellenwert haben«

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, die im letzten Jahr vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufen wurde, erarbeitet Empfehlungen für eine Krankenhausreform. Die Ärztin **Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg** ist in ihrer Eigenschaft als Qualitätsexpertin Mitglied dieser 17-köpfigen Kommission. Im Interview spricht sie über die Notwendigkeit einer Strukturreform, über Maßnahmen zur besseren Steuerung sowie über den Stellenwert der Qualität in der Versorgung.

Interview von Annette Kessen und Dr. Tanja Gloom

Wie bewerten Sie die Rolle und den Einfluss der Kommission?

DR. HEIDEMARIE HAESKE-SEEBERG Die Kommission wurde bewusst zusammengesetzt aus unterschiedlichen Professionen, was von großem Vorteil ist. Genauso bewusst wurden wir ermuntert, frei zu denken. Wir werden auch nicht beeinflusst durch das Ministerium oder andere Organisationen und sprechen auch nicht im Namen unserer Arbeitgeber. Stattdessen dürfen wir wirklich aus der Expertengruppe heraus Ideen generieren, was der Kommission eine besondere Position verleiht. Natürlich muss man auch in der Gruppe einen Konsens finden, denn unsere Stellungnahmen und Empfehlungen sind das Sprachrohr der gesamten Kommission. Aber es ist kein Minimalkonsens, wie man ihm oft notwendigerweise begegnet, wenn unterschiedliche Perspektiven und Ziele verschiedener Parteien

zusammenkommen, etwa beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit seinen unterschiedlichen Bänken.

Die dritte Empfehlung der Kommission vom Dezember letzten Jahres gilt als Grundlage für eine umfassende Reform der Krankenhausversorgung, die von der Koalition für 2023 angekündigt wurde. Wie notwendig ist diese Reform?

Wenn alles gut lief, bräuchten wir erst gar nicht diese Kommission. Schon vor der Pandemie aber standen viele Krankenhäuser kurz vor der Insolvenz. Inzwischen ist die Notwendigkeit hierfür deutlich sichtbar, zumal weitere Probleme dazu kommen, etwa die hohen Energiepreise. Und wenn wir den Blick konkret auf die Versorgung lenken, dann zeigt sich, dass diese innerhalb Deutschlands ausgesprochen unterschiedlich ist, in manchen Indikationsbereichen unterscheiden sich die Bundesländer



untereinander drastisch. Ob es sich immer um Überversorgung handelt, da muss man den Ursachen nachgehen. Fehlversorgung sehen wir bei Schlaganfällen und Herzinfarkten, die oft nicht dort behandelt werden, wo eine optimale Behandlung möglich wäre. Von daher macht es unbedingt Sinn darüber nachzudenken, wie das besser werden kann und wie wir unser Gesundheitssystem gestalten wollen. Und wenn man mich fragt, sollte Qualität einen höheren Stellenwert haben.

Wie steht es um die Qualität in der Krankenhausversorgung?

Generell schneiden viele Krankenhäuser gut ab, wie unsere Zahlen zeigen. Allerdings haben wir nicht über alle Aspekte Zahlen zur Verfügung, es gibt viele blinde Flecke. So gibt es beispielsweise für einen anständigen bundesweiten Vergleich mit ordentlich validierten Instrumenten keine Daten zu Patientenerfahrungen, also bezüglich der Fragen, ob Angebote wirklich auf die Patienten zugeschnitten sind. Wir sprechen hier von Erlebnisqualität beziehungsweise Patient-Reported Experience Measures, kurz PREMs. Es geht um die Wahrnehmung, wie Prozesse funktionieren. Und wir haben zwar Outcome-Parameter aus Sicht der Leistungserbringer, aber nicht aus Sicht der Patienten.

Woran liegt es, dass es solche Patientenbefragungen nicht gibt?

Zunächst wären Datenschutzgründe zu nennen. So stand der Klinik immer nur die Zeitspanne zur Verfügung, in der ein Patient dort behandelt wurde. Natürlich hätte es Wege gegeben, den Patienten nach dem Klinikaufenthalt zu befragen, aber das wäre ziemlich aufwendig und teuer. Grundsätzlich sind Kliniken schon lange angehalten, Patientenbefragungen zu machen, aber es ist natürlich einfacher, den Patienten zu fragen, wie ihm sein Essen geschmeckt hat, als gruppenspezifisch zu gucken, wie sein Outcome war. Dabei wären bestimmte Fragen sehr relevant für den Patienten und sein Erleben in der Klinik, zum Beispiel wie er die Aufnahme empfunden hat, wie man auf seine Schmerzen reagiert hat oder wie Befunde erklärt wurden. Aber Kliniken mussten solche Fragen nicht stellen. Erst vor wenigen Jahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss für einige, wenige Indikationsgebiete den Auftrag erteilt, Patientenbefragungen zu entwickeln, die zum Beispiel auch


solche Dinge abfragen, die im Patientenrechtegesetz verankert sind, etwa ob man über Behandlungsalternativen aufgeklärt und einem die Prognose erläutert wurde. Inzwischen ist man sich glücklicherweise weltweit auch einig, dass es der Patient ist, der das Outcome beurteilen kann.

Instrumente zur Qualitätssteigerung existieren ja bereits.

Eine ganze Reihe, beispielsweise Strukturvorgaben, Zweitmeinung, Qualitätsindikatoren, Mindestmengen. Manchmal aber hapert es an der Qualität der Instrumente selbst. Bei der Zweitmeinung beispielsweise wurde im Zuge der Einführung viel Aufwand betrieben, aber ich sehe den positiven Effekt nicht. Denn der Patient kann auch einfach im nächsten Quartal zu einem anderen Arzt gehen und eine zweite Meinung einholen. Anders bei den Mindestmengen: Das ist ein wichtiges, qualitativ gutes Instrument, aber hier hapert es an der Umsetzung. Die Mindestmengen werden festgesetzt und mit einer Vergütung verknüpft, woraufhin sich der Markt neu sortiert. Aber er sortiert sich nicht dahin, wo es vielleicht gut wäre, sondern die Patienten gehen vielleicht in eine Klinik, die gerade so die Mindestmenge schafft. Es findet also eine ungesteuerte Zentralisierung statt. →

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

ist Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) und Mitglied der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Bei der Sana Kliniken AG in Ismaning bei München leitet sie seit Juli 2022 die Stabsstelle Qualitätsnetzwerke, zuvor hatte sie dort 21 Jahre lang die Bereichsleitung für Qualitäts- und klinisches Risikomanagement inne. Zu den weiteren Stationen ihrer beruflichen Karriere gehören unter anderem die Leitung der Servicestelle Qualitätssicherung des Deutschen Krankenhaus Instituts e.V. und ihre Tätigkeit als Abteilungsleiterin Qualitätssicherung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. 1987 wurde die Medizinerin nach einem Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Ärztin approbiert und promovierte im gleichen Jahr an der Unfallchirurgischen Universitätsklinik Münster.



»Grundsätzlich
sind Kliniken
schon lange
angehalten,
Patienten-
befragungen
zu machen.«

Wie beurteilen Sie die Qualitätsindikatoren?

