

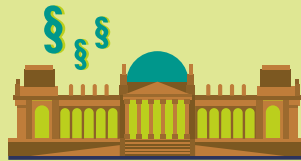
ersatzkasse magazin.

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

G20634

2. AUSGABE 2024

GKV



Kostenrisiken in der Versorgung

Reformvorhaben lassen
weiteren Anstieg der GKV-
Ausgaben befürchten

»Entscheidungen sollten wohl- überlegt sein«

Dr. Monika Lelgemann,
unparteiisches Mitglied
im G-BA, im Interview

Wichtig! Die Europawahl 2024

Bürgerinnen und Bürger
der EU können Signal für
Demokratie setzen

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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



BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk Krankenkasse

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



HEK – Hanseatische Krankenkasse

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

X **@vdek_Presse** Höhere Ausgaben ohne echte Reformen belasten einseitig die Beitragszahler:innen. Allein geplante **#Krankenhausreform** schlägt bis 2027 mit Zusatzbeitragssatzerhöhung von geschätzt 0,3 Prozentpunkten zu Buche. Es braucht nachhaltige **#GKV-Finanzierung!** **#GKVTag** **#WirSindGKV**

X **@vdek_Presse** Ausgaben für **#Notfallversorgung + #Rettungsdienst** verzeichnen immense Kostensteigerungen, gleichzeitig bleiben Qualitätsdefizite. vdek fordert, die Reformen der beiden Versorgungsbereiche jetzt rasch anzugehen und als Gesamtpaket umzusetzen.



EDITORIAL

Wer zahlt? Die GKV.

Die Zeit drängt: Nach langem Ringen zwischen Bund und Ländern wurde ein Referentenentwurf für die Krankenhausreform bekannt. Doch einig ist man sich noch lange nicht und es ist mittlerweile sicher, dass der ambitionierte Zeitplan – Kabinettsbeschluss am 24. April 2024 – nicht mehr gehalten werden kann. Klar ist nur: Die Reform wird teuer und für den Umbau der Krankenhauslandschaft werden wieder einmal hauptsächlich die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Kasse gebeten. Weitere Belastungen kündigen sich mit dem Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes an: Die dort vorgesehene Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen und ein Bonus für Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, machen die Versorgung nicht besser, sondern nur teurer. Ein weiteres Kostenrisiko für die GKV droht mit dem bereits im Kabinett beschlossenen Medizinforschungsgesetz und den darin geplanten vertraulichen Erstattungsbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel. Bei all der Reformeuphorie sollte sich die Ampelregierung an ein wichtiges Ziel ihres Koalitionsvertrags erinnern: nämlich für eine nachhaltige Finanzierung der GKV zu sorgen. Dazu gehört, die Politik der einseitigen Belastung der Versicherten und Arbeitgeber zu beenden.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Am 9. Juni 2024 findet die Europawahl statt, bei der rund 350 Millionen Bürgerinnen und Bürger direkt Einfluss auf die EU-Politik nehmen können. Dieses Recht wahrzunehmen, ist gerade jetzt wichtig.

→ [Mehr dazu auf Seite 10](#)

Im März ist das elektronische Register für Organ- und Gewebespenden gestartet. Dr. Johannes Nießen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erläutert Hintergründe und Chancen.

→ [Mehr dazu auf Seite 14](#)

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



»Entscheidungen sollten wohlüberlegt sein«

POLITIK & VERSORGUNG Als unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bringt Dr. Monika Lelgemann ihre Expertise als Ärztin und klinische Epidemiologin ein. Im Interview mit *ersatzkasse magazin.* betont sie den hohen Stellenwert des G-BA im Gesundheitswesen, die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Versorgung und den Nutzen evidenzbasierter Medizin.

18

42



32

Kostenrisiken in der Versorgung

SCHWERPUNKT Anstehende Reformen in der Versorgung bergen erhebliche Ausgabenrisiken. Der Referentenentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sieht eine vollständige Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen vor. Das muss auf den Prüfstand. Und auch der Umbau der Krankenhauslandschaft, wie ihn das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorsieht, belastet die Beitragszahlenden.



Eltern-Burnout statt Familienglück?

ERSATZKASSEN Laut einer forsa-Umfrage der KKH Kaufmännische Krankenkasse sind immer mehr Mütter und Väter mit minderjährigen Kindern erschöpft oder ausgebrannt. 62 Prozent der befragten Eltern gaben an, sich häufig oder sogar sehr häufig gestresst zu fühlen. Ein hoher Stresslevel kann für die Betroffenen ernste gesundheitliche Folgen haben.

AKTUELL

- 6 Entscheidung zur Organspende
- 7 Trauer um Herbert Rebscher
- 8 Hilfsmittel für Versicherte
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Europawahl 2024
- 14 Drei Fragen: Dr. Johannes Nießen
- 15 Notfallversorgung und Rettungsdienst
- 16 Blankoverordnung in der Ergotherapie
- 18 Interview: Dr. Monika Lelgemann
- 23 Neue Long-Covid-Richtlinie
- 24 Studierende: Erwartungen an Sozialpolitik
- 26 #regionalstark
- 31 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 34 Referentenentwurf des GVSG
- 36 Krankenhausreform als Torso
- 38 Weichenstellungen für Apotheken

ERSATZKASSEN

- 40 Mehr Fälle von Diabetes Typ 2
- 41 Hörminderung früh erkennen
- 42 Eltern-Burnout statt Familienglück?

VERMISCHTES

- 44 vdek-Basisdaten erschienen
- 45 Podcast: Schritt für Schritt nachhaltiger
- 46 PS: Bewegt im Frühling
- 46 Impressum



Entscheidung zur Organspende online hinterlegen

Seit dem 18. März 2024 können Bundesbürgerinnen und -bürger ab 16 Jahren ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende in einem digitalen Organspende-Register dokumentieren. Mit diesem Schritt will die Bundesregierung zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft beitragen. Aus diesem Anlass hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) seine umfangreichen FAQ zum Thema Organspende auf seiner Website aktualisiert. Neben den ergänzten Informationen, wie das neue Register funktioniert und wie es Schritt für Schritt weiterentwickelt werden soll, klären die FAQ über viele Aspekte zur Organ- und Gewebespende auf: Welche Organe und welches Gewebe können gespendet werden? Was ist der Hirntod? Was sind Entnahmekrankenhäuser und welche Verpflichtungen haben sie? Mit den FAQ möchte der vdek die Versicherten animieren, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen, eine Entscheidung zu treffen und diese auch zu dokumentieren. Derzeit stehen etwa 8.500 Menschen in Deutschland auf der Warteliste für ein Spenderorgan. 2022 gab es bundesweit 869 Organspenderinnen und Organspender. *pm*

→ t1p.de/24e9k → t1p.de/us90j

→ **Mehr dazu auf Seite 14**

Bundesregierung beschließt Medizin- forschungsgesetz

Das Kabinett hat am 27. März 2024 den Entwurf eines Medizinforschungsgesetzes (MFG) beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in Deutschland zu verbessern. Zu den Maßnahmen zählen unter anderem:

- Optimierung der Zusammenarbeit der Arzneimittelzulassungsbehörden
- Beschleunigung der Bewertung mononationaler klinischer Prüfungen
- Möglichkeit von dezentralen klinischen Prüfungen außerhalb der Prüfzentren
- Vereinfachung der Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten
- Veröffentlichung von Standardvertragsklauseln für klinische Prüfungen
- Einrichtung einer unabhängigen spezialisierten Ethik-Kommission für besonders komplexe oder eilige Verfahren
- Harmonisierung der Auslegungspraxis der Länder hinsichtlich der Herstellungserlaubnis und Prüfung bestimmter Arzneimittel durch Empfehlungen des Bundes
- Möglichkeit für pharmazeutische Unternehmer zur Vereinbarung vertraulicher Erstattungsbeträge bei neuen Arzneimitteln

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) kritisiert die vertraulichen Erstattungsbeträge ([→ Mehr dazu auf Seite 31](#)). Seiner Auffassung nach sollten diese im weiteren parlamentarischen Verfahren gestoppt werden. Die Bundesregierung hat bereits am 13. Dezember 2023 mit ihrem Strategiepapier „Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland“ ein Handlungskonzept für die Stärkung des Forschungs- und Produktionsstandortes Deutschland beschlossen. Das Medizinforschungsgesetz soll nun einen wesentlichen Teil dieser Strategie umsetzen. *pm*

314

DIE ZAHL Die 95 gesetzlichen Krankenkassen werden in diesem Jahr für die Versorgung ihrer Versicherten 314 Milliarden Euro ausgeben. Anlässlich des einmal im Quartal stattfindenden #GKVTag fordern sie, dass die politischen Rahmenbedingungen so gestaltet werden müssen, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die seit über 140 Jahren die flächendeckende gesundheitliche Versorgung maßgeblich prägt und gestaltet, dies auch in Zukunft leisten kann. *pm*

Trauer um Herbert Rebscher



Der Gesundheitswissenschaftler und langjährige Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, ist am 23. März 2024 im Alter von 69 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben. „Mit Bestürzung haben wir vom viel zu frühen Tod von Herbert Rebscher erfahren. Unser tief empfundenes Mitgefühl gilt seiner Frau und seinen Kindern“, so Uwe Klemens, ehrenamtlicher vdek-Verbandsvorsitzender, und Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende. „Der Verband und die Ersatzkassen verlieren einen geschätzten Kollegen und Freund, einen großen


Kenner der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und insbesondere der Ersatzkassengemeinschaft. Herbert Rebscher hat zentrale versorgungspolitische Wegmarken gesetzt und die Philosophie der solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV im Kern geprägt. Er war bis zuletzt eine wichtige Stimme der gesundheits-, sozialpolitischen und wissenschaftlichen Debatte. Wir danken Herbert Rebscher für sein herausragendes jahrzehntelanges Engagement für eine starke Kranken- und Pflegeversicherung und seine visionären Impulse für eine moderne Versorgung der Versicherten.“ Während seiner beruflichen Laufbahn war Herbert Rebscher von 1996 bis 2003 Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV (heute vdek), zuvor seit 1992 stellvertretender Geschäftsführer, zudem baute er dort 1985 eine Grundsatzabteilung Politik auf. 2016 erhielt er die vdek-Verdienstmedaille in Gold. *pm*

Rund 44.000 Hilfsmittel für Versicherte



Der GKV-Spitzenverband hat den siebten Bericht zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses für den Überarbeitungszeitraum von März 2023 bis Februar 2024 an das Bundesgesundheitsministerium übergeben. Damit hat der GKV-Spitzenverband die zweite Komplettrevision und Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses abgeschlossen. Im Fokus des siebten Fortschreibungsberichts stehen Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Rollstühle, Prothesen, Hilfsmittel bei Diabetes und Pflegehilfsmittel. „Das Hilfsmittelverzeichnis sorgt dafür, dass die Versicherten ihre medizinisch notwendigen Hilfsmittel auf der Höhe des medizintechnischen Fortschritts erhalten“, erklärte Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. In den letzten fünf Jahren seien 17.703 neue Produkte aufgenommen worden, 42 Produktgruppen fortgeschrieben und 9.170 Produkteinträge aktualisiert. Insgesamt stünden gesetzlich Versicherten rund 44.000 Hilfsmittel zur Verfügung. Die Hilfsmittelversorgung für gesetzlich Versicherte werde durch neue Produkte und moderne Fertigungstechniken fortwährend verbessert und weise einen hohen Praxisbezug auf. „Das Hilfsmittelverzeichnis schafft so Transparenz und sorgt bundesweit für eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der GKV-Versicherten durch die Leistungserbringer“, betonte Kiefer. *pm*
 → t1p.de/8e02v

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich fristgerecht vor dem 31. März 2024 auf eine Erweiterung des Leistungskatalogs der speziellen sektorgleichen Vergütung – die sogenannten Hybrid-DRG – ab dem 1. Januar 2025 verständigt. **Neben der Erweiterung der bereits bestehenden Leistungsgruppen, zum Beispiel im Bereich der Leistenbruchoperationen, kommen 94 zusätzliche operative Prozeduren insbesondere aus dem Bereich der Urologie und Gynäkologie dazu.** Für diese wird ab dem kommenden Jahr die gleiche Vergütung gezahlt, unabhängig davon, ob sie ambulant oder kurzzeitig stationär erbracht werden. Die Vertragspartner wurden mit der Erweiterung erst mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 16. Dezember 2023 beauftragt. „Mit dieser Vereinbarung haben die Partner der Selbstverwaltung einen weiteren wichtigen Schritt zur Fortentwicklung der Ambulantisierung getan und in kürzester Frist Handlungs- und Kompromissfähigkeit bewiesen“, so Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstandin des GKV-Spitzenverbandes. *pm*

 **07.05.2024** Das Robert Koch-Institut (RKI) wirft einen Blick auf den **Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit** und auf das endende Projekt „KlimGesundAkt“. Zugleich entwickelt es Zukunftsperspektiven des Netzwerks.
 → t1p.de/ss68n

 **23.05.2024** Braucht Deutschland eine **nationale Initiative für Prävention**? Welche innovativen Modelle haben sich bewährt? Und wie können Politik, Wissenschaft und Wirtschaft zur Prävention beitragen? Diesen Fragen geht der Wissenschaftsrat nach.
 → t1p.de/e250p