Die existieren zum Teil schon seit 40 Jahren. Das macht sie nicht schlechter, aber die Frage ist, wie man in all der Zeit damit umgegangen ist. Die Bundesländer haben es unterschiedlich umgesetzt, etwa in welchem Maße man bei vielen Auffälligkeiten den Dingen nachgeht. Und viele Kliniken selbst gingen mit dem Schatz an Erkenntnissen nicht

gut um. Das führt die Dinge ad absurdum. Wobei es schon auch viele Kliniken gibt, die ernsthaft mit den Ergebnissen arbeiten. Das hat sich auch insgesamt durchaus verbessert, seit es die Kontrollen vom Medizinischen Dienst gibt, die kontrollieren, ob die gemeldeten Daten mit den Angaben der Patientenakte übereinstimmen. Spätestens jetzt muss man anfangen, intensiv mit den Ergebnissen zu arbeiten.

»Es sollten nicht alle derzeit vorhandenen Instrumente zur Qualitätssteigerung obsolet werden.«

Man könnte auch darüber nachdenken, die Überprüfung bei Kliniken, die schon seit Jahren gute Ergebnisse vorweisen, eine Weile auszusetzen oder dass man sich nur ein paar Schlüsselindikatoren anguckt, das wäre auch ein Anreiz für andere Kliniken. Es sollten nicht alle derzeit vorhandenen Instrumente zur Qualitätssteigerung obsolet werden, sie haben teilweise großes Potenzial, weiterentwickelt zu werden. Daran arbeiten wir derzeit in der Kommission.

Die dritte Empfehlung der Kommission schlägt drei neue Kerninstrumente vor. Blicken wir zunächst auf das Instrument der Vergütung von Vorhalteleistungen.

Die Idee hinter diesem Instrument ist, den Leistungsanreiz abzumildern. Wenn ich eine bestimmte Bevölkerungsgruppe versorge, dann ist es wie bei der Feuerwehr,

die bezahlt wird, auch wenn sie gerade nicht löscht. So müssen wir auch im Krankenhaus eine bestimmte Struktur vorhalten, etwa in der Notfallaufnahme oder auf der Intensivstation, unabhängig davon, wie voll sie sind. Es geht also nicht darum, wie viele Patienten durchgeschleust werden. Und es soll auch vermieden werden, dass Patienten auf der Intensivstation landen, nur damit diese ausgelastet ist. Zugleich bleibt ein gewisser Leistungsanreiz noch vorhanden, den wir auch bewusst erhalten haben, aber eben abgemildert.

Das zweite Instrument, die Versorgungsstufen, sieht drei verschiedene Level vor, die auf Krankenhäuser anzuwenden sind. Was hat das für die Kliniken zur Folge?

Wir schlagen vor, zwischen Grundversorgung, Regel- und Schwerpunktversorgung sowie Maximalversorgung zu unterscheiden. Wie sich diesbezüglich dann ein Krankenhaus einordnen oder umwidmen lässt, hängt davon ab, wo es heute steht, was es macht und kann. Es ist sinnlos, jedes kleine Krankenhaus hochzurüsten mit jeder Art von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, das kann sich auch kein Bundesland leisten, zudem ist auch die Anzahl von Fällen nicht unendlich. Hier ist es zum einen wichtig, dass wir auf den Zusammenhang zwischen Menge und Qualität schauen. Dieser ist zwar unterschiedlich gut bewiesen, aber alleine der gesunde Menschenverstand sagt ja schon, dass je häufiger ich etwas mache, desto besser kann ich es auch. Zum anderen muss geschaut werden, wie viele Kliniken sich in einer Region befinden. In bestimmten Gebieten gibt es viele, in Berlin zum Beispiel. In ländlichen Gebieten dagegen gibt es weit weniger Krankenhäuser. Da muss entschieden werden, wie viele Kliniken welche Versorgungsstufe und welche Leistungsgruppe – das dritte Kerninstrument – bedienen müssen, damit Patienten adäquat versorgt werden und nicht zu



weit für eine Behandlung fahren müssen. Wir müssen uns fragen, was ein Krankenhaus auszeichnet und an welchen Stellen besser zusammengearbeitet werden kann, etwa mit Arztpraxen, Physiotherapie-Angeboten, Sanitätshäusern. Den Bedarf an stationärer Versorgung kann man sehr weit nach unten schrauben, wenn man alle Angebote räumlich zusammenführt und die Grenzen zwischen ambulant und stationär durchlässiger macht. Und wir wollen ja mehr Ambulantisierung.

Wo liegen die Grenzen der Ambulantisierung?

Da kommen die bereits erwähnten Leistungsgruppen ins Spiel. Diese sollen genau definiert und entsprechend den Kliniken zugeordnet werden, sodass ein Patient, der intensiver behandlungsbedürftig ist, an eine Klinik überwiesen wird, die genau seinen Bedarf abdeckt. Durch die Leistungsgruppen wird erreicht, dass sich die Kliniken einer Versorgungsstufe jeweils in bestimmten Bereichen spezialisieren. Und dann ist die Nachsorge des Patienten womöglich auch wieder in einem kleineren Krankenhaus in Ortsnähe möglich oder eben ambulant. Dass muss natürlich gut organisiert und abgesprochen werden, gerade wenn man dies regelmäßig und bei vielen Krankheitsbildern machen möchte. Die Zusammenarbeit muss enger sein als bisher. Und wichtig zu bedenken ist auch, dass alle drei Kerninstrumente nur als Paket ihre Wirkung entfalten können.

Wie zuversichtlich sind Sie, dass es so umgesetzt wird?

Die Erfahrung mit Kommissionen zeigt, dass immer etwas übrig bleibt. Wenn man solche Dinge aufschreibt, sind sie nicht mehr wegzudiskutieren. Das wird auch mit unseren Vorschlägen passieren. Auch wenn sie nicht auf den ersten Schlag umgesetzt werden, so verändern sie doch das System. Und dass etwas passieren muss, darüber sind sich alle einig. Im Moment ist es gut, wenn Bewegung reinkommt. Was unbedingt Not tut, ist, dass man jetzt bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Reform neben den Ländern alle weiteren Player im Gesundheitswesen miteinbezieht. Sie alle werden ihre Interessen vertreten und letztlich muss man immer einen Kompromiss finden, anders geht es nicht. Und einige Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen haben ja schon ihren eigenen Weg eingeschlagen.

Wobei es schon auch Kritik aus Bundesländern gab.

Einige Bundesländer sind von den Reformvorschlägen weniger angetan als andere. Aber Fakt ist, dass Krankenhausplanung Ländersache ist und bleibt, da beißt die



Maus keinen Faden ab. Wenn der Bund nun die Finanzierung verändert, was er tun kann, dann müssen die Länder am Ende des Tages unter diesen neuen Rahmenbedingungen eine Krankenhausversorgung sicherstellen. In gewisser Weise ist damit jedes Bundesland im Zugzwang und muss sich bewegen. Von daher bin ich guten Mutes, dass sich etwas tut. Und wenn die Länder am Ende für sich unterschiedliche Lösungen finden, ist das mit Blick auf den Föderalismus in Ordnung, solange die Patienten gut versorgt werden.

»Was unbedingt Not tut, ist, dass man jetzt bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Reform neben den Ländern all weiteren Player im Gesundheitswesen miteinbezieht.«

Eine Reform will auch finanziert werden. Aber die Länder kommen seit Jahren ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nicht nach.

Die Länder an dieser Stelle stärker in die Pflicht zu nehmen, wird schon lange gefordert, aber es passiert nicht. Ich denke, das muss politisch gelöst werden. Das, was wir vorhaben im Krankenhausbereich, braucht natürlich verstärkt Investitionen. Wenn man kleine Kliniken umbaut, mittelgroße Kliniken weiterentwickelt, dafür müssen wir Geld in die Hand nehmen. Das ist auch unstrittig. Es kommt aber wesentlich darauf an, wie wir das Geld investieren. Da braucht es von der Politik eine klare Richtung, einen Weg, bei dem alle mitziehen, sonst funktioniert es nicht. ■

Pflegereform aus einem Guss

Steigende Lebensmittelkosten und vor allem die seit September 2022 geltende Tarifpflicht schlagen sich deutlich auf die **Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen** in den stationären Pflegeeinrichtungen nieder. Diese ist erneut stark gestiegen, wie eine aktuelle Auswertung des vdek zeigt. Notwendig ist ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Pflege.

Die Kosten, die Pflegebedürftige für die pflegerische Versorgung, Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim aufbringen mussten, sind im Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis 1. Januar 2023 erneut stark angestiegen (s. Abb. 1). Für Pflegebedürftige, die bis zu zwölf Monate im Pflegeheim versorgt wurden, stiegen die Kosten auf durchschnittlich 2.411 Euro im Monat, das sind 278 Euro mehr als im Vorjahr. Pflegebedürftige, die länger als zwölf Monate im Heim verbringen, mussten durchschnittlich 2.183 Euro im Monat (+232 Euro) zuzahlen. Wer mehr als zwei Jahre im Pflegeheim verbrachte, musste 1.955 Euro monatlich (+186 Euro) aufbringen und Pflegebedürftige mit einer Aufenthaltsdauer über drei Jahre zahlten 1.671 Euro im Monat (+130 Euro).

Der Hauptanstieg (+25 Prozent) ist bei den pflegerischen Kosten (EEE – Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) festzustellen. Und dies, obwohl die Pflegebedürftigen seit Anfang des Jahres 2022 durch eine gesetzliche Neuregelung deutlich entlastet werden. Seitdem beteiligen sich die

Pflegekassen mit einem nach Aufenthaltsdauer gestaffelten Leistungszuschlag von fünf bis 70 Prozent an den Pflegekosten. Sie stellten hierfür in 2022 eine Gesamtsumme in Höhe von rund 3,4 Milliarden Euro zur Verfügung – im laufenden Jahr werden es sogar

deutlich über vier Milliarden Euro sein. Aber auch für Unterkunft und Verpflegung mussten Pflegebedürftige rund sieben Prozent mehr als im Vorjahr zahlen, was auf die deutlich gestiegenen Lebensmittelkosten zurückzuführen ist.

Neue Belastungen

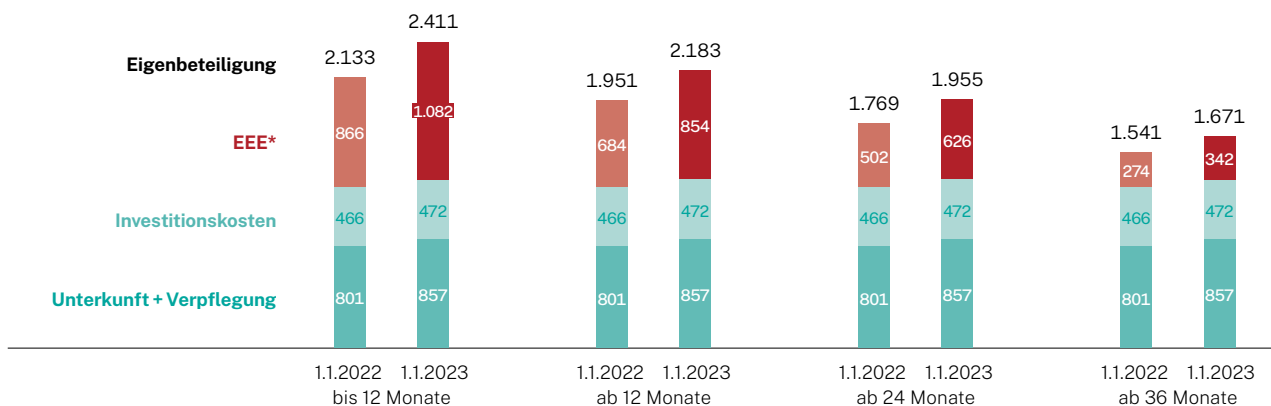
Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, betont: „Erneut steigt die Belastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die oft nicht wissen, wie sie die Kosten stemmen sollen.“ Dabei sei die Soziale Pflegeversicherung (SPV) mit dem Ziel gegründet worden, das Armutsrisiko zu vermeiden. Neue Belastungen kämen durch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Personalbemessungsinstruments ab Juli 2023 und weiter steigende Löhne hinzu. „Die Tarifbindung und das neue Personalbemessungsinstrument sind beides wichtige Instrumente, müssen aber auch finanziert werden.“ Die Beitragszahlenden allein könnten das nicht stemmen.

Elsner fordert daher eine „Pflegereform aus einem Guss“. Bis zum 1. Juli 2023 ist die Politik gefordert, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Kinderanzahl bei den Pflege-Beitragssätzen umzusetzen. „In dem Zuge sollte sie auch ein schlüssiges Gesamtkonzept zur Finanzierung der SPV mit fest verankerten und dynamisierten Steuerzuschüssen vorlegen. Und es braucht die Bereitschaft der Länder, die Investitionskosten zu übernehmen. Zudem sollte die private Pflegepflichtversicherung endlich an einem solidarischen Finanzausgleich der SPV beteiligt werden.“



Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (Abb.1)

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



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

Finanzielle Belastung* einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (Pflegeheim) (Abb.2)

in Euro je Monat; Stand: 1. Januar 2023

Bundesland	BUND	BAW	BAY	BER	BRA	BRE	HAM	HES	MVP	NDS	NRW	RLP	SAA	SAC	SAH	SHS	THG
EEE** ohne Zuschüsse	1.139	1.446	1.246	1.355	1.051	903	942	1.118	1.125	990	1.089	1.041	1.293	1.139	901	1.050	916
Unterkunft+Verpflegung	857	950	731	691	716	854	834	766	690	745	1.111	1.001	1.037	687	660	848	776
Investitionskosten	472	449	417	405	311	539	567	507	347	507	567	457	517	415	307	508	383
Eigenbeteiligung ohne Zuschüsse	2.468	2.845	2.394	2.451	2.078	2.296	2.343	2.391	2.162	2.242	2.767	2.499	2.847	2.241	1.868	2.406	2.075

Zuschüsse*** nach Aufenthaltsdauer im Pflegeheim

erstes Jahr mit 5%	57	72	62	68	53	45	47	56	56	50	54	52	65	57	45	53	46
> 12 Monate mit 25%	285	362	312	339	263	226	236	280	281	248	272	260	323	285	225	263	229
> 24 Monate mit 45%	513	651	561	610	473	406	424	503	506	446	490	468	582	513	405	473	412
> 36 Monate mit 70%	797	1.012	872	949	736	632	659	783	788	693	762	729	905	797	631	735	641

Eigenbeteiligung mit Zuschüssen*** nach Aufenthaltsdauer im Pflegeheim

erstes Jahr mit 5%	2.411	2.773	2.332	2.383	2.025	2.251	2.296	2.335	2.106	2.193	2.713	2.447	2.782	2.184	1.823	2.354	2.029
> 12 Monate mit 25%	2.183	2.484	2.083	2.112	1.815	2.070	2.108	2.112	1.881	1.995	2.495	2.239	2.524	1.956	1.643	2.144	1.846
> 24 Monate mit 45%	1.955	2.194	1.833	1.841	1.605	1.890	1.919	1.888	1.656	1.797	2.277	2.031	2.265	1.728	1.463	1.934	1.663
> 36 Monate mit 70%	1.671	1.833	1.522	1.503	1.342	1.664	1.684	1.608	1.375	1.549	2.005	1.770	1.942	1.444	1.237	1.671	1.434

*durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten

**EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (vor allem Personalkosten) für Pflegegrade 2 bis 5

Quelle: vdek ***Seit 1.1.2022 haben Versicherte Anspruch auf einen zusätzlichen Vergütungszuschlag nach §43c SGB XI.