PRESSESCHAU

Organspende-Register

„Allen Sorgen zum Trotz: Das Register ist sinnvoll, es kann Leben retten. [...] Ein Nein zur Organspende, egal ob im neuen Register, im Spenderausweis oder als Hinterbliebenenerklärung dokumentiert, hat nach wie vor Bestand – und wird genauso ernst genommen wie das Ja. Auch der Datenschutz bleibt gewahrt – soweit das möglich ist.“

TAZ, 18.03.2024

Praxisreform

„Die Konzentration auf den Hausarzt zu belohnen ist sinnvoll, die Budgets abzuschaffen birgt indes die Gefahr von Fehlansätzen. Wie die Klinikreform droht auch die Praxisreform finanziell aus dem Ruder zu laufen. Statt zu sparen, fließt mehr Geld, etwa in die sozialpolitisch motivierten Gesundheitskioske.“

FAZ, 27.03.2024

Corona-Protokolle

„Der Gesundheitsminister hat begriffen, dass der Wirbel, den die Protokolle aus den Pandemie Jahren 2020/21 ausgelöst haben, Folgen haben muss. [...] Das ist die richtige Entscheidung. Denn dass die Protokolle erst von einem Online-Portal vor Gericht erstritten werden mussten und vor Schwärzungen strotzen, war nicht vertrauensbildend.“

SÜDWEST-PRESSE, 30.03.2024



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

g-ba.de

Verstetigung des Innovationsfonds

Der beim Innovationsausschuss des G-BA angesiedelte Innovationsfonds wird über 2024 hinaus verstetigt. Der Vorsitzende des Innovationsausschusses beim G-BA, Prof. Josef Hecken, begrüßt die seit dem 26. März 2024 gültige Entfristung dieses Fördertopfs. Dies sei angesichts knapper Ressourcen keine Selbstverständlichkeit. Zudem bezeichnete er die mit der Verstetigung des Fonds erfolgten Nachjustierungen am Verfahren als wichtig. Hierdurch würden Fördermöglichkeiten flexibler und zielten darauf ab, den Transfer in die

Versorgung zu verbessern und etwaige Umsetzungshürden transparent zu machen.

Aktualisierte S3-Leitlinie

Zu den häufigsten im Krankenhaus erworbenen Infektionen gehören Lungenentzündungen (nosokomiale Pneumonien). Um sie frühzeitig zu diagnostizieren und möglichst effektiv zu behandeln, stand medizinischen Fachkräften bisher bereits eine medizinische Leitlinie der höchsten Qualitätsstufe (S3-Leitlinie) zur Verfügung. Diese S3-Leitlinie ist aktualisiert worden, um nosokomiale Pneumonien effektiver zu behandeln. Sie setzt noch deutlicher auf patientenzentrierte, evidenzbasierte und multidisziplinäre Herangehensweise. Außerdem wurden Kriterien für die richtige Auswahl, Dosierung und Therapiedauer von Antibiotika erarbeitet.

Neugeborenen-Screening ohne Zeitverlust

Angeborene Erkrankungen wie die spinale Muskelatrophie (SMA) und Mukoviszidose können beim Neugeborenen mithilfe einer Blutuntersuchung bereits sehr frühzeitig entdeckt und behandelt werden. Den Informationsfluss mit den Eltern in diesem Screening-Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung hat der G-BA an die überarbeitete Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission angepasst. Ziel ist es, dass alle Beteiligten – Eltern, Klinik bzw. Kinderärztin oder Kinderarzt und Screeninglabor – ohne Zeitverlust zusammenarbeiten. Nur so sind schnelle Kontrolle beziehungsweise Abklärung auffälliger Screening-Ergebnisse und ein früher Behandlungsbeginn verlässlich zu erreichen. *pm*

Ethikrat entwickelt ein Konzept zur Klimagerechtigkeit



In seiner kürzlich veröffentlichten Stellungnahme „Klimagerechtigkeit“ behandelt der Deutsche Ethikrat zentrale Fragen der Gerechtigkeit und Verantwortung im Kampf gegen den Klimawandel und formuliert dreizehn Empfehlungen, wie die Klimawende gerecht gestaltet werden kann. Dabei sollten Lasten und Pflichten so verteilt werden,

dass möglichst alle Menschen jetzt und in Zukunft die Mindestvoraussetzungen für ein gutes und gelingendes Leben erreichen könnten. Die Bedürfnisse von Menschen, die davon noch am weitesten entfernt und am stärksten vom Klimawandel belastet seien, sollten dabei vorrangig berücksichtigt werden. Im Mittelpunkt stehen drei miteinander verwobene Dimensionen: die innergesellschaftliche, die internationale und die intergenerationelle Dimension. Der Ethikrat verfolgt zudem ein Konzept der Multiakteursverantwortung, das klare Verantwortungszuschreibungen gegenüber dem Staat, privaten Organisationen wie Unternehmen und Individuen beinhaltet. *pm*

→ t1p.de/5kbym

Die 23 Mitglieder des neu gegründeten ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ sind am 18. März 2024 zu ihrer konstituierenden Sitzung im Kanzleramt zusammengekommen. Der neue Rat ist das Nachfolgegremium des Corona-ExpertInnenrats, der im April 2023 zum letzten Mal tagte. **Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Fachrichtungen werden sich mit der Frage beschäftigen, wie Gesundheitswesen und Gesellschaft künftigen Gesundheitskrisen bestmöglich begegnen können und entsprechende Stellungnahmen verfassen.** Zudem kann der Rat bei aktuellen Fragestellungen zur öffentlichen Gesundheit die Bundesregierung „ad hoc“ beraten. Den Ratsvorsitz hat Prof. Dr. Heyo Kroemer, Vorstandsvorsitzender der Charité, die Co-Vorsitzende ist Prof. Dr. Susanne Moebus von der Universitätsmedizin Essen. *pm*

→ t1p.de/vblff

Wichtig! Die Europawahl 2024

Text von Antje Kapinsky und Ulf Schinke

Am 9. Juni 2024 werden die Abgeordneten aus Deutschland für das Europäische Parlament (EP) gewählt. Insgesamt haben rund 350 Millionen Bürgerinnen und Bürger Europas in 27 Ländern die Möglichkeit, mit ihrer Stimme direkt auf die **Politik der Europäischen Union (EU)** Einfluss zu nehmen. Dieses demokratische Grundrecht gerade jetzt wahrzunehmen, ist aus vielerlei Gründen wichtig.

In Deutschland sind erstmals auch Jugendliche ab 16 Jahren aufgerufen, sich zu beteiligen und ihre Interessen bei der Gestaltung der Zukunft in die Waagschale zu werfen. Angesichts vieler grundlegender Fragen, die derzeit die öffentliche Debatte bestimmen, ist zu erwarten und auch zu hoffen, dass diese Europawahl so viel öffentliche Aufmerksamkeit und auch konstruktive Beteiligung erfährt wie kaum eine zuvor. Mit dem Gang zur Wahlurne oder dem Einwerfen des Wahlbriefes bietet sich die Chance, ein starkes Signal für die Demokratie und das gemeinsame Miteinander in Europa zu setzen. Die EU ist die zentrale Klammer zur Wahrung der Werte und der Prosperität der Staaten Europas. Diese Werte sind durch den Krieg auf europäischem Boden und die zunehmenden Spannungen in der Welt keine Selbstverständlichkeit mehr und müssen aktiv verteidigt werden. Globale Herausforderungen wie der Klimawandel oder die Corona-Pandemie können nur durch koordiniertes Handeln bewältigt werden. Und auch in der Gesundheitsversorgung gibt es viele Themen, die einer europäischen Flankierung bedürfen. Der anbrechende Europa-Wahlkampf ist eine gute Gelegenheit, diese Themen nochmals ins Bewusstsein zu rufen.

Die Ausarbeitung von europaweiten Standards durch die Institutionen der EU trägt dazu bei, Modernisierungsprozesse voranzubringen und die Rechte der Verbraucherinnen und Verbraucher auszubauen, zum Beispiel bei der Zulassung von Arzneimitteln und der Bereitstellung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Im Zeitalter der Digitalisierung ist es auch eine Aufgabe der EU, Rahmenbedingungen für eine sinnvolle Nutzung der Gesundheitsdaten zu schaffen und damit die Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig ist dabei ein verantwortungsvoller Umgang mit den Daten wichtig.

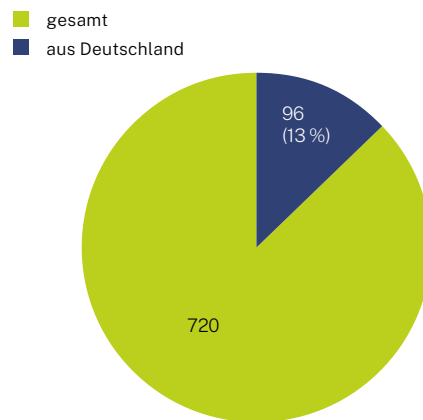
Arzneimittel müssen verfügbar, bezahlbar und sicher sein

Europa repräsentiert einen der größten Arzneimittelmärkte und ist weltweit attraktiv für Herstellerinnen und Hersteller von Pharmazeutika. Die Zulassung und Inverkehrbringung von Arzneimitteln – ob auf der europäischen Ebene oder national – unterliegt maßgeblich den Regeln, die in der EU gemeinsam beschlossen werden. Die europäischen Institutionen stellen auch sicher, dass Arzneimittel, die auf den Markt kommen, die nötigen Studien durchlaufen

haben und damit die Verwendung durch die Patientinnen und Patienten ausreichend sicher ist. Zurzeit wird eine große Arzneimittelreform diskutiert. Dabei muss der Politik ein Balanceakt gelingen einerseits zwischen der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und der Innovationskraft der Pharmaunternehmen und andererseits der Sicherung des Zugangs, der Verfügbarkeit und der Bezahlbarkeit von Arzneimitteln für die Versicherten.

Wie viele Sitze erhalten die Mitgliedstaaten nach der Europawahl 2024?

Anzahl der Abgeordneten



Quelle: Europäisches Parlament (September 2023)

Im Rahmen des Reformpakets wird zum Beispiel intensiv um die Frage gerungen, ob die Exklusivitätsrechte von neuen Arzneimitteln eher verkürzt oder eher verlängert werden sollen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) tritt für eine Verkürzung der Exklusivitätszeiten ein, damit der Wettbewerb durch preiswerte Konkurrenz von Generika-Anbieterinnen und -Anbietern belebt wird. Aus Sicht des vdek sollte außerdem die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und der EU verstärkt werden, damit Störungen bei weltweiten Lieferketten für Arzneimittel schneller überbrückt werden können und alle notwendigen Medikamente in den Apotheken verfügbar sind. Dazu müssen die Liefer- und Meldepflichten der Arzneimittelherstellerinnen und -hersteller europaweit verbindlich gemacht werden.



Notwendig ist außerdem, dass Maßnahmen der Industrie zur Herstellung von Transparenz über die Lieferketten weiterentwickelt werden.

Gesundheitsdaten grenzüberschreitend für Versorgung und Forschung nutzen

Auf europäischer Ebene ist der Gesetzgebungsprozess für den Europäischen Gesundheitsdatenraum auf der Zielgeraden angekommen. Mit dem Gesetz

schafft die EU den Rahmen dafür, dass zum Beispiel elektronische Rezepte auch jenseits der Landesgrenze eingelöst werden können und digitale Patientenakten von Ärztinnen und Ärzten in der ganzen EU eingesehen werden können. Das wird grenzüberschreitende Behandlungen erleichtern und hilft, Sprachbarrieren in der Versorgung zu überwinden. Die Versicherten sollen dabei selbst entscheiden können, welche Daten bei einer Versorgung im Ausland grenzüberschreitend weitergegeben werden und welche nicht. Und natürlich müssen die sensiblen Gesundheitsdaten sicher und vertraulich behandelt werden.

Die EU möchte Gesundheitsdaten außerdem in einem vorher vereinbarten Rahmen und in einem sicheren Umfeld auch für die Forschung und Entwicklung von neuen Behandlungsmethoden zur Verfügung stellen. Auch für die Krankenkassen ist es wichtig, Daten zu nutzen, um sie zum Wohle der Versicherten in der Prävention und in der aktiven Begleitung einsetzen zu können.

Der vdek unterstützt die Ziele, die mit dem Europäischen Gesundheitsdatenraum erreicht werden sollen. Europa kann hier einen echten Mehrwert leisten und neue Versorgungsoptionen für die Versicherten eröffnen. Wichtig ist, dass bei der beginnenden Einführung der neuen europaweiten

Infrastruktur die nationalen Systeme so vernetzt werden, dass unnötige Eingriffe in die schon vorhandene deutsche Telematikinfrastruktur vermieden werden. Darauf muss geachtet werden, wenn zum Beispiel die technischen Spezifikationen festgelegt werden.