Für eine gute psychotherapeutische Versorgung

Text von **Sybille Malinke**

In Deutschland besteht ein weltweit einzigartiges psychotherapeutisches Versorgungssystem mit direktem Zugang und ohne Zuzahlung durch die Versicherten. Doch existiert auch hier die viel zitierte Über-, Unter- und Fehlversorgung. Daher ist es zwingend erforderlich, eine Debatte über Effizienzreserven innerhalb des Systems zu führen. Die Ersatzkassen haben hierzu ein entsprechendes **Forderungspapier** entwickelt.

Über 38.000 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) tätig, übertroffen wird diese Zahl nur von den Hausärzt:innen. Abhängig vom Therapieverfahren werden bis zu 300 Stunden Therapie pro Patient:in übernommen. Psychotherapeut:innen werden zudem in der GKV meist besser vergütet als in der privaten Krankenversicherung, auch der Leistungsumfang ist oft deutlich größer.

Dennoch warten Patient:innen zum Teil mehrere Monate auf einen Therapieplatz – auch wenn etwa 80 Prozent der Versicherten laut einer Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes einen ersten Termin bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten innerhalb von vier Wochen erhalten. Die Lösung der Wartezeitenproblematik ist aus Sicht der Psychotherapeutenkammern und Psychotherapeutenverbände seit über 20 Jahren unverändert: mehr Psychotherapeut:innen, mehr Geld und mehr berufliche Freiheiten. Qualitätssicherung ist ihnen zufolge nur ein bürokratisches Hindernis, strukturelle Debatten werden als überflüssig und irreführend abgetan.

Doch mehr Psychotherapeut:innen werden weder dazu führen, dass psychisch schwerkranke Versicherte schneller behandelt werden, noch dass Psychotherapeut:innen endlich ihre Praxisstruktur und ihre Terminvergabe professionalisieren oder mehr Gruppentherapie anbieten. Stattdessen muss an anderen Schrauben gedreht werden, wie auch das Forderungspapier des vdek verdeutlicht.

Stärkere Orientierung am Versorgungsbedarf

Innerhalb des psychotherapeutischen Versorgungssystems sind vier Richtlinienverfahren anerkannt, die sich deutlich in ihrem Leistungsumfang unterscheiden. Die Systemische Therapie umfasst ein maximales Kontingent von 48 Stunden, die Verhaltenstherapie 80 Stunden, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie 100 Stunden und die analytische Therapie 300 Stunden.

Die Psychotherapeut:innen dieser Verfahren verteilen sich allerdings nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet, zudem gibt es regional deutliche Schwerpunktsetzungen. Im Ergebnis kann die



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

gleiche Zahl an Psychotherapeut:innen in unterschiedlichen Regionen unterschiedlich viele Versicherte behandeln (s. Abb. auf S. 43). Diese regional unterschiedliche Verteilung der Psychotherapieverfahren ändert sich im Zeitablauf nur geringfügig. Gibt es auf einen frei werdenden Kassensitz mehrere Bewerber:innen, entscheiden sich die Zulassungsausschüsse in der Regel für eine:n Vertreter:in des gleichen Verfahrens, das von der ausscheidenden Psychotherapeutin oder dem ausscheidenden Psychotherapeuten praktiziert wurde. Neu in die Versorgung kommende Verfahren wie die Systemische Therapie haben es schwer, Fuß zu fassen. So wurden im 1. Quartal 2021 nur etwa 0,02 Prozent aller Psychotherapieleistungen in der Systemischen Therapie erbracht. Hier braucht es gesetzliche Regelungen, nach denen sich die Nachbesetzung stärker am Versorgungsbedarf zu orientieren hat. Neuen Verfahren ist dabei zunächst Vorrang bei der Nachbesetzung einzuräumen (s. Kasten 1).

1 Forderungen zur Bedarfsplanung

- bei Nachbesetzungen Vorrang der Erfordernis der regionalen Versorgung bei Wahl des Therapieverfahrens anstelle der Praxishistorie
- bevorzugte Berücksichtigung von Therapieverfahren mit einer höheren Versorgungskapazität bei der Nachbesetzung
- Schaffung einer Rechtsgrundlage, damit die Systemische Therapie bei Nachbesetzungen solange bevorzugt werden kann, bis ihr Anteil an der Versorgung mindestens das Niveau des zweitkleinsten Therapieverfahrens erreicht hat

Verbesserung der Vermittlung von Therapieplätzen

Die regionalen Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen in die psychotherapeutische Sprechstunde, in die Akutbehandlung und Probatorik vermitteln. Voraussetzung dafür ist, dass in der Sprechstunde eine Dringlichkeit der Behandlung attestiert wurde. In der Praxis funktioniert das unterschiedlich gut. Die Ersatzkassen erhalten regelmäßig – regional unterschiedlich – Rückmeldungen von Versicherten über schlechte Erreichbarkeiten von TSS und fehlende Vermittlungsmöglichkeiten. Die TSS wiederum beklagen, dass sie nicht genug Behandlungskapazitäten von Psychotherapeut:innen gemeldet bekommen. Es gibt auch einzelne TSS, die eine Vermittlung in die Probatorik verweigern oder ad absurdum führen, indem von vornherein nur in eine einzelne Probatorikstunde vermittelt und damit im Vorfeld eine weitere Behandlung ausgeschlossen wird. Für Patient:innen stellt dies eine erhebliche

emotionale Belastung dar, da sie nach der Probatorikstunde erneut eine:n Psychotherapeut:in suchen müssen. Die Psychotherapeut:innen wiederum melden ungerne durch beendete Therapien frei werdende Kapazitäten an die TSS, weil sie lieber selbst entscheiden möchten, wen sie behandeln. Patient:innen mit akutem Behandlungsbedarf können dadurch nicht vermittelt werden.

Hier zeigt sich dringender Handlungsbedarf. Die Ersatzkassen haben daher ein Maßnahmenpaket erstellt, das sowohl an die TSS als auch an die Psychotherapeut:innen gerichtet ist. Es soll die Arbeit der TSS verbessern und sicherstellen, dass die TSS mehr Behandlungsplätze gemeldet bekommen (s. Kasten 2 und 3).

2 Forderungen zur Erreichbarkeit und Vermittlung von Therapieplätzen durch die Terminservicestellen (TSS)

- adäquate personelle Besetzung der TSS unter Berücksichtigung des gestiegenen Vermittlungsbedarfs
- regelmäßige Veröffentlichung der Erreichbarkeits- und Servicequalität der TSS nach einheitlichen Kriterien analog der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelung für Krankenkassen
- Vermittlungsanspruch für einen Therapieplatz anstelle einer einzelnen probatorischen Sitzung verankern
- Einführung einer Kontrolle der Vermittlungsleistung der TSS und gegebenenfalls Sanktionen, sollten die TSS ihrem Vermittlungsauftrag nicht nachkommen

3 Forderungen zur Nachbesetzung frei werdender Therapieplätze

- Verpflichtung, dass Psychotherapeut:innen mindestens 50 Prozent ihrer frei werdenden Therapieplätze umgehend den TSS zur Vermittlung dringlicher Fälle zur Verfügung stellen. Nicht durch die TSS vermittelte Plätze dürfen weiterhin selbst besetzt werden.
- das Vorsehen eines Vergütungsabschlags für den Fall, dass Psychotherapeut:innen den TSS weniger Therapieplätze zur Verfügung stellen und die TSS daher dringliche Vermittlungswünsche nicht erfüllen kann
- Vergütung der bereits bestehenden Zuschläge zu den ersten zehn Stunden zur Kurzzeittherapie nur dann, wenn die Vermittlung in die Therapie über die TSS erfolgte



Sicherung der telefonischen Erreichbarkeit

90 Prozent der Psychotherapeut:innen sind in einer Einzelpraxis tätig, deutlich über die Hälfte haben einen halben Versorgungsauftrag, und die meisten beschäftigen kein Praxispersonal, was zulasten der telefonischen Erreichbarkeit geht. Mit Erreichen eines gewissen Stundenvolumens erhalten Psychotherapeut:innen sogenannte Strukturzuschläge zusätzlich zu den üblichen Psychotherapie-Honoraren. In diesen sind normative Personalkosten für eine sozialversicherungspflichtige Halbtagskraft enthalten, was die Anstellung von Praxispersonal erleichtern soll. Dies wird jedoch kaum genutzt. Dabei schafft eine professionelle Praxisorganisation Kapazitäten für weitere Behandlungen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapeut:innen trotz der finanziellen Förderung von Praxispersonal organisatorische Aufgaben wie die Terminvergabe selbst übernehmen. Einzelpraxen könnten sich auch zusammenschließen und eine gemeinsame Praxisassistenz zur Terminvergabe anstellen oder externe Dienstleister beauftragen. Zudem sind ergänzende digitale Möglichkeiten zur Terminvereinbarung zu begrüßen. Hier setzen die Forderungen der Ersatzkassen an (s. Kasten 4).

4 Forderungen zur telefonischen Erreichbarkeit der Psychotherapeut:innen

- Kopplung der Auszahlung der Strukturzuschläge an eine nachweisliche Anstellung einer medizinischen Fachkraft als mindestens Halbtagsstelle
- verpflichtende, persönliche, nicht durch die Psychotherapeut:innen durchgeführte Terminvergabe, gegebenenfalls durch externe Dienstleister, sofern dort kein Praxispersonal angestellt ist

Stärkung der Fernbehandlung

Telemedizinische Leistungen haben durch die Corona-Pandemie einen Schub erhalten, die Möglichkeiten der Fernbehandlung per Video werden von Psychotherapeut:innen deutlich häufiger angewendet als von anderen Facharztgruppen. Ausgenommen von den Regelungen sind bislang die psychotherapeutische Sprechstunde und die Probatorik. Darüber hinaus sieht die Psychotherapie-Vereinbarung eine grundsätzliche Ortsnähe von Patient:innen und Psychotherapeut:innen vor, was der Fernbehandlung räumliche Grenzen setzt.

Fernbehandlung kann für manche Menschen jedoch eine Chance sein, beispielsweise für mobil eingeschränkte Personen wie pflegende Angehörige oder Eltern mit jüngeren Kindern. Auch in ländlichen Regionen mit zum Teil längeren

Anfahrtswegen ermöglicht Fernbehandlung die Durchführung einer Psychotherapie. Auch mit Blick auf die Gruppentherapie bietet sie Vorteile. So benötigen Einzelpraxen keine größeren Räumlichkeiten, zudem kann das Videosetting die Hemmschwelle senken, an einer Gruppe teilzunehmen, und die Bildung von (überregionalen) Gruppen erleichtern. Um für diese Gruppe die Versorgung zu verbessern, sollten die bisherigen Einschränkungen bei der Fernbehandlung wegfallen (s. Kasten 5).

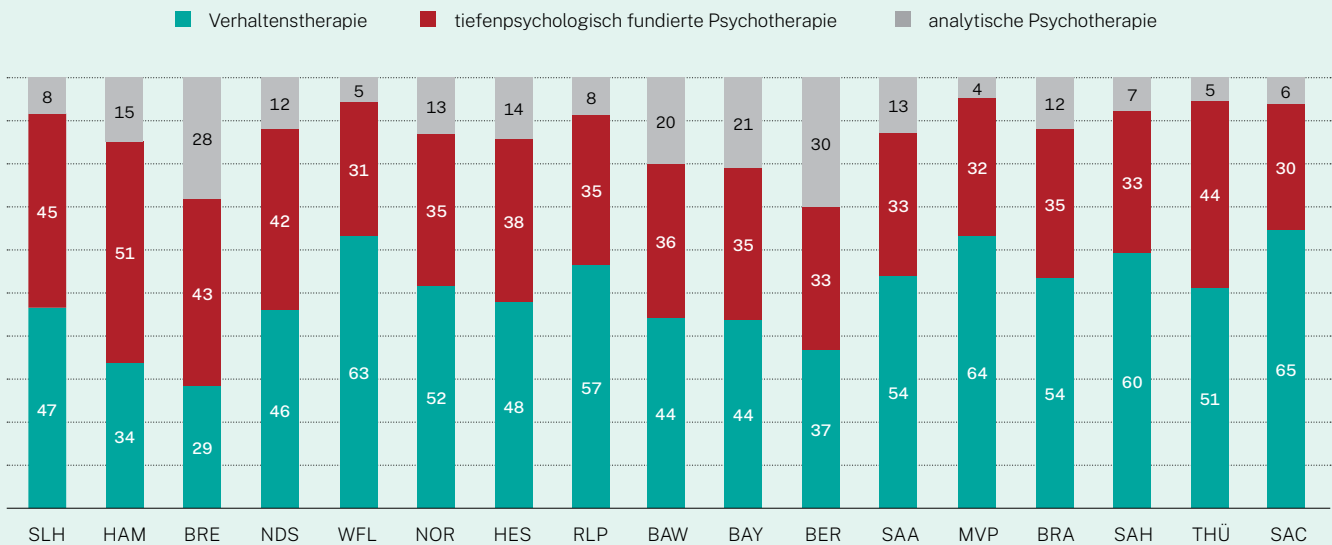
5 Forderungen zur Fernbehandlung

- psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik als Videosprechstunde ermöglichen, wenn die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut dies verantworten kann
- Mengengrenzung für Leistungen per Videosprechstunde für psychotherapeutische Behandlungen aufheben
- überregionale Versorgung mittels Fernbehandlung ermöglichen durch Aufhebung der örtlichen Nähe in der Psychotherapie-Vereinbarung bei hierfür geeigneten Patient:innen
- Besprechung individuell geeigneter Notfalllösungen im Fall einer akuten Krise
- Berücksichtigung der Videosprechstunde in der Bedarfsplanungsrichtlinie
- Veröffentlichung des Angebots des Videosettings auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen



Verteilung der Therapieverfahren

nach Ausgaben und KV-Bereichen; 2019; Angaben in Prozent



Quelle: vdek-Datenanalyse; Abrechnungsdaten nach ARZTRG und Versicherungszahlen nach ANZVER; Systemische Therapie kam erst 2020 in die vertragsärztliche Versorgung und fehlt daher noch in der Abbildung.