Weitere Maßnahmen gegen den Krebs vorantreiben

1,3 Millionen Menschen sterben in Europa jedes Jahr an Krebs. Fachleute sind sich einig: Es kann deutlich mehr getan werden, um Krebserkrankungen zu vermeiden. Die EU setzt sich gegenüber den Mitgliedstaaten dafür ein, dass alle Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erhalten und den Betroffenen dann evidenzbasierte Diagnoseverfahren und Behandlungen zur Verfügung stehen. Europäische Institutionen haben durchgesetzt, dass Warnhinweise auf gesundheitsschädlichen Produkten wie Tabakerzeugnissen verpflichtend sind und eine Lebensmittelkennzeichnung die Wahl gesunder Nahrungsmittel erleichtert. Die EU gibt zudem einen Steuerrahmen vor, damit auf gesunde Produkte ein geringerer Mehrwertsteuersatz erhoben werden kann als auf ungesunde Produkte. In Deutschland wird beim Steuersatz derzeit nicht danach unterschieden, ob ein Lebensmittel eher gesund oder eher ungesund ist. Dass in öffentlichen Gebäuden nicht geraucht werden darf, ist auch auf eine europäische Initiative zurückzuführen. Der vdek fordert, diese vielfältigen Initiativen der EU kontinuierlich weiterzuentwickeln, zum Beispiel durch eine Förderung von Impfmaßnahmen gegen Infektionen mit krebserregenden Viren.

Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, dass nationale Antworten auf globale Gesundheitsgefahren zu kurz greifen. Eine Pandemie kann nur gemeinsam überwunden werden. Die EU hat nach anfänglichen Grenzsicherungen zum Beispiel mit dem digitalen Covid-19-Zertifikat dazu beigetragen, das Reisen wieder zu ermöglichen. Um für künftige globale Gesundheitsbedrohungen besser gerüstet zu sein, ist es wichtig, die Erkenntnisse über unterschiedliche Herangehensweisen auszuwerten und daraus zu lernen. Dank einer breiten Datenbasis und der unterschiedlichen Herangehensweisen in den einzelnen Ländern bietet ein europäischer Vergleich diese

Ziele des vdek für die nächste Wahlperiode des Europäischen Parlaments:

- Arzneimittel müssen verfügbar, bezahlbar und sicher sein.
- Gesundheitsdaten grenzüberschreitend für die Versorgung und Forschung nutzen und dabei unnötige Eingriffe in die Telematikinfrastrukturen vermeiden
- weitere Maßnahmen gegen den Krebs vorantreiben
- Lehren aus der Pandemiezeit ziehen und Schutzmaßnahmen optimieren
- Gesundheitsversorgung dem Klimawandel anpassen
- Soziale Sicherheit auch unter den neuen digitalen Rahmenbedingungen fortlaufend weiterentwickeln

Chance. Das EP setzt sich dafür ein, dass europäische Institutionen ihre Warn- und Schutzaufgaben besser ausfüllen können. Das unterstützt der vdek ausdrücklich. So kann aus möglichen Schwachstellen in der Vergangenheit ein effektiver Gesundheitsschutz für die Zukunft werden.

Die EU hat sich mit dem Green Deal bereits vorgenommen, Europa bis 2050 zum ersten klimaneutralen Kontinent zu machen. Dafür müssen die Mitgliedstaaten gemeinsam die klimaneutrale Transformation vorantreiben und auch die Gesundheitsversorgung muss in vielen Bereichen umgestaltet

werden. Die Ersatzkassen schließen sich den Forderungen an und haben sich selbst verpflichtet, bis zum Jahr 2030 klimaneutral zu sein.

Soziale Sicherheit unter digitalen Rahmenbedingungen weiterentwickeln

Ob im Studium, beim mobilen Arbeiten oder bei der individuellen Gestaltung des Lebensabends – Leben im Ausland wird für eine wachsende Zahl von Menschen eine neue Normalität. Einfach umsetzen lässt sich das Leben an mehreren Orten nur, wenn es sozialen Flankenschutz genießt. Durch die europäische Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sind die mobilen Bürgerinnen und Bürger in der EU, im Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz sozial abgesichert. Sie haben Zugang zum Gesundheitssystem ihres Wohnlandes, verfügen im Falle eines Arbeitsunfalls über Schutz und erhalten im Alter ihre Rente und gegebenenfalls auch Pflegeleistungen. Die Sozialversicherungssysteme entwickeln sich permanent weiter. Der vdek fordert, die Regeln der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten für die soziale Sicherheit immer wieder an die aktuellen Erfordernisse anzupassen und dabei die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen. ■



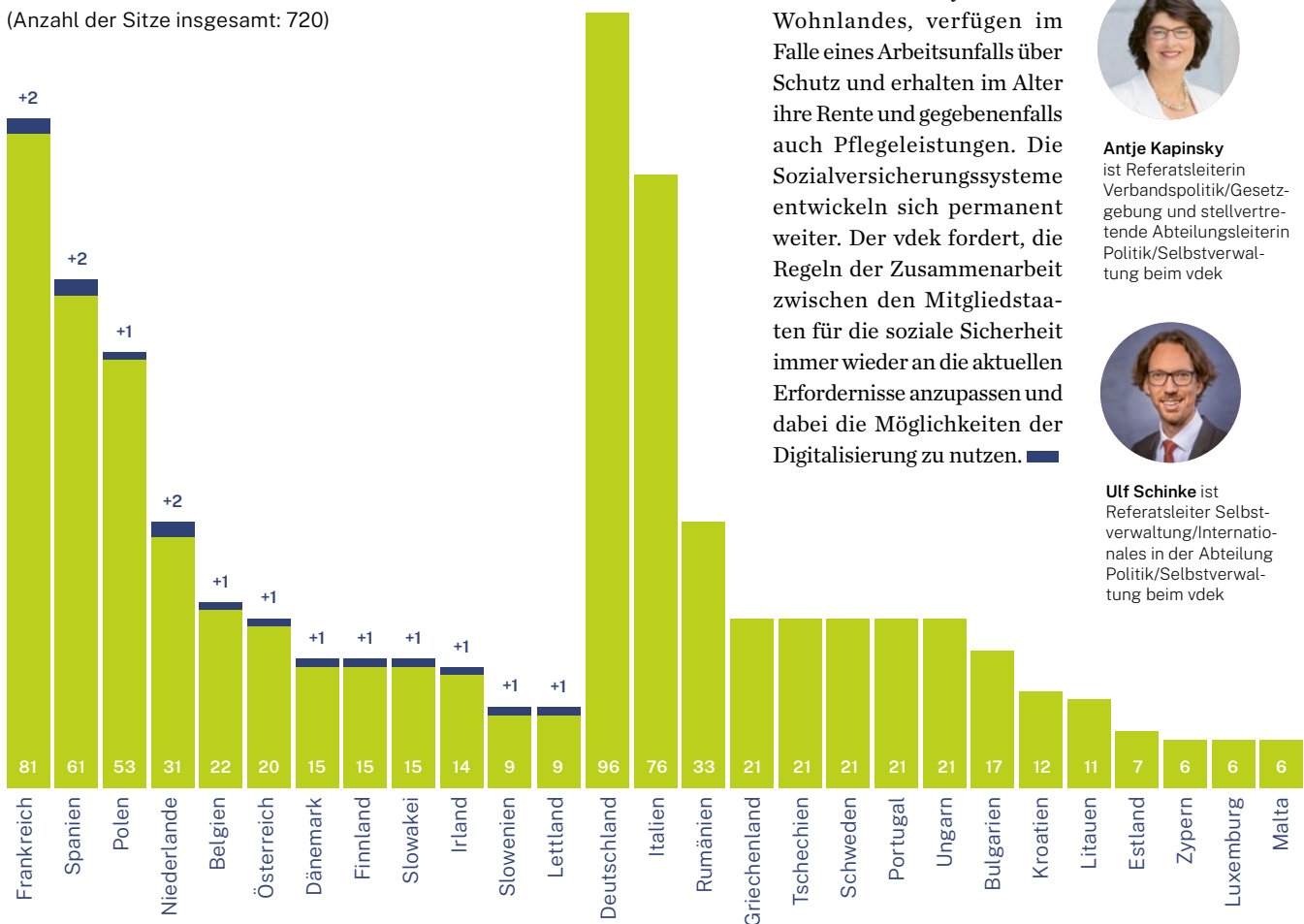
Antje Kapinsky ist Referatsleiterin Verbandspolitik/Gesetzgebung und stellvertretende Abteilungsleiterin Politik/Selbstverwaltung beim vdek



Ulf Schinke ist Referatsleiter Selbstverwaltung/Internationales in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

Europawahl 2024: 15 Abgeordnete mehr im EU-Parlament

(Anzahl der Sitze insgesamt: 720)



Quelle: Europäisches Parlament (September 2023)

Drei Fragen an

Dr. Johannes Nießen

Zum 18. März 2024 ist in Deutschland das **elektronische Register für Organ- und Gewebespenden** gestartet. Damit können potenzielle Spenderinnen und Spender ihre Entscheidung online dokumentieren. Dr. Johannes Nießen, Errichtungsbeauftragter des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) und Kommissarischer Leiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), erläutert Hintergründe und Chancen des neuen Registers.

Wie kam es zu der Entscheidung, ein elektronisches Organ- und Gewebespenderegister einzuführen?

In Deutschland regelt das Transplantationsgesetz die Organ- und Gewebespende. Mit der letzten Änderung des Gesetzes, die 2022 in Kraft getreten ist, wurde unter anderem die Errichtung eines Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende – das sogenannte Organspende-Register – beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) festgelegt. Ziel des Organspende-Registers ist es, dass die Spendebereitschaft schnell und verlässlich geklärt werden kann. Zusätzlich entlastet es Angehörige im Ernstfall von einer schweren Entscheidung.

Laut einer Befragung der BZgA aus 2022 stehen 84 Prozent der Deutschen einer Organ- und Gewebespende positiv gegenüber. Gleichzeitig haben nur 40 Prozent einen Organspendeausweis. Wie erklären Sie sich diesen Widerspruch und kann ein Register die aktive Spendebereitschaft erhöhen?

Wir beobachten eine überwiegend positive Einstellung zur Organspende. Doch eine grundsätzlich positive Einstellung heißt nicht, dass man sich auch entschieden hat oder bereit ist, seine Entscheidung im Organspendeausweis zu dokumentieren. Das Organspende-Register stellt eine neue digitale, rechtssichere Dokumentations-

möglichkeit dar. Mit dem Register kann der Wille potenzieller Organspendeinnen oder Organspende rasch und zuverlässig geklärt werden. Das soll die Organspende in Deutschland stärken. Das Register hat am 18. März 2024 seinen Betrieb aufgenommen. Es bleibt abzuwarten, wie die Akzeptanz des Registers und das Nutzungsverhalten der Bürgerinnen und Bürger sich entwickeln werden.



In vielen europäischen Ländern ist jede und jeder eine mögliche Spenderin beziehungsweise ein möglicher Spender, es sei denn, er oder sie widerspricht. Würden Sie eine solche Lösung auch für Deutschland begrüßen?

In anderen Ländern sind die Regelungen, Strukturen und die gesellschaftliche Sicht auf das Thema Organspende grundlegend anders als in Deutschland. Grundgedanke der in Deutschland geltenden Entscheidungslösung ist, dass jeder Mensch in die Lage versetzt wird, sich zu Lebzeiten mit dem Thema auseinanderzusetzen. Alle sollen eine informierte und unabhängige Entscheidung treffen können. Die Bereitschaft zur Organspende soll freiwillig und aus eigenen Stücken heraus getroffen werden. Mit der Entscheidungslösung wird das Recht jedes Einzelnen gestärkt, selbst zu bestimmen, was nach dem Tod mit dem eigenen Körper passieren soll. ■

Kostensteigerungen im Bereich Notfall- und Rettungsdienst

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) fordert, die **Reformen der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes** jetzt rasch anzugehen und als Gesamtpaket umzusetzen. Anlass sind die erneut deutlichen Kostensteigerungen, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu schultern hat.

Laut den kürzlich veröffentlichten Jahresergebnissen haben sich die Ausgaben in beiden Bereichen verdoppelt, zugleich bleiben Qualitätsdefizite. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, dazu: „Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, im Notfall schnell und am richtigen Ort hochwertig versorgt zu werden. Dazu brauchen wir die Reformen der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes. Parallelstrukturen, unterschiedliche Länderzuständigkeiten und Trägerschaften führen aktuell zu Kostenintransparenz und Fehlsteuerung in der Versorgung.“

Im Jahr 2023 hat die GKV insgesamt 8,7 Milliarden Euro für die verschiedenen Zweige des Rettungsdienstes ausgegeben. Damit hat sich der Betrag im Vergleich zu vor zehn Jahren verdoppelt (4,4 Milliarden Euro). Besonders drastisch ist die Steigerung beim Einsatz von Rettungswagen. Diese stiegen von 1,7 auf 4,1 Milliarden Euro. „Diese ungebremste Ausgabendynamik zeigt den dringenden Handlungsbedarf. Der Rettungsdienst ist Teil der Notfallversorgung. Daher müssen beide Reformen gemeinsam angegangen werden und der Bund muss von seiner Regelungskompetenz im Rettungsdienst Gebrauch machen.“

Längst überfällig ist die Vernetzung der Leitstellen des Rettungsdienstes unter der Rufnummer 112 und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) unter 116 117. Nach wie vor ist die 112 die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Hier wird über den Einsatz des Rettungsmittels entschieden. Für ein Drittel der Einsätze ist ein Rettungsmittel aber nicht erforderlich, da es sich gar nicht um Notfälle handelt. Eine digitale Vernetzung der Leitstellen des Rettungsdienstes und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sollte deshalb Standard in allen Bundesländern sein. Um die Patientinnen und Patienten an den richtigen Ort wie beispielsweise ins Krankenhaus, in die niedergelassene Arztpraxis oder in das Pflegeheim zu steuern, bedarf es der Weiterentwicklung zu Gesundheitsleitstellen nach österreichischem Vorbild. *pm*

Blankverordnung in der Ergotherapie

Text von **Eberhard Höing**

Zum 1. April 2024 ist der „**Vertrag über die Behandlung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie**“ in Kraft getreten. Mit diesem Vertrag, umgangssprachlich auch „Blankverordnung“ genannt, wird der Entscheidungsspielraum für niedergelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der ambulanten Versorgung maßgeblich erweitert.