Dieses Angebot eignet sich aber nicht für alle Patient:innen und kann daher nur eine Ergänzung der bisherigen Versorgung sein. Wichtig ist, dass Therapeut:in und Patient:in beide diese Art der Versorgung befürworten und das Videosetting im Einzelfall geeignet ist. Die Qualität der Behandlung und die Sicherheit der Patient:innen stehen an erster Stelle.

Förderung der Gruppentherapie

Gruppentherapie ist genauso wirksam wie Einzeltherapie, jedoch sind nur maximal fünf Prozent aller Psychotherapien Gruppentherapien, trotz vieler Maßnahmen in den vergangenen Jahren, die Gruppentherapie zu fördern. In der (teil-)stationären Versorgung gehört die Gruppentherapie zum Standard, da sie viele Vorteile bietet. Durch ein flächendeckendes Angebot von Gruppentherapien könnten mehr Patient:innen von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren. Eine Gruppe zu organisieren, geht jedoch mit erhöhtem Aufwand einher, den viele Psychotherapeut:innen scheuen. Hier bietet die Digitalisierung neue Möglichkeiten der praxisübergreifenden Koordination zur Bildung von Gruppen, die es stärker zu nutzen gilt. Auch die gezielte Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen zur Durchführung von Gruppentherapie könnte die Gruppentherapie fördern (s. Kasten 6).

→ bit.ly/3jK8f69

6 Forderungen zur Gruppentherapie

- praxisübergreifende, nicht durch Psychotherapeut:innen durchgeführte Terminkoordination für gruppentherapeutische Angebote, gegebenenfalls durch externe Dienstleister, sofern kein Praxispersonal angestellt ist
- umfassende Befähigung zur Gruppentherapie in der Ausbildung von Psychotherapeut:innen
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) qua Gesetz zur Erbringung ambulanter Gruppentherapie nach Psychotherapie-Richtlinie ermächtigen



Innovative Versorgung bei „Schaufensterkrankheit“

KKH Gefäßverkalkungen, die Schlaganfall und Herzinfarkt auslösen, können genauso häufig zu Durchblutungsstörungen in den Beinen führen. Je enger die Blutgefäße in den Beinen durch Verkalkungen werden, desto schlechter wird die Muskulatur mit Blut versorgt. Diese Erkrankung wird periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) genannt. Im Volksmund heißt sie auch „Schaufensterkrankheit“. Ein neuartiges Behandlungskonzept kann die Gehbeeinträchtigung und Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten maßgeblich verbessern. Darauf weisen die KKH Kaufmännische Krankenkasse und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) angesichts der Ergebnisse einer Evaluationsstudie zum telemedizinisch gestützten Gehtraining hin. Das Projekt zu pAVK wurde 2018 ins Leben gerufen und vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. „pAVK wird nicht nur häufig erst spät erkannt, auch bei der Behandlung können wir noch besser werden – angefangen beim Gehtraining bis hin zu vermeidbaren Amputationen“, erklärt Dr. Lutz Herbarth, Leiter des Kompetenzteams Medizin bei der KKH. Um die Versorgungssituation zu verbessern, wurde das Projekt „pAVK-TeGeCoach“ von der KKH initiiert und mit mehreren Partnern umgesetzt. *pm*

→ kkh.de → bit.ly/3HOOb1k7



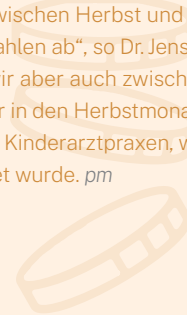
DAK In Deutschland wünscht sich eine große Mehrheit Gratis-Kondome für junge Menschen. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der DAK-Gesundheit. Laut repräsentativem Ergebnis befürworten 86 Prozent der Befragten eine kostenfreie Abgabe von Kondomen in Apotheken an unter 26-Jährige. Im Nachbarland Frankreich gilt seit Jahresbeginn eine entsprechende Regelung, um die Ausbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen wie Hepatitis B, Chlamydien oder Syphilis zu stoppen. Vor allem Befragte bis 44 Jahren sind dafür: 91 Prozent von ihnen wünschen sich eine Regelung nach französischem Vorbild. Die DAK-Gesundheit unterstützt dies und fordert ein Handeln der Politik. „Kondome schützen effektiv vor der Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten, die gravierende gesundheitliche Folgen haben können. Zum Schutz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollten deshalb auch in Deutschland Kondome für alle Menschen bis 26 Jahren in Apotheken kostenfrei erhältlich sein“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. *pm*

→ dak.de
→ bit.ly/3l3au4L



TK Mit rund 660.000 erreichte die Zahl der Anträge auf das krankheitsbedingte Kinderkrankengeld bei der Techniker Krankenkasse (TK) im vergangenen Jahr 2022 ein Rekordniveau. Damit liegt die Anzahl der Anträge im vergangenen Jahr beinahe doppelt so hoch wie 2020, damals gingen rund 354.000 Anträge auf Kinderkrankengeld ein. 2021 lag die Zahl der Anträge bei ca. 511.000. „Auffällig ist, dass sich die hohen Zahlen durch das ganze letzte Jahr gezogen haben. Üblicherweise nehmen Eltern das Kinderkrankengeld vor allem in der Erkältungszeit zwischen Herbst und Frühjahr in Anspruch, im Sommer flachen die Antragszahlen ab“, so Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. „2022 haben wir aber auch zwischen Mai und Juli so viele Anträge erhalten wie sonst nur in den Herbstmonaten.“ Die Zahlen deckten sich mit den Berichten aus Kinderarztpraxen, wonach ein starker Anstieg der Virusinfekte beobachtet wurde. *pm*

→ tk.de
→ bit.ly/3DyHM26



Gesundheitswesen: Klimaschutz steht noch am Anfang

BARMER Der Klimaschutz hat im Gesundheitswesen in Deutschland bisher nur eine untergeordnete Rolle gespielt. So haben sich bis Mitte vergangenen Jahres erst 46 Prozent der Organisationen im Gesundheitssektor mit dem Thema Klimaneutralität befasst. Bei weiteren 25 Prozent steht es auf der Agenda. Das geht aus der Studienreihe „Klimaneutraler Gesundheitssektor“ der BARMER und des F.A.Z.-Instituts hervor. Im Sommer 2022 wurden dazu erstmals rund 550 Akteure aus Praxen, Krankenkassen, Kliniken, Apotheken, Sanitätshäusern und der medizinischen Industrie interviewt. Demnach rechnen lediglich elf Prozent der Befragten bis zum Jahr 2030 mit einem klimaneutralen Gesundheitswesen. Dabei verursacht es mehr als fünf Prozent der nationalen Treibhausgasemission und trägt damit stärker zum Klimawandel bei als der Flugverkehr. „Politik und alle Akteure im Gesundheitssektor müssen Nachhaltigkeit und Klimaschutz deutlich höher priorisieren, Hürden in der Gesetzgebung beseitigen und gezielt Anreize schaffen. Nachhaltigkeit sollte Grundbedingung des Verwaltungshandelns sein und im Sozialgesetzbuch verankert werden“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. *pm*

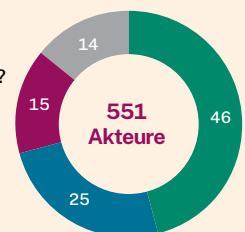
→ barmer.de
→ bit.ly/3XZjFlt

Klimaneutralität noch nicht immer im Blick

Befragung von 551 Akteuren des deutschen Gesundheitswesens im September 2022; Angaben in Prozent

Hat sich Ihre Organisation bereits mit dem Thema Klimaneutralität beschäftigt?

- ja
- nein, steht aber auf der Agenda
- nein
- weiß nicht/keine Angabe



Quelle: BARMER, F.A.Z.-Institut

Krankenstand erreicht Rekordwert



Text von **Dorothea Wiehe**

Die **Fehlzeiten der Beschäftigten** in Deutschland haben ein Rekordniveau erreicht. 2022 lag der Krankenstand mit 5,5 Prozent 1,5 Punkte über dem Vorjahresniveau. Das ist der höchste Wert, den die DAK-Gesundheit für ihre 2,4 Millionen erwerbstätigen Versicherten seit dem Start der Analysen im Jahr 1997 gemessen hat. Für die aktuelle Krankenstands-Analyse wertete das Berliner IGES Institut die Daten von rund 2,4 Millionen erwerbstätigen DAK-Versicherten in ganz Deutschland aus.

Eine deutliche Mehrheit von 64 Prozent der DAK-versicherten Erwerbstätigen fehlte im Jahr 2022 mindestens einmal mit einer Krankschreibung bei der Arbeit. Im Durchschnitt fehlten sie im vergangenen Jahr fast 20 Tage mit einer Krankschreibung im Job. Das waren rund 5,5 Tage mehr als im Jahr 2021 beziehungsweise entspricht einem Anstieg von 38 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Hochgerechnet auf alle Erwerbstätigen in Deutschland ergibt sich ein Plus von rund 250.000 Fehltagen.

„Dieser Rekord-Krankenstand ist alarmierend und sollte ein Weckruf für die Wirtschaft sein“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Zwar hat die Pandemie ihren großen Schrecken verloren, weil die Zahl der schweren Verläufe deutlich abgenommen hat. Der hohe Krankenstand zeigt aber die massiven Auswirkungen auf die Arbeitswelt.“ Es sei wichtig, dass sich die Menschen weiter schützen und am Arbeitsplatz geschützt würden. Dies gelte gerade mit Blick auf den zunehmenden Personal- und Fachkräftemangel in der Wirtschaft. „Gesundheit am Arbeitsplatz muss eine hohe Priorität bekommen“, betont Storm.

Starker Anstieg der Atemwegserkrankungen

Die meisten Fehltagere verursachten Atemwegserkrankungen wie Erkältungen und Bronchitis. Das Niveau lag um 172 Prozent über dem vom Vorjahr und erreichte mit 398 Fehltagen je 100 Versicherte einen Rekord. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen verzeichnet die Analyse einen leichten Anstieg um fünf Prozent.

Rückenschmerzen und vergleichbare Probleme verursachten 354 Fehltagere je 100 Versicherte (Vorjahr: 337 Tage). Bei den psychischen Erkrankungen gab es mit 301 Fehltagen je 100 Versicherte ebenfalls einen neuen Höchststand.

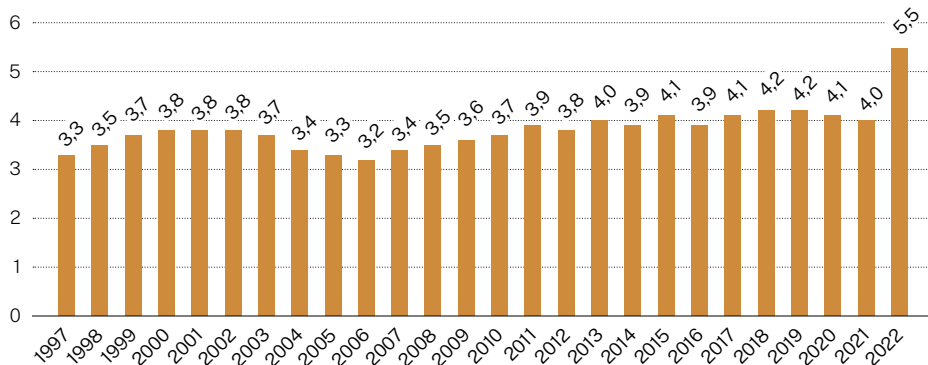
Der gesamte Krankenstand nahm im Vergleich zum Vorjahr sehr deutlich von 4,0 auf 5,5 Prozent zu. An jedem Tag des Jahres 2022 waren durchschnittlich 55 von 1.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern krankgeschrieben. Der Anstieg hängt nach Ansicht der DAK-Gesundheit zum Teil auch mit der elektronischen Meldung der Krankschreibungen zusammen. Seit Anfang 2022 gehen Krankmeldungen von den Arztpraxen direkt an die Krankenkassen und müssen nicht mehr von den Versicherten selbst eingereicht werden. Durch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) tauchen nun auch Krankheitsfälle in der Statistik auf, die in der Vergangenheit nicht erfasst wurden, weil die gelben Zettel bei den Versicherten liegenblieben. „Wir hatten in der Vergangenheit beim Krankenstand durchaus eine gewisse Untererfassung. Dieser Effekt dürfte jetzt deutlich reduziert sein. Durch die elektronische Krankmeldung haben wir eine wesentlich geringere Dunkelziffer und einen noch schärferen Blick auf den wirklichen Krankenstand“, erklärt Storm.

Höchster Krankenstand im Gesundheitswesen

Im Branchenvergleich zeigt die Analyse der DAK-Gesundheit den höchsten Krankenstand im Gesundheitswesen mit 6,4 Prozent und einem Plus gegenüber dem Vorjahr von 1,7 Prozentpunkten. Entsprechend hatten Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeheimen pro Kopf die meisten Fehltagere: durchschnittlich 23,5 Tage pro Jahr. Den niedrigsten Krankenstand hatten Beschäftigte in der Datenverarbeitungsbranche mit 3,5 Prozent und durchschnittlich nur 12,8 Fehltagen pro Kopf und Jahr. ■

Krankenstand

Daten aller erwerbstätigen DAK-Versicherten bundesweit; von 1997 bis 2022; in Prozent



Quelle: DAK-Gesundheit



Dorothea Wiehe ist Pressereferentin bei der DAK-Gesundheit



Der vdek sucht Ideen zum Klima- und Gesundheitsschutz

„Klimawandel und Gesundheit“ ist das Thema des Zukunftspreises 2023 des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Gesucht werden Projekte und Best-Practice-Beispiele, die dem Klimawandel und seinen negativen gesundheitlichen Folgen entgegenwirken und passende Antworten auf drängende Fragen finden: Wie lässt sich die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem in Sachen Klimaschutz verbessern? Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um besonders gefährdete Personengruppen zu schützen? Wie können eine klimasensible Versorgung und Pflege gelingen? Die besten Ideen werden mit einem Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro prämiert. Über die Preisvergabe entscheidet eine Expertenjury aus dem Gesundheitswesen. Bewerbungsschluss ist der 20. April 2023. Der vdek-Zukunftspreis wurde 2010 auf Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen zum ersten Mal ausgelobt. Seither prämiieren die bei den Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber jährlich Projekte und Ideen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen. *pm*


Weitere Informationen, Teilnahmebedingungen und das Bewerbungsformular für den vdek-Zukunftspreis 2023:
→ vdek.com/zukunftspreis-2023


Goldene vdek-Verdienstmedaille für Jürgen Rothmaier



vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner überreicht Jürgen Rothmaier die vdek-Verdienstmedaille in Gold.