Ermöglicht wurde die Blankverordnung durch das Einfügen des Paragraphen 125a in das SGB V. Dieser reiht sich ein in eine ganze Reihe gesetzlicher Maßnahmen, mit denen die Attraktivität der Heilmittelberufe vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und eines demografisch bedingten Morbiditätsanstiegs gesteigert werden soll. Der Vertrag zur Blankverordnung in der Ergotherapie bildet hier nur den Auftakt, verhandelt wird ein solcher Vertrag gegenwärtig auch für die Physiotherapie. Neben der erweiterten Versorgungsverantwortung zählen zu den die Attraktivität steigernden Maßnahmen die signifikante Anhebung der Vergütungssätze in allen Heilmittelbereichen, eine sich abzeichnende Reform der Berufsausbildung in der Physiotherapie sowie perspektivisch der Direktzugang.

Ergotherapeutische Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung


Nach diesem Vertrag bestimmt die Ergotherapeutin beziehungsweise der Ergotherapeut auf Grundlage ärztlicherseits festgestellter ausgewählter Diagnosen und Indikationen selbst über die Auswahl der einzusetzenden Heilmittel nach Maßgabe des

Heilmittelkatalogs, die Frequenz der Behandlungseinheiten und die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie pro Blankverordnung im Rahmen der maximal 16-wöchigen Gültigkeit ab Verordnungsdatum. Mit der zeitlichen Begrenzung ist sichergestellt, dass auch bei dieser neuen Versorgungsform ein erneuter Arztkontakt in vertretbaren Abständen stattfindet, um die medizinische Indikation für eine Heilmitteltherapie zu überprüfen. Mehrere zeitlich aufeinanderfolgende mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung zu derselben Diagnose (ICD-10, zweistellig) sind möglich. Dies gilt gleichermaßen für parallele Verordnungen für unterschiedliche Diagnosen und/oder Diagnosegruppen.

Da zu Vertragsbeginn die Auswirkungen dieser neuen Versorgungsform auf das Versorgungsgeschehen noch nicht umfassend absehbar waren, verständigten sich die Vertragspartner darauf, die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung zunächst auf die Diagnosegruppen PS3 (Wahnhaftes und affektive Störungen etc.), PS4 (Demenzielle Syndrome)



Eberhard Höing
ist Referent in der
Abteilung Ambulante
Versorgung beim
vdek



und SBI (Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen)) zu beschränken. Perspektivisch sollen diese Diagnosegruppen um die pädiatrische Versorgung ergänzt werden.

Blankverordnung und Übergang der wirtschaftlichen Verantwortung

Stellt die verordnende Ärztin oder der Arzt eine Diagnose, die sich einer der vorgenannten Diagnosegruppen zuordnen lässt und die die Indikation für ein Heilmittel indiziert, kennzeichnet sie oder er die Verordnung mit dem Eintrag „Blankverordnung“ und verzichtet im Übrigen auf die Angaben „Anzahl der Behandlungseinheiten“, „Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs“, „ggf. ergänzende Heilmittel“ und „Therapiefrequenz“. Damit einher geht ein Übergang der Verantwortung für einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz von der verordnenden Ärztin oder des Arztes auf die Ergotherapeutin beziehungsweise den Ergotherapeuten. Diese Verordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich veranlasster Leistungen (§ 106b Abs. 4 Nr. 4 SGBV). Folgerichtig verpflichtete der Gesetzgeber auch die Parteien des Vertrages nach § 125a SGBV, Maßnahmen zur

Vermeidung einer medizinisch nicht begründeten unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten zu vereinbaren. Diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten wird.

Das Ampelsystem

Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenentwicklungen haben die Vertragspartner ein Ampelsystem mit den Phasen „grün“, „gelb“ und „rot“ vereinbart, das auf die Anzahl vereinbarter Zeitintervalle à 15 Minuten anstelle von Behandlungseinheiten abstellt.

- Die grüne Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menge der aufgewendeten Zeitintervalle in einem aus derzeitiger Sicht der Vertragspartner medizinisch-therapeutisch sinnvollen und verhältnismäßigen Rahmen liegt und in der Regel ausreichend ist, das Therapieziel zu erreichen. Eine steuernde Maßnahme ist in der grünen Phase daher nicht notwendig und findet nicht statt.
- Innerhalb der gelben Phase kann die Menge der Zeitintervalle bei vorliegendem individuellem Bedarf der Versicherten von der Ergotherapeutin beziehungsweise dem Ergotherapeuten eigenverantwortlich eingesetzt werden. Bei Auffälligkeiten kann die Krankenkasse die Ergotherapeutin beziehungsweise den Ergotherapeuten informieren.
- Bei Erreichen der roten Phase erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von neun Prozent auf die Zeitintervalle, die innerhalb der roten Phase erbracht werden.

Weil es den Vertragspartnern insbesondere nicht gelang, sich einvernehmlich auf dem Verhandlungsweg auf die Ausgestaltung des Ampelsystems in der gelben Phase zu einigen, erfolgte letztlich die Festsetzung des Vertrages durch die Schiedsstelle nach Anrufung eines Berufsverbandes. ■

»Entscheidungen sollten wohlüberlegt sein«

Interview von Annette Kessen und Dr. Tanja Gloom

Sie hat jahrelang als Ärztin und klinische Epidemiologin gearbeitet und bringt heute ihre Expertise als unparteiisches Mitglied in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein: **Dr. Monika Lelgemann** blickt im Interview auf die Rolle des G-BA im Gesundheitswesen, betont die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Versorgung und verweist auf den Nutzen evidenzbasierter Medizin.

Frau Dr. Lelgemann, Sie sind seit 2018 als unparteiisches Mitglied im G-BA. Was hat sie als Ärztin dazu bewogen, sich im G-BA zu engagieren?

DR. MONIKA LELGEMANN Für dieses Amt vorgeschlagen wurde ich durch die gesetzlichen Krankenkassen. Ein wesentlicher Auslöser war möglicherweise meine Tätigkeit beim damaligen Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes, bei dem ich die Abteilung Evidenzbasierte Medizin geleitet und den IGeL-Monitor mit aufgebaut habe. Die Erfahrungen, die ich in den verschiedenen Stationen meines Berufslebens sammeln konnte, nützen mir für meine Tätigkeit sehr. Führend war immer die systematische Aufbereitung medizinischen Wissens und die darauf basierende Entscheidungsfindung. Es scheint also fast so, als hätte ich mich immer auf die Stelle beim G-BA vorbereitet. Die interdisziplinäre Zusammensetzung der drei unparteiischen Mitglieder des G-BA ist ein großer Vorteil. Medizinischer, juristischer und politischer Sachverstand sind vertreten. →



Welche Bedeutung hat der G-BA im Gesundheitssystem?

Ich schreibe dem G-BA einen hohen Stellenwert zu und halte unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem für ein schützenswertes Gut. Dabei erlebe ich den G-BA in den derzeit ja doch aufgeregten politischen Diskussionen als verlässlichen, transparenten und bedachten Entscheider. Man wirft uns teilweise eine gewisse Behäbigkeit vor, aber dieses umsichtige Vorgehen hat durchaus positive Effekte. Es gibt Entscheidungen, die sollten wohl überlegt sein. Dass wir kontinuierlich prüfen, in welchen Bereichen wir effizienter werden können, ist selbstverständlich.

» Ich halte unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem für ein schützenswertes Gut.«

Der Fristenbericht, den der G-BA regelmäßig an den Bundestag übermittelt, zeigt, dass wir hierbei erfolgreich sind. Dennoch gibt es Abläufe, mit denen wir selbst unzufrieden sind. In der Regel sind das Bereiche, in denen

wir durch einen Dschungel kleinteiliger gesetzlicher Vorgaben quasi ausgebremst sind. Beispiele sind die Studien zur Erprobung neuer nichtmedikamentöser Interventionen sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor oder etwa die komplizierten Abfolgen der Bewertung von Früherkennungsmaßnahmen unter Einsatz ionisierender Strahlung durch unterschiedliche Institutionen, so etwa beim Mammographie-Screening oder bei der Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-CT. Der immer mal wieder aufkommende Vorwurf, der G-BA sei eine Innovationsbremse, ist meines Erachtens eine Mär.

Woran zeigt sich die so wichtige Transparenz des G-BA?

Auf unserer Webseite finden Sie nicht nur unsere Beschlüsse, sondern alle zur Entscheidungsfindung verwendeten Unterlagen inklusive der Wortprotokolle der Anhörungen, der zahlreichen Experteneinschätzungen und der Evidenzbewertungen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – das IQWiG – erstellt hat. Zudem ist der Abwägungsprozess der Entscheidung im Detail dargelegt. In Sachen Transparenz sind wir also vorbildlich.

Im G-BA treffen zum Teil unterschiedliche Interessen aufeinander. Wie gehen Sie damit um?

Unsere Kernaufgabe ist der Interessensausgleich. Neben den vier Trägerorganisationen – GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – spielen insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen eine wichtige Rolle. Sie sind in allen Gremien des G-BA beteiligt, prägen die Diskussionen auf Augenhöhe mit und bringen Themen in die Beratungen ein. Zusätzlich zu den systematisch aufbereiteten Daten sind wir selbstverständlich auf fachlichen Input der Wissenschaft und der medizinischen Fachwelt angewiesen. Deren Einbeziehung erfolgt durch umfangreiche Einschätzungs- und Stellungnahmeverfahren, an denen auch nichtärztliche Organisationen, weitere Berufsgruppen und Hersteller beteiligt sind. Diese Einbeziehung ist für die sachgerechte Entscheidungsfindung des G-BA essenziell, wobei wir uns klar machen müssen, dass umfangreiche Beteiligungsrechte hohen Aufwand und gegebenenfalls Verzögerungen mit sich bringen können.

Eine Kritik ist, dass immer mehr neue Leistungen in den Leistungskatalog hinzukommen, die die alten aber nicht ersetzen.

Das stimmt, zumeist bleiben Leistungen erhalten. Es ist eine politische Entscheidung, die gesetzlich so angelegt ist. Der G-BA überprüft im Rahmen seiner Beobachtungspflicht kontinuierlich, ob seine Richtlinien dem Stand der Erkenntnisse entsprechen. Gibt es beispielsweise Hinweise darauf, dass der Nutzen einer bestehenden Leistung infrage zu stellen ist, gehen wir dem nach. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, nach dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu handeln. Insoweit kann man



davon ausgehen, dass auf der Versorgungsebene die jeweils geeignete Intervention ausgewählt wird. Mit Blick auf neue nichtmedikamentöse Verfahren hielte ich es für sinnvoll, wie bei Medikamenten den Nachweis eines Zusatznutzens zu fordern. Insbesondere bei neuen Verfahren, die invasiver sind als die bisherigen, ist nicht einleuchtend, warum ein lediglich vergleichbarer Nutzen ausreichen sollte. Hierfür bräuchte es aber den gemeinsamen und den politischen Willen.

Der G-BA setzt sich auch dafür ein, dass Versorgungsmaßnahmen stärker der evidenzbasierten Medizin folgen. Was zeichnet evidenzbasierte Medizin aus?

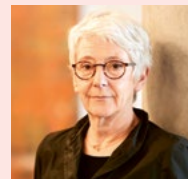
Evidenzbasiert zu arbeiten, heißt für mich, dass wir anhand von Daten und Studien Entscheidungen treffen. Es geht darum, die zugrunde liegenden Erkenntnisse zu einer bestimmten Vorgehensweise oder Fragestellung systematisch aufzubereiten und transparent zu machen. Am Ende eines solchen



Vorgehens steht nicht immer dieselbe Entscheidung, aber es gibt eine gleichförmig ermittelte Datenbasis, die der Ausgangspunkt für die darauffolgenden Entscheidungsprozesse ist. Evidenzbasierte Medizin hat viel mit Transparenz zu tun, auch in dem Sinne, Unsicherheiten sowohl in der Allokationsentscheidung als auch im direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten zu kommunizieren. Unsicherheiten sind oft vorhanden, weil Datenlagen nicht immer eindeutig sind.

Wo kommt evidenzbasierte Medizin besonders zur Geltung?

Früherkennungsuntersuchungen sind hier auf jeden Fall zu nennen. Derzeit existiert ein Trend, möglichst noch mehr diagnostische Testverfahren, noch mehr Monitoring anzubieten. Das halte ich so singulär betrachtet für falsch. Denn es muss eigentlich auch immer darum gehen zu vermitteln, wie groß der mögliche Benefit ist, wie groß der mögliche Schaden und ob vielleicht eine Übertherapie erfolgt. Ein Beispiel: Ist es sinnvoll, bei einem 85-jährigen Patienten eine PSA-Wert-Bestimmung zu machen, um dann möglicherweise ein Prostatakarzinom zu erkennen, das nur langsam wächst und an dem er aller Wahrscheinlichkeit nach nicht sterben wird? Wir müssen versuchen, den Menschen klar zu machen, dass es darauf ankommt, sich zu überlegen, was die konkreten Folgen im Positiven und im Negativen sind. Die normale menschliche Reaktion ist doch die: Eigentlich wollen wir bei der Früherkennung nur bestätigt haben, dass alles in Ordnung ist. Aber das ist nicht der richtige Ansatz. Vielmehr müssen wir uns klar machen, dass Früherkennung nur Sinn ergibt, weil bei einem bestimmten Prozentsatz eben nicht alles in Ordnung ist.



Dr. Monika Leigemann (geboren am 9. Mai 1959) ist Fachärztin für Anästhesie und klinische Epidemiologin. Seit Juli 2018 ist sie unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dort verantwortet sie die Bereiche Methodenbewertung, Psychotherapie und psychiatrische Versorgung sowie Veranlasste Leistungen. Zuvor arbeitete sie unter anderem vier Jahre beim Gesundheitsamt Bremen, das sie zwischenzeitlich kommissarisch leitete. Von 2010 bis 2014 war sie Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim damaligen Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Sie ist Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).





acht Jahre unterscheidet, bei Frauen sind es vier Jahre. Das ist sehr viel. Genauso wissen wir, dass Kinder heutzutage unter Bewegungsmangel leiden, dass sie zunehmend Sprachentwicklungsstörungen haben, dass sie übergewichtig sind. Es fehlt nicht an Wissen, wir müssen einfach mehr tun.

Wen sehen Sie in der Pflicht?

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das können weder die klassische Medizin noch die Krankenkassen alleine schultern. Sie muss auch vom Staat finanziert werden. Die Krankenversicherung kann nicht die Sporthalle bezahlen. Im Gegenteil: Um dieses gute gesetzliche Krankenversicherungssystem zu erhalten, sollten wir uns auf die Grundsätze besinnen. Es dient primär der Kranken-

Braucht es mehr Aufklärung bei der Früherkennung?

Vor allem Ärztinnen und Ärzte können im direkten Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten wesentlich dazu beitragen, den Nutzen und die Konsequenzen von Früherkennungsuntersuchungen verständlich zu machen. Aber auch die Krankenkassen spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, ihre Versicherten auf Früherkennung hinzuweisen. Für die Aufklärung zu sämtlichen Früherkennungsmaßnahmen stellt der G-BA umfangreiche, systematisch entwickelte und geprüfte Informationsmaterialien zur Verfügung. Hiermit soll die informierte Entscheidung der Versicherten gewährleistet werden. Wir würden uns wünschen, dass die Kassen stärker auf die bewerteten Früherkennungsprogramme und Informationsmaterialien setzen.

Welchen Stellenwert hat Früherkennung?

Früherkennung ist wichtig, aber wir müssen uns gut überlegen, was erbracht werden soll im Rahmen unseres Gesundheitssystems. Gerade vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen ist es fragwürdig, immer mehr Menschen ohne jegliche Symptome in die zum Teil bereits übervollen Arztpraxen zu lotsen. Zugleich vernachlässigen wir die Prävention. Das liegt nicht daran, dass wir nicht genug wissen. Wir wissen beispielsweise, dass sich die Lebenserwartung von Männern in Deutschland in Abhängigkeit von der sozioökonomischen Ausgangslage um

behandlung und sollte Maßnahmen enthalten, die einen nachgewiesenen Nutzen haben, zweckmäßig sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, so legt es das Sozialgesetzbuch fest. Und ich glaube auch, dass unser gutes Gesundheitssystem ebenso wie die Pflegeversicherung und das Rentenversicherungssystem wesentliche Stabilisierungsfaktoren sind für ein zunehmend schwieriges gutes Miteinander und sogar für den sozialen Frieden in diesem Land.

»Um dieses gute gesetzliche Krankenversicherungssystem zu erhalten, sollten wir uns auf die Grundsätze besinnen.«

Sie scheiden in diesem Sommer auf eigenen

Wunsch aus dem G-BA aus. Was geben Sie ihren

Nachfolgerinnen und Nachfolgern mit auf den Weg?

Als ich hier angefangen habe, war ich überwältigt von der Qualifikation, der Motivation und Professionalität der Mitarbeitenden. Ihnen würde ich für die Zukunft manchmal etwas mehr Selbstbewusstsein wünschen. Grundsätzlich wären weniger hinderliche Vorschriften, weniger Bürokratie und ein bisschen mehr Mut zum Pragmatismus hilfreich. ■

Neues Versorgungsangebot bei Long Covid

Text von Dr. Martin Kluxen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Ende 2023 eine **Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung** von Patientinnen und Patienten mit Long Covid beschlossen. Die Umsetzung in der Versorgung soll vor allem durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.

Die neue Long-Covid-Richtlinie bezieht sich auf alle Altersgruppen mit Verdacht auf oder mit bereits festgestellter Long- oder Post-Covid-Erkrankung sowie mit Verdacht auf ein postinfektiöses Syndrom anderer Ursache wie beispielsweise das PostVac-Syndrom. Erfasst werden zudem Patientinnen und Patienten mit einer Myalgischen Enzephalomyelitis und einem chronischen Fatigue Syndrom (ME/CFS). Die neue Richtlinie wird erst mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Danach hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, die ambulante Vergütung zu regeln.

Uneinheitliche Patientengruppen

Eine Herausforderung bei der Umsetzung der Richtlinie in die Versorgung liegt darin, dass von einer äußerst uneinheitlichen Gruppe von Patientinnen und Patienten ausgegangen werden muss: Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene mit jeweils sehr unterschiedlichem Symptomspektrum und unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankung. Vorgesehen ist eine gestufte Versorgung mit Nutzung bestehender Versorgungskapazitäten. Es soll ein möglichst breiter und niederschwelliger Versorgungszugang auf einer hausärztlichen beziehungsweise kinder- und jugendärztlichen Ebene möglich werden. Diese Arztgruppen sind die ersten Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten. Von dort aus ist zu entscheiden, welche spezifische fachärztliche Diagnostik und Therapie erforderlich ist.

Wesentliche Elemente zur Steuerung der Patientinnen und Patienten sind die zentrale Koordination insbesondere durch Hausarztpraxen und ein schriftlicher Behandlungsplan. Bei komplexen Fällen wird in interdisziplinäre Spezialambulanzen überwiesen. Dabei handelt es sich insbesondere um Hochschulambulanzen. Ein wesentliches Ziel der Richtlinie ist, bei begrenzten Kapazitäten den Zugang zu diesen spezialisierten Angeboten möglichst bedarfsgerecht auszugestalten. Dies soll für eine kleine, aber schwer betroffene Gruppe den Zugang zu einer hochspezialisierten Versorgung erleichtern.

Viele offene Fragen

Derzeit kann die medizinische Forschung die Frage nicht beantworten, was genau Long Covid auslöst. Bislang gibt es auch keine ursächlichen Therapien, sondern lediglich Behandlungsansätze, die auf die Symptome abzielen. Die Erstellung der Richtlinie war schwierig, denn als Evidenzgrundlage lag nur eine S1-Leitlinie zu Long Covid vor, also eine Handlungsempfehlung von Expertinnen und Experten. Normalerweise würde der G-BA keine Entscheidungen auf Basis einer solch schwachen Evidenz treffen. Aber es laufen sehr viele klinische Studien auf diesem Gebiet und es werden fortlaufend neue Therapiekonzepte entwickelt. Daher ist es sinnvoll, dass die Inhalte der Richtlinie nach drei Jahren überprüft werden sollen. ■



Dr. Martin Kluxen ist Leiter des Kompetenzzentrums Medizin der Abteilung Gesundheit beim vdek

Unser Sozialstaat – eine Wahrnehmung der jungen Generation

Text von Prof. Dr. Hans-R. Hartweg

Erwartungen an die **Sozialpolitik**, etwa in den Bereichen Renten- und Krankenversicherung, hängen auch von den eigenen Lebensumständen ab. Welche Themen stehen bei jungen Menschen auf der Agenda?

Nicht wenige Menschen bei den Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung machten sich 2023 Gedanken um ein wichtiges, sozialpolitisches Ereignis: die Sozialwahlen. Diese sahen bei fünf Ersatzkassen erstmals nicht nur eine Urnenwahl, sondern auch eine Onlinewahl vor. Rund um die Wahlen startet alle sechs Jahre die Kampagne mit dem lächelnden, roten Briefumschlag. Viele Wahlberechtigte werden mit den Sozialwahlen vorgeschalteten Kampagnen erreicht. Dennoch verbleibt die wichtige Frage, ob dies auch für die junge Generation so zu bestätigen ist und wenn dies der Fall ist, für welche sozialpolitischen Themen sich insbesondere junge Menschen interessieren.

Sozialpolitik ist jungen Menschen keineswegs fremd

In zuvor aufgeworfener Frage schwingt ein wenig die Erwartung mit, dass junge Menschen vielleicht an Sozialpolitik oder an sozialpolitischer Regulatik etwas weniger interessiert sein könnten. Klar, sind sie doch naturgemäß von bedrohlichen Krankheitszuständen oder aber von eigener Altersvorsorge noch altersbedingt weit entfernt. Doch diese vorschnelle Einschätzung muss revidiert werden. In einer nicht-repräsentativen Befragung wurden

Studierende dazu interviewt. Die Studierenden gehörten dem Studiengang „Gesundheitsökonomie (B. Sc.)“ des Fachbereichs „Wiesbaden Business School“ an der Hochschule RheinMain an. Dabei war von Interesse, welche Themen junge Menschen auf ihrer sozialpolitischen Agenda haben. Die Rückmeldungen mündeten einerseits in subjektive Wahrnehmungen, andererseits aber auch in Äußerungen, die die sozialen Sicherungssysteme in ihrer gesamten Ausgestaltung betrafen. Die Hinweise standen, und das war sicherlich im Vorfeld zu erwarten, im Zusammenhang mit den aktuellen Lebensumständen der jungen Menschen.

Sozialstaat ist kein abstraktes Gefüge

Den Studierenden nach leistet unser Sozialstaat viel. Klar, der aktuelle Bundeshaushalt stellt mehr als 36 Prozent seines Gesamtvolumens für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, also mehr als 175 Milliarden Euro für wohlfahrtsstaatliche Leistungen, bereit. Darüber hinaus stehen Haushaltsmittel für Wohlfahrt und Daseinsvorsorge von den kommunalen Gebietskörperschaften, den Bundesländern, von den Betrieben und in erheblichem Umfang aus den Sozialversicherungssystemen bereit. Insgesamt waren es 2022 ein Sozialbudget von mehr als 1.175 Milliarden Euro. Die damit verbundene

Bedeutung spiegelt sich in der Befragung der jungen Generation wider: Eine junge rentenpolitische Agenda wurde mit Fragen der zukünftigen, persönlichen Vermögens- und Altersvorsorge versehen. Fragen rund um die immer schwierigere Studienfinanzierung kamen in dem Interview auf. Themen der Gesundheit, der Gesunderhaltung sowie der Schwanger- und Mutterschaft wurden genannt und mit Hinweisen zu einer nicht immer als zielführend wahrgenommenen Steuerung der Gesundheitsausgaben versehen. Je umfangreicher die Leistungen des Sozialstaats wahrgenommen wurden, desto immenser fällt auch die damit verbundene Administration und die als nicht immer gegeben wahrgenommene Kontrolle über den Finanzmitteleinsatz aus junger Perspektive aus. Die

aktuellen Lebens- und Arbeitsverhältnisse und eine angespannte Einkommenslage beeinflussten „den jungen Blick“ auf dieses Politikfeld.

Sozialstaatlichkeit und ihre aktuellen Herausforderungen

Der Sozialstaat wurde dabei auch als „anfällig“ diskutiert. Durch immer knappere Finanzmittel gerät das Gesamtgefüge unter Druck. Da schwingen Sorgen mit, dass die im Umlagesystem finanzierten Finanzmittel vielleicht nicht immer für die richtigen Maßnahmen eingesetzt werden (unter anderem Unterversorgungstendenzen, parallele Versorgungssysteme, fehlende Adhärenz vs. hohe Versorgungsfreiheitsgrade). Systemseitig wurden falsch gesetzte Anreize wahrgenommen (Patientensteuerung, Abrechnungsmanipulation, usw.). Der Bestand einiger unserer Sozialsysteme könnte langfristig gefährdet sein, sodass jüngere Kohorten dem Generationenvertrag nicht mehr gerecht werden könnten.

Junge Menschen in Sozialstaat und Soziale Selbstverwaltung einbeziehen!

In Deutschland sind fast 25 Millionen Menschen ehrenamtlich tätig. Sie wollen helfen, soziale Kontakte pflegen und sich austauschen. Entsprechendes Engagement ist attraktiv und geht nicht selten auf eigene (potenzielle) Betroffenheit zurück. Traditionell haben solidarisch-finanzierte Sozialsysteme die Aufgabe, im Sinne des Sozialstaats gesellschaftliche Wohlfahrt zu wahren. Die Geschicke dieser Systeme sollen ganz bewusst von den Mitgliedern selbst gesteuert werden. Sie spüren die Betroffenheit eher, als das bei anderen Institutionen oder Dritten der Fall wäre. Da die Steuerung auf demokratischen Grundsätzen beruht, existieren Sozialwahlen, die nicht nur die Mitgliedervertretungen bestimmen, sondern auch die Mandate in den Sozialversicherungsgremien legitimieren. Die sozialen Sicherungssysteme stehen vor Herausforderungen, die mit geschlossenem Rückhalt anzugehen sind. Dabei ist es deutlich attraktiver, die Zukunft – auch und gerade unter Rückgriff auf die junge Generation – selbst zu gestalten und zu organisieren, als dies Dritten zu überlassen. ■



Prof. Dr. Hans-R. Hartweg ist Gesundheitsökonom und Professor an der Hochschule RheinMain



#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Norddeutsche Selbstverwalter: Kritik an geplanter Finanzierung der Klinikreform

Die Verwaltungsratsmitglieder der Ersatzkassen aus Hamburg und Schleswig-Holstein sowie die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter beim Medizinischen Dienst Nord kritisieren, dass die Bundesregierung die gesetzlich Versicherten nach aktuellem Stand verstärkt für die Finanzierung der Krankenhausreform heranziehen will. Es sei nicht in Ordnung, dass für den sogenannten Transformationsfonds keine Bundesmittel fließen sollen, sondern häufig aus dem Gesundheitsfonds und damit aus den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung, so die Ehrenamtlichen bei einer Veranstaltung in der vdek-Landesvertretung Hamburg. Dort informierten sie sich über die bisher absehbaren Auswirkungen der Reformpläne des Bundesgesundheitsministeriums auf die Krankenhauslandschaft ebenso wie über die Einflussmöglichkeiten der Ersatzkassen

auf die Weiterentwicklung der Versorgungssituation in den beiden norddeutschen Bundesländern. Zweiter Schwerpunkt der gemeinsamen Veranstaltung der beiden vdek-Landesvertretungen war die Neuregelung zur Bezahlung des Personals in der Pflege. Die sogenannte Tariftreue-Regelung sieht im Kern vor, dass eine Einrichtung nur zugelassen wird, wenn sie ihr Pflegepersonal nach Tarif bezahlt oder mindestens in Höhe von in der Region anwendbaren Pflege-Tarifverträgen entlohnt. Rund eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten der Regelung zeigt sich auf Landesebene, dass sich die Entlohnung in allen Beschäftigtengruppen in den Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert hat. Die ehrenamtlichen Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter der Ersatzkassen sind bei der Sozialwahl im vergangenen Frühjahr für eine Legislaturperiode von sechs Jahren gewählt worden. *sk*

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: vdek unterstützt Beschäftigte mit Pflegeverantwortung

Am 11. Januar 2024 nahm der Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Düsseldorf die Charta zur Vereinbarkeit von Beruf & Pflege von Staatssekretär Matthias Heidmeier entgegen. **Mit dieser Charta werden Unternehmen, Behörden und Organisationen in Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet, die am Landesprogramm „Vereinbarkeit Beruf & Pflege NRW“ teilnehmen und sich aktiv dafür einsetzen, die Pflegefreundlichkeit ihres Unternehmens zu verbessern, indem sie etwa ihre Mitarbeitenden pflegethematisch qualifizieren, Arbeitszeitmodelle individuell überprüfen oder einen betrieblichen Pflegekoffer nutzen.** „In unserem Bundesland sind derzeit 1,2 Millionen Menschen pflegebedürftig. Die meisten werden daheim von

berufstätigen Angehörigen versorgt. Diese verantwortungsvolle und zeitintensive Aufgabe zu bewältigen, erfordert viel Mut und Kraft. Wir als Arbeitgeber sehen uns in der Verantwortung und möchten Beschäftigten, die eine Pflegeverantwortung übernehmen, unsere Unterstützung anbieten“, so Dirk Ruiss. **Ein wichtiger Bestandteil des Landesprogramms ist die Qualifizierung von interessierten Mitarbeitenden:** Sie erhalten alle relevanten Informationen und können so erste Ansprechperson sein, wenn es darum geht, Arbeit und Pflege unter einen Hut zu bringen. Zudem können sie für das immer drängender werdende Thema sensibilisieren, sodass sich ein kollegiales Verständnis für die Situation der pflegenden Berufstätigen entwickeln kann. *pb*



Matthias Heidmeier (L), Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, und Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, bei der Übergabe der Charta des Landesprogramms „Vereinbarkeit Beruf & Pflege NRW“

→ berufundpflege-nrw.de

Neugestaltung der GKV-Gesundheitsförderung in Sachsen

Am 19. März 2024 kamen die sächsischen Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die vdek-Landesvertretung erstmals als Arbeitsgemeinschaft (ARGE) „GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen“ zusammen. **Zum Jahresbeginn nahm die ARGE ihre Tätigkeit auf – mit dem Ziel, sächsischen Versicherten den Zugang zu präventiven Maßnahmen zu erleichtern und die bisherige Kooperation weiterzuentwickeln.** Dabei leistet die ARGE für die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag bei der gemeinsamen lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung sowie bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen (P.Sachsen) und arbeitet hierfür eng mit den Kommunen zusammen. Dies können z. B. Maßnahmen zur Bewegungsförderung, zu gesunder

Ernährung oder Stressbewältigung sein, die über die individuelle Verhaltensebene hinausgehen und an den Strukturen und Bedingungen ansetzen, die das tägliche Leben prägen. **Die vdek-Landesvertretung Sachsen übernimmt eine wichtige Rolle in dieser Arbeitsgemeinschaft, indem sie die Geschäftsführung innehat:** „Wichtiger Bestandteil der geförderten Interventionen ist für uns die Netzwerkbildung zwischen verschiedenen Akteuren, wie beispielsweise Beratungs-/Bildungseinrichtungen, freien Trägern und Vereinen; aber auch die amtsinterne Kooperation soll gefördert werden. Durch die Vernetzung werden ganzheitliche Ansätze in der Gesundheitsförderung ermöglicht und so ein Grundstein für die Nachhaltigkeit von Maßnahmen gelegt“, so Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen. *cb*



VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Zeitenwende im Gesundheitswesen? Expert:innen diskutieren beim vdek-NetzwerkTalk

Mit einem neuen Veranstaltungsformat, dem vdek-NetzwerkTalk, brachte die Landesvertretung Berlin/Brandenburg führende Expert:innen wie Prof. Reinhard Busse, Mitglied der Regierungskommission Krankenhausversorgung, Ellen Haußdörfer, Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege in Berlin, Michael Zaske, Abteilungsleiter im Ministerium für Soziales, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, sowie die Vorstandsvorsitzenden der Berliner und der Brandenburger Landeskrankengesellschaft Brit Ismer und Dr. Detlef Troppens zusammen, um über die anstehenden Veränderungen im Gesundheitswesen zu diskutieren. Die hochkarätig besetzte Diskussionsrunde, moderiert von Tagesspiegel-Redakteur Hannes Heine, legte den Fokus auf



die Chancen, die sich aus bestehenden Versorgungsunterschieden zwischen Stadt und Land, demografischem Wandel und bestehendem Fachkräftemangel ergeben. vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner betonte die Notwendigkeit, Versorgungssicherheit und -qualität für die Versicherten gleichmäßig in allen Regionen zu gewährleisten. Entscheidend hierbei sei, Kompetenzen zu vernetzen, Reformvorhaben über die Sektorengrenzen hinweg vom Patienten her zu denken und miteinander im Gespräch zu bleiben. Die rund 40 Teilnehmer:innen nutzten die Plattform für Austausch und Vernetzung und unterstrichen unisono die Bedeutung der konstruktiven Zusammenarbeit für das Gelingen notwendiger Transformationen unseres Gesundheitssystems. [ug](#)

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

Besuch von Sozialsenatorin Schlotzhauer

Wie kann die Gesundheitsversorgung in Hamburg weiterhin zukunftssicher aufgestellt werden? Zu dieser Frage tauschten sich Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer (4. v. l.) und die Mitglieder des Landesausschusses der Ersatzkassen in der Hansestadt bei einem Treffen am 7. Februar 2024 in der vdek-Landesvertretung aus. Bei dem Gespräch ging es zum einen um die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung im Stadtstaat als auch um das Thema der künftigen Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem waren die Teilnehmenden im Dialog zu Fragen der Finanzierung der Langzeitpflege. Senatorin Schlotzhauer, Präses der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, ist Verhandlungsführerin der SPD-regierten Länder im Bund. [sk](#)



✕ @vdek_NDS Neue Behandlungsmethoden gegen #Lungenkrebs. Dazu haben wir jetzt unser Netzwerk erweitert und Verträge mit der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universitätsmedizin Göttingen geschlossen.

✕ @vdek_BW #Teilhabe -Landes-Behindertenbeauftragte Simone Fischer in der #vdek-Landesvertretung: „Die #Corona-Pandemie hat uns bei der Inklusion zurückgeworfen“. Zentral sei außerdem das Thema Kinder und #Jugendhilfe, #Gewalt und #Inklusion.

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Die Pflegeversicherung – Pflegefall trotz vieler Reformen?

st die Pflegeversicherung trotz zahlreicher Reformen ein Pflegefall? Dieser Frage stellten sich am 6. März 2024 namhafte Referenten sowie Vertreter:innen der Politik auf dem 22. Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt. Seit dem 1. Juli 2023 sieht das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) eine Differenzierung der Pflegeversicherungsbeiträge nach der Anzahl der Kinder vor, um Familien finanziell zu entlasten. Das Gesetz will die Forderung des Bundesverfassungsgerichtsurteils, der Benachteiligung von Familien in der Pflegeversicherung entgegenzuwirken, beantworten. „Die Berechnungen des vdek zeigen jedoch, dass dies kaum gelingt“, betonte Klaus Holst, Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt. „Gleichzeitig überschreiten die damit verbundenen Erhöhungen der Beitragssätze für alle Mitglieder unabhängig von der Kinderzahl die Sozialgarantie.“ Dies führe unweigerlich zu der Frage, ob die Sozialgarantie in ihrer aktuellen Form aufrechterhalten werden kann oder ob weiterer Reformbedarf bestehe. **Nicht nur die Umsetzung der neuen Beitragsgestaltung wirft Fragen auf, sondern auch die Zukunftsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung (SPV).** Die SPV weist bereits gegenwärtig Schwierigkeiten auf: Prof. Dr. Stefan Koriath (Ludwig-Maximilians-Universität München) nannte hierbei systembedingte Einnahmengenrenzungen auf der einen Seite, Andreas Storm (Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit) ergänzte die



steigenden Kosten in der stationären Pflege sowie Versorgungsengpässe bei ambulanten Pflegediensten auf der anderen Seite. Für Storm kann die SPV nur zukunftsfähig bleiben, wenn „ein Finanzierungskonzept vorgelegt wird, welches mit der dynamischen Entwicklung der SPV Schritt hält und den Finanzierungsbedarf langfristig abdeckt.“ Es sei unerlässlich, dass sich Bund und Länder klar zur Finanzierung der Aufgaben bekennen, die in ihrer Verantwortung liegen. Storm hob insbesondere hervor, dass versicherungsfremde Leistungen auch in der SPV aus Steuermitteln finanziert werden müssten. **Die Abschaffung des Bundeszuschusses in der Haushaltsgesetzgebung 2024 verschärfe die Situation zusätzlich.** Anschließend diskutierten auf dem Podium politische Vertreter:innen, darunter Tino Sorge (CDU), Ansätze zur Reform der Pflegeversicherung. CDU und FDP sprechen sich für die Weiterentwicklung des bestehenden Systems, einschließlich betrieblicher und privater Vorsorge bei Einhaltung der Sozialgarantie, aus. SPD, Die Linke und Grüne befürworten hingegen eine solidarische Pflegeversicherung, folglich eine Zusammenführung des sozialen und privaten Zweigs der Pflegeversicherung, mit begrenzten Eigenanteilen und finanzieller Unterstützung für pflegende Angehörige. Die verschiedenen Standpunkte verdeutlichten insgesamt die Notwendigkeit einer umfassenden Reform, um die aktuellen Herausforderungen in der SPV zu bewältigen. *els*

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN SAARLAND UND RHEINLAND-PFALZ

Krankenhausreform geht nur mit der Bevölkerung

Pro Minute gibt die gesetzliche Krankenversicherung 550.000 Euro aus. Da werden die Deutschen ganz schön verwöhnt in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung!“

So startete Wirtschaftswissenschaftler Prof. Dr. Thomas Kolb von der Hochschule RheinMain seinen Vortrag zur anstehenden Krankenhausreform vor Verwaltungsratsmitgliedern der Ersatzkassen und den Ersatzkassenvertretern im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland. **Trotz des vielen Geldes und des Privilegs, direkten Zugang zu Fachärzten zu haben, ist Kolbs Bilanz zum deutschen Gesundheitswesen ernüchternd:** Gesundheitsökonomische Verteilungskonflikte

beherrschten die immer noch stark separierte Versorgung und den Patienten fehle der Überblick über das Behandlungsgeschehen. Deshalb ist es laut Kolb essenziell, die Bevölkerung bei

allen Krankenhausreform-Ideen von Anfang an mitzunehmen und alle Vorhaben genau zu erklären. Nur so könnten Befürchtungen ausgeräumt werden. Denn wenn die Versicherten wissen, wie die gesundheitliche Versorgung

umgestaltet werden soll, um moderner und patientenorientierter zu werden, dann würde viel Unmut gar nicht erst entstehen, da waren sich die Anwesenden sicher. **Mit viel Zustimmung aus den Reihen der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter plädierte Kolb insgesamt auch dafür, dass viel mehr Krankenhäuser miteinander kooperieren, sich zusammenschließen, und zwar über Landesgrenzen hinweg.** Die Krankenhausplanung endet derzeit an den Ländergrenzen, während



Prof. Dr. Kolb spricht zu Vertretern der Ersatzkassen in Spiesen-Elversberg.

die Inanspruchnahme schon längst länderübergreifend ist. Hier sei die Politik gefordert, endlich den Blick über den eigenen Tellerrand zu wagen. *drs*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Landesamt für Gesundheit und Pflege soll öffentlichen Gesundheitsschutz stärken

In Hessen gibt es seit 2023 eine neue Behörde. Das noch unter dem alten Gesundheitsminister Kai Klose gegründete Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) soll als Bindeglied zwischen den 24 kommunalen Gesundheitsämtern und dem Hessischen Gesundheitsministerium fungieren, gemeinsame Standards im Gesundheitswesen etablieren und alle Akteure sektorenübergreifend vernetzen, die an Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsschutz in Hessen beteiligt sind. **Seit November 2023 wird das HLfGP von Regine Bresler in ihrer Funktion als Präsidentin geleitet und weiter auf- und umgebaut.** Beim Auftakttreffen mit der Behördenleitung Ende Januar 2024 in der vdek-Landesvertretung freute sich Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, auf die künftige Zusammenarbeit: „Mit



dem neugegründeten Landesamt wird der Gesundheitsschutz der hessischen Bevölkerung weiter verbessert und unter anderem der öffentliche Gesundheitsdienst gestärkt. **Die Ersatzkassen und der vdek in Hessen erhoffen sich vom Landesamt insbesondere eine Etablierung der daten-**

basierten Gesundheitsberichterstattung. Die Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Situation in Hessen ist notwendig, um gesundheitliche Problembereiche frühzeitig zu identifizieren und die Gesundheit aller Hessinnen und Hessen langfristig zu verbessern.“ Dazu betreut das HLfGP verschiedene Datenpools etwa zu Einsatzdaten des

Rettungsdienstes, über Schuleingangsuntersuchungen und meldepflichtige Infektionskrankheiten. Außerdem betreut es das wichtige Hessische Krebsregister. *hk*



EINWURF

Vertrauliche Erstattungspreise stoppen

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

Das Bundeskabinett hat kürzlich das Medizinforschungsgesetz (MFG) beschlossen. Darin ist die Einführung von „Vertraulichen Erstattungsbeträgen“, de facto „Geheimpreisen“, vorgesehen. Die mit dem GKV-Spitzenverband verhandelten Erstattungspreise für neue patentgeschützte Arzneimittel sollen künftig nicht mehr veröffentlicht werden, sondern auf Wunsch des Herstellers geheim bleiben können. Die vorgesehene Regelung hätte massive Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten und birgt das Risiko weiterer Beitragssatzerhöhungen. Der Gesetzentwurf bringt keinen Mehrwert in der Versorgung, schafft aber neue bürokratische Hürden. Fehlende Transparenz bedeutet zudem faktisch eine Entsolidarisierung der sozialen Sicherungssysteme in Europa: Vertrauliche Erstattungspreise führen zu Preissteigerungen in den europäischen Nachbarstaaten.

Der Aufbau eines komplizierten Rückerstattungsverfahrens beim GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen konterkariert den von der Politik propagierten Bürokratieabbau: Zunächst rechnen die pharmazeutischen Unternehmen ihren gelisteten Wunschpreis ab. Dann gleichen sie die Differenz zum Erstattungsbetrag nachträglich im Rückerstattungsverfahren mit den Krankenkassen aus. Dabei geht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziell in Vorleistung und trägt sogar noch das Inkassorisiko des Herstellers. Dieses aufwändige Verfahren belastet die ohnehin gedeckelten

Verwaltungskosten der Krankenkassen unnötig. Bei geheimen Preisen können Arztpraxen und Apotheken keine Auswahl zugunsten wirtschaftlicher Arzneimittel treffen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Arztpraxen würden faktisch entfallen. Das gilt auch für die Importförderklausel, also die Maßgabe für Apotheken, preisgünstige Import-Arzneimittel abzugeben. Stehen weitere Erstattungsbetragsverhandlungen zu neuen patentgeschützten Arzneimitteln an, so fließen die überhöhten Listenpreise als Vergleichspreise in die Verhandlungen ein. Wenn bewährte Steuerungsinstrumente wie die Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder die Importförderklausel an Wirkung verlieren, wird die Versorgung teurer.

Für die Versicherten bringen die geheimen Preise keinen Versorgungsmehrwert. Was die Marktverfügbarkeit von neuen Arzneimitteln anbelangt, so liegt Deutschland im europäischen Vergleich auf Rang 1. Hinzu kommt: Versicherte müssen sogar tiefer in die Tasche greifen, wenn durch den höheren Wunschpreis der Pharmahersteller höhere Zuzahlungen anfallen. Ganz zu schweigen von den weiter steigenden Arzneimittelkosten, die bekanntlich von den Versicherten und Arbeitgebern über Beiträge zu finanzieren sind.

Es ist nicht die Aufgabe der Politik, mit Beitragsmitteln Standortpolitik für die Pharmaindustrie zu betreiben. Die Möglichkeit von Geheimpreisen sollte daher im weiteren parlamentarischen Verfahren gestoppt werden. ■

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) braucht es zeitnah nachhaltige Reformen, die die Versorgungsqualität verbessern und auskömmlich finanziert werden. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) schlagen diesen Weg nicht ein. Im Gegenteil: **Mit dem Umbau der Krankenhauslandschaft im KHVVG und mit der im GVSG geplanten vollständigen Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen sind Ausgabenrisiken verbunden, die von den Beitragszahlenden geschultert werden sollen.** Auch bei der Reform der Apothekenstruktur lassen sachgerechte Lösungen auf sich warten, ebenso bei der Abrechnung von Rezepturbestandteilen. In der Gesamtschau der Reformvorhaben ist zu befürchten, dass die Ausgaben in der GKV weiter steigen werden.

Kostenrisiken in der Versorgung





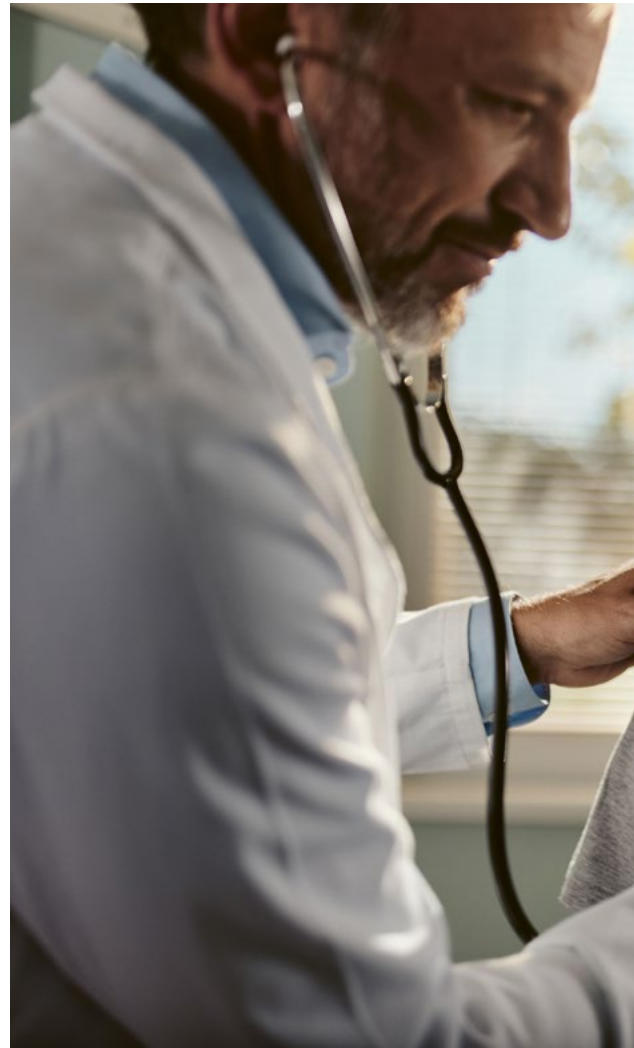
Vierte Version des GVSG wird zum Fördergesetz für die hausärztliche Versorgung

Text von **Boris von Maydell**

Mitte April 2024 ist der nunmehr offizielle Referentenentwurf des **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG)** bekannt geworden. Die in früheren Entwürfen enthaltenen Reformvorschläge wie die Einführung von Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren oder Gesundheitsregionen und eine Förderung von Medizinstudienplätzen wurden gestrichen. Neuer Schwerpunkt wird damit die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung. Ein Überblick.



Boris von Maydell
ist Abteilungsleiter
Ambulante Versorgung
beim vdek



Änderungen bei der hausärztlichen Vergütung

Neben der Entbudgetierung sollen jahresbezogene Pauschalen, Vorhaltepauschalen und ein Bonus für Versicherte bei Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeführt werden. Zumindest die Entbudgetierung, die in erster Linie zu einer Honorarerhöhung in den sehr gut versorgten Regionen Berlin und Hamburg führen wird, und der Bonus für Versicherte bei einer Einschreibung in die HZV werden die Versorgung nicht besser, aber mit einem mindestens mittleren dreistelligen Millionenbetrag deutlich teurer machen.

Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen

Die Gründung von MVZ durch Kommunen zu vereinfachen, kann man gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um die Beteiligung von Kapitalinvestoren nur begrüßen.

Berichtspflicht der Krankenkassen über die Servicequalität

Da bereits heute die Krankenkassen umfassende Informationen über ihre Servicequalität auf freiwilliger Basis veröffentlichen, muss der tatsächliche Nutzen der geplanten Kennziffern für die Verbraucher:innen in Abhängigkeit von dem entstehenden zusätzlichen Bürokratieaufwand abgewogen werden.

Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Im G-BA wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Obwohl eine Ausweitung der Beteiligungsrechte für Pflegeberufe die Legitimität der Entscheidungen des G-BA erhöhen könnte, muss berücksichtigt werden, dass diese Maßnahme auch zu einer Steigerung der Komplexität und Verlängerung der Verfahren beim G-BA führen wird.

Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenzen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Geringfügigkeitsgrenzen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf 300 Euro je Krankenkasse festzulegen, wie es im Referentenentwurf geplant ist, würde dem grundsätzlichen Auftrag der Krankenkassen auf Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen widersprechen. Der pauschale Wert „je Krankenkasse“ unabhängig von ihrer individuellen Größe wird gerade bei kleineren Krankenkassen zu einer vollständigen Einstellung der Wirtschaftlichkeitsprüfung führen. ■



Krankenhausreform als Torso

Text von **Antje Kapinsky**

Nach langem Ringen mit den Ländern um eine gemeinsame Krankenhausreform treibt Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach das Gesetzgebungsverfahren nun eigenständig voran. Doch wie regelt man eine Materie auf Bundesebene, deren Gelingen von der Kooperation der Länder abhängt? Der nun bekannt gewordene **Referentenentwurf** ist als zustimmungsfreies Gesetz ausgestaltet und krankt deshalb an einem Umsetzungsdefizit.

Investitionen für den Umbau der Krankenhauslandschaft würden aus den Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden.

Das Bundesgesundheitsministerium hat Mitte März 2024 einen Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in die Ressortabstimmung gegeben, der in der Folge auch öffentlich bekannt wurde. Da der regierungsinterne Abstimmungsprozess noch andauert, ist der von Minister Lauterbach angekündigte Zeitplan, nach dem der Gesetzentwurf am 24. April 2024 vom Bundeskabinett beschlossen werden soll, als sehr ambitioniert zu betrachten. Die Anhörung der Verbände dürfte in diesem Zeitrahmen äußerst knapp ausfallen.

Der Referentenentwurf soll als nicht zustimmungspflichtiges Gesetz eingebracht werden. Er markiert das Ende eines langen und schwierigen Verhandlungsprozesses mit den Ländern, dessen Ziel einer gemeinsam orchestrierten Reform nicht erreicht wurde. Nachdem die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Dezember 2022 eine Empfehlung für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vorgelegt hatte, verständigten sich Bund und Länder bis zum Sommer 2023 zwar auf Eckpunkte.



Antje Kapinsky
ist Referatsleiterin
Verbandspolitik/Gesetz-
gebung und stellvertre-
tende Abteilungsleiterin
Politik/Selbstverwal-
tung beim vdek

Jedoch wurde in der zweiten Jahreshälfte durch Bekanntwerden von Arbeitsentwürfen zum KHVVG und im Rahmen des Beratungsprozesses zum Krankenhaustransparenzgesetz deutlich, dass die Vorstellungen von Bund und Ländern über die Ziele einer Krankenhausreform sehr weit auseinanderlagen. Die ursprünglich geplante Vorlage eines zustimmungspflichtigen Gesetzentwurfs, der nur gemeinsam mit den Ländern hätte beschlossen werden können, wurde deshalb seitens des Bundesministers aufgegeben.

Vorhaltevergütung als wesentlicher Finanzierungsbaustein

Mit dem Referentenentwurf wird das Ziel verfolgt, die Krankenhausfinanzierung umzubauen und eine bessere Strukturierung und stärkere Qualitätsorientierung zu erreichen. Hierzu soll das Leistungsgeschehen nach Leistungsgruppen geordnet und eine Vorhaltevergütung eingeführt werden. Das bisher geltende Fallpauschalensystem soll nur noch mit einem Anteil von 40 Prozent weitergeführt werden. Die Leistungsgruppen sollen an die Erfüllung von Ausstattungsmerkmalen sowie Mindestvorfallzahlen geknüpft werden. Mit der Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll zudem eine neue Leistungserbringer-Kategorie errichtet werden. Sie sollen stationäre Leistungen im Bereich der Grundversorgung erbringen können, aber auch ambulante Angebote und Pflegeleistungen vorhalten können.

Da diese Maßnahmen in die Kompetenzen der Länder in der Krankenhausplanung eingreifen, sieht der Gesetzentwurf vor, die inhaltlichen Entscheidungen zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen nicht im Gesetzentwurf selbst zu regeln, sondern in Rechtsverordnungen mit Zustimmung des Bundesrats zu verlagern, die sich an den Gesetzesbeschluss anschließen würden. Somit ist davon auszugehen, dass die Leistungsgruppen nicht die bundespolitisch gewünschte Steuerungswirkung erzielen werden, sondern die Länder auf weite Gestaltungsspielräume dringen werden.

Beitragszahlende sollen Hauptlast tragen

Für den Umbau der Krankenhauslandschaft soll in den Jahren 2026 bis 2035 ein Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro eingerichtet werden,

welcher jeweils zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und durch die Länder gespeist werden soll. Dies bedeutet faktisch, dass Investitionen für den Umbau der Krankenhauslandschaft aus den Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert würden, obwohl die Krankenkassen nach der geltenden Finanzordnung nur die Betriebsmittelausgaben zu tragen haben. Wenig überraschend stößt das Vorhaben bei den Krankenkassen auf heftige Kritik, die auch Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser Finanzkonstruktion einschließt.

Um die Finanznöte vieler Krankenhäuser schnell zu lindern, sieht der Gesetzentwurf zusätzlich vor, die Krankenhauseinzelfallrechnungsprüfung ab 2027 durch eine Stichprobenprüfung zu ersetzen und durch die Erhöhung des Landesbasisfallwerts inklusive der kurzfristigen Refinanzierung von Tarifierhöhungen sowie einer Erhöhung des Orientierungswerts weitere Finanzhilfen zu gewähren. Zusätzlich zur Vorhaltevergütung sollen außerdem spezifische Leistungsbereiche gesondert vergütet werden.

Kernprobleme bleiben ungelöst

Es bleibt abzuwarten, welchen Verlauf diese Krankenhausreform im Zusammenspiel mit den Ländern nehmen wird. Zu befürchten ist, dass zwar tiefgreifende und kostspielige Umbaumaßnahmen am Finanzierungssystem vorgenommen werden, damit aber kaum Fortschritte für die dringend reformbedürftige Krankenhauslandschaft verbunden sind. Das Kernproblem der Personalknappheit würde somit erneut vertagt. Auch auf die Veränderungen bei den Fallzahlen findet der Gesetzentwurf keine Antwort. Zwar steigen die zunächst deutlich reduzierten Fallzahlen inzwischen wieder an, jedoch sind erhebliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen festzustellen. Insofern wäre es notwendig, bei einer Reform zwischen Regionen mit Über- und Unterversorgung zu unterscheiden und hierfür getrennte Regelungen vorzusehen. Eine Vorhaltekostenfinanzierung sollte nur in den ländlichen Regionen zur Sicherung einer stationären Grundversorgung im Vordergrund stehen. In den städtischen Regionen muss ein gezielter Konzentrations- und Spezialisierungsprozess dazu beitragen, das knappe Personal sinnvoll einzusetzen und damit die Versorgung zu sichern. Dies wird mit dem vorliegenden Entwurf nur in Aussicht gestellt. ■

Neue Weichenstellungen für Apotheken

Text von **Katharina Carstensen** und **Kornelia Bach**

Die Apothekerinnen und Apotheker beklagen, dass die Vergütung seit 2013 nicht angepasst wurde, das heißt dass Apotheken für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln dauerhaft das gleiche Packungshonorar erhalten, während die Vergütung anderer Berufsgruppen wesentlich mehr an die allgemeine Preisentwicklung gekoppelt ist. Sie argumentieren, dass der prozentuale Vergütungsanteil, bei dem die Apotheken von einem steigenden Preisniveau der Arzneimittel profitieren können, nicht ausreicht, um die gestiegenen Kosten zu decken und die wirtschaftliche Situation der Apotheken langfristig zu stabilisieren. Darüber hinaus wurde der sogenannte Apothekenabschlag, der bei der Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gewähren ist, durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für zwei Jahre angehoben. Der Deutsche Apothekerverband (DAV) stellt nun fest, dass die absolute Anzahl der Apotheken immer schneller sinke, und befürchtet Einbußen bei der flächendeckenden Arzneimittelversorgung. Der Umgang mit Lieferengpässen und die nunmehr verpflichtende Umsetzung des E-Rezepts mit allen Anfangsschwierigkeiten, die ein solcher Systemwechsel mit sich bringe, erhöhten den Druck auf die Apotheken.

Die Warnrufe nach mehr Geld für die Apotheken sind bisher verhallt. Anstatt einer reinen Honorarsteigerung nahm das BMG mit den Ende 2023 vorgestellten Eckpunkten für eine Apothekenreform andere Weichenstellungen vor, um die Flächendeckung zu sichern. Dem BMG geht es um Strukturwandel in einer Zeit, die von Fachkräftemangel und

Mit Streiks und Kundgebungen haben die Apothekerinnen und Apotheker im vergangenen Herbst auf sich aufmerksam gemacht. Sie fordern vor allem mehr Honorar. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) setzt auf **finanzielle Umverteilung und Flexibilisierung der Vorgaben**.



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



Kornelia Bach ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

dem Gefälle zwischen Stadt und Land geprägt ist. Geplant ist vorerst eine Umverteilung des Honorars und Flexibilisierung der starren Vorgaben, unter denen Apotheken betrieben werden müssen, sodass zum Beispiel Öffnungszeiten, Personaleinsatz und technische Ausstattung flexibler gehandhabt werden können. Auch die Digitalisierung soll Potenziale eröffnen, indem telepharmazeutische Möglichkeiten genutzt werden.

Ab 2027 ist nach den Plänen des BMG vorgesehen, das Honorar im Rahmen einer Selbstverwaltungslösung zu bestimmen. Entsprechend erhalten der GKV-Spitzenverband und der DAV den Verhandlungsauftrag, ab 2027 eine angemessene Vergütung zu vereinbaren. Die Landesvertretung protestiert gegen diese Pläne und unterstellt dem BMG Taschenspielertricks. Es ist sogar von einer systemzerstörenden Reform die Rede.

Herausforderungen im vertraglichen Miteinander

Die Leitplanken der Arzneimittelversorgung bestimmt unter anderem der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV. Dieser kann durch individuelle Verträge der Kassen(arten) ergänzt werden. Wie sich die Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln gestaltet, hängt wesentlich davon ab, wie gut und wie schnell sich die Vertragspartner verständigen.

Wie unterschiedlich die Denkweisen von DAV und GKV sind, zeigt das Beispiel der sogenannten Hilfstaxe. In dieser sind unter anderem Preise für die Ausgangssubstanzen bei einer Rezepturherstellung geregelt. Zumindest waren sie das bis Ende 2023: Die Preisregelungen wurden durch den DAV gekündigt. Seitdem herrscht Uneinigkeit, in welchem Umfang beispielsweise die einzelnen Rezepturbestandteile abgerechnet werden können. Nach Lesart des DAV sind es die ganzen Packungen, die für die Rezeptur erforderlich sind. Die GKV beurteilt das anders und sieht die anteilige Abrechnung als maßgeblich an (→ **Tabelle unten**). Die Auswirkungen bekommen sowohl die Versicherten mit einer höheren Zuzahlung als auch die Krankenkassen mit einem höheren Abrechnungspreis deutlich zu spüren. Bei den Apotheken besteht ebenso mangels vertraglicher

Vereinbarung Verunsicherung, wie korrekt abgerechnet werden soll. Wann mit einer endgültigen Klärung zu rechnen ist, ist unklar. Der DAV empfiehlt derweil den Apotheken, Rücklagen zu bilden, sollten die Krankenkassen die strittige Differenz zurückfordern.

E-Rezept mit Anlaufschwierigkeiten

Nicht ganz ohne Probleme verläuft auch der Start des E-Rezepts, das seit Januar 2024 verpflichtend ist. Bereits bei der Ausstellung in der Arztpraxis werden E-Rezepte zum Teil als technisch einwandfrei und vollständig freigeschaltet, obwohl sie es nicht sind. In der Apotheke kommen nicht immer alle Daten an oder es finden sich plötzlich andere Arzneimittel von anderen Versicherten auf der Verordnung. Und auch bei der Übermittlung von der Apotheke an die Krankenkasse hapert es zuweilen. Von einem kompletten Systemausfall der Telematikinfrastruktur wie Mitte Februar 2024 ganz zu schweigen. In den rund 45 Minuten des Ausfalls konnten deutschlandweit etwa 386.300 Verordnungen im Vergleich zur Vorwoche nicht eingelöst werden. Das alles hätte man wissen können, wenn 2023 als Testjahr ernstgenommen worden wäre. Nun muss daraufgesetzt werden, dass alle an einer sachgerechten Lösung interessiert sind, was nicht immer der Fall zu sein scheint. ■

Apotheken obliegt die **ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung**. Diese Versorgung ist durch ein Geflecht von Gesetzen und Verordnungen reguliert, die vor allem dem Patientenschutz dienen sollen. Für ihre Leistungen erhalten die Apotheken ein festes Honorar. In Deutschland dürfen Apotheken nur durch Apothekerinnen und Apotheker betrieben werden, das heißt: Ketten, wie man sie aus anderen Ländern kennt, sind nicht erlaubt. In der Wahl ihres Standorts sind Apothekerinnen und Apotheker frei.

Beispielrechnung zur Herstellung einer Rezeptur

Apothekeneinkaufspreise (AEK)		Unterschiedliche Auffassungen zur Abrechnung		
		Abrechnungspreis ab 1. Januar 2024 nach GKV-Interpretation	Abrechnungspreis ab 1. Januar 2024 nach DAV-Interpretation	
Salbengrundlage 250g	8,00 €	Salbengrundlage 100g*	6,08 €	15,20 €
Wirkstoff A 1g	16,00 €	Wirkstoff A 0,1g*	3,04 €	30,40 €
Wirkstoff B 5g	12,00 €	Wirkstoff B 1g*	4,56 €	22,80 €
Gefäß 100g	1,00 €	Gefäß 100g*	1,90 €	1,90 €
		Gesetzliche Zuschläge	14,35 €	14,35 €
		Zwischensumme	29,93 €	84,65 €
		Zuzüglich 19% MwSt.	35,62 €	100,73 €
		Zuzahlung Versicherte	5,00 €	10,00 €

Quelle: vdek

*(anteiliger) AEK + 90% Zuschlag

Immer mehr Menschen leiden an Diabetes

BARMER In Deutschland ist die Zahl der Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, der oft erst im höheren Lebensalter auftritt, erneut gestiegen. Allein vom Jahr 2021 auf 2022 gab es einen Zuwachs um 95.450 auf 7,29 Millionen Betroffene. Das geht aus aktuellen Daten des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) hervor. Demnach ist bundesweit der Anteil der Betroffenen in den vergangenen zehn Jahren von 8,04 auf 8,65 Prozent gestiegen. „Deutschland scheint die Zuckerkrankheit nicht in den Griff zu bekommen. Der nationalen Diabetes-Strategie muss endlich mehr Bedeutung zukommen. Sie soll den Menschen helfen, durch einen gesunden Lebensstil