Für seine langjährige und herausragende Arbeit im Dienste der Ersatzkassen-Gemeinschaft und ihrer Versicherten hat die vdek-Mitgliederversammlung im Dezember 2022 Jürgen Rothmaier mit der vdek-Verdienstmedaille in Gold ausgezeichnet. Rothmaier war von 1978 bis Ende letzten Jahres für die BARMER tätig, angefangen als Auszubildender, zuletzt als stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Er wurde stets als angenehmer und konstruktiver Partner geschätzt, seinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern begegnete er mit Respekt und Wertschätzung. Dabei gelang es ihm, die Belange der BARMER als Einzelkasse und dem vdek als Ersatzkassen-Gemeinschaft miteinander abzuwägen und zu beiderlei Vorteil zu gestalten. Nicht zuletzt setzte er sich auch für die Ausbildung der Nachwuchskräfte ein. Mit der Verleihung der goldenen vdek-Verdienstmedaille wird sein unermüdlicher Einsatz in den vergangenen 45 Berufsjahren gewürdigt. *ake*

 @vdek_Presse #regionalstark: #Ersatzkassen|versicherte mit fortgeschrittenem #Lungenkrebs erhalten an 23 universitären Zentren personalisierte Therapie. Innovative Behandlungsform gibt Hälfte der Patient:innen mehr Lebenszeit und -qualität.

 @vdek_Presse Bestimmte planbare OP dürfen nur in Krankenhäusern mit ausreichend Erfahrung durchgeführt werden. Unsere jetzt aktualisierte Übersicht zeigt, welche Häuser die geltenden Mindestmengen-Regelungen erfüllen.

Frauenherzen schmerzen anders als Männerherzen

PODCAST In der Gendermedizin gewinnt die Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede zunehmend an Bedeutung. So können sich beispielsweise je nach Geschlecht die Krankheitssymptome voneinander unterscheiden oder Medikamente anders wirken. **Der Podcast „impULS“ der Deutschen Herzstiftung zeigt in einer aktuellen Folge die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Diagnostik und Behandlung von Herzerkrankungen auf.** Im Gespräch mit der Gendermedizinerin, Internistin und Kardiologin Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek beleuchtet die Episode „Herzinfarkt: Frauenherzen schmerzen anders“ unter anderem die Herzinfarkt-Symptomatik. Denn Brustschmerz – normalerweise ein wichtiges Warnsignal bei Herzinfarkt – wird von Frauen anders wahrgenommen oder es treten auch andere Beschwerden in den Vordergrund. tag → bit.ly/3YwMNQX



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Wiederentdeckung der Sinne

Unsere Sinne bekommen nur selten die Aufmerksamkeit, die sie verdienen, und ihre Fähigkeiten werden unterschätzt: Die Nase hilft beim Abnehmen, die Augen schützen vor Depression und die Haut führt uns zum Erfolg. Wir sind uns ihrer oft nicht bewusst und benutzen sie kaum noch richtig. Wissenschaftlich fundiert, unterhaltsam und mit vielen Tipps zeigt dieses Buch, wie wertvoll und wichtig die Sinne sind.

Dr. med. Ragnhild Schweitzer, Jan Schweitzer | **Die Magie unserer Sinne. Warum wir ohne sie nicht lachen, lieben, leben können – Wie wir sie wiederentdecken und richtig nutzen** | 2022, 392 S., € 14 | Goldmann Verlag, München

Unterstützung der frühkindlichen Entwicklung

Eltern möchten jede Entwicklungsphase ihres Kindes ideal fördern. Dieser Ratgeber unterstützt sie bei der Erziehung. Er basiert auf der Theorie, dass der Mensch ab der Geburt sechs existenzielle Grundbedürfnisse hat: Essen, Trinken, Schlaf, Schutz und Bindungsbedürfnis sowie den Wunsch, die Welt zu erkunden. Es sind zahlreiche Praxisbeispiele und Tipps zu herausfordernden Verhaltensweisen enthalten.

Annette Willand | **Babys und Kleinkinder. Die 6 Grundbedürfnisse kennen und achten: So unterstützen Sie die frühkindliche Entwicklung** | 2022, 150 S., € 16,99 | TRIAS-Verlag, Stuttgart

PS: Der Blick ins Unsichtbare

2023 jährt sich der Todestag von Wilhelm Conrad Röntgen zum 100. Mal. Mit der spektakulären Röntgenaufnahme der Hand seiner Frau Anna Bertha Röntgen, auf der filigrane Fingerknochen und ein Ring zu sehen sind, nahm die Erfolgsgeschichte des Physikers und Hochschullehrers ihren weltweiten Lauf. Die am 22. Dezember 1895 angefertigte Aufnahme ist eindrucksvoller Beleg für die von ihm entdeckten und nach ihm benannten Röntgenstrahlen. Dafür erhielt der aus der Tuchmacherstadt Lennep stammende Forscher 1901 den Nobelpreis für Physik. Am 10. Februar 1923 starb Röntgen in München. Röntgenuntersuchungen sind seit jener Zeit fester Bestandteil medizinischer Diagnostik. In der modernen Radiologie haben sich indes neue, hochspezielle Verfahren wie Computertomographie, Magnetresonanztomographie und Sonographie etabliert. Und gerade bei der Diagnostik nimmt der Einsatz von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz rasant zu. Selbstlernende Computeralgorithmen werten die unendliche Fülle an medizinischen Bilddaten in Sekundenschnelle aus. Vielleicht geht einer der nächsten Nobelpreise an eine Computersoftware wegen ihrer Verdienste um die medizinische Diagnostik. Lassen wir uns überraschen.

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

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

Gesamtverantwortung Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung Annette Kessen

Redaktion Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 0 30/2 69 31-12 05
Fax 0 30/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
vdek.com/magazin
@vdek_Presse

Layout Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen Sylwia Kubus
(Titelseite, S. 4/5, 10, 24/25, 28, 30, 38, 42, 46)
sylwiakubus.com

Druck & Versand
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 4: vdek/Georg J. Lopata | S. 6: Lydia Christina Koerner/iStock/Getty Images | S. 7: Techniker Krankenkasse; Festland/Yuky Ryang | S. 8: Olga Kurbatova/iStock/Getty Images; Festland/Yuky Ryang | S. 9: Kirillm/iStock/Getty Images | S. 11: privat | S. 12: vdek/Georg J. Lopata | S. 13: vdek/Georg J. Lopata | S. 14: vdek/Georg J. Lopata | S. 15: vdek/Georg J. Lopata | S. 17: privat | S. 18: vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg | S. 19: vdek-Landesvertretung Saarland; Constantinis/iStock/Getty Images | S. 20: vdek-Landesvertretung Bayern | S. 21: vdek-Landesvertretung Sachsen | S. 22: Arlett Mattescheck, Thomas Hedrich | S. 23: vdek/Georg J. Lopata | S. 29: vdek/Georg J. Lopata | S. 31: vdek/Georg J. Lopata | S. 34: vdek/Georg J. Lopata | S. 35: vdek/Georg J. Lopata | S. 36: vdek/Georg J. Lopata | S. 37: vdek/Georg J. Lopata | S. 40: privat | S. 44: Cecilie_Arcurs/iStock/Getty Images Plus | S. 45: Festland/Yuky Ryang | S. 47: Arne Weyhardt/DAK-Gesundheit | S. 48: BARMER | S. 49: Deutsche Herzstiftung | S. 50: Tonpor Kasa/iStock/Getty Images Plus

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

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 280 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 380 Beschäftigten sowie mehr als 40 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

Friedrichstraße 50–55
10117 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-26
lv-berlin.brandenburg@vdek.com
@vdek_BER_BRA

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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



Die vdek-Landesvertretungen finden Sie unter
→ vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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

vdek online

vdek.com

 @vdek_Presse



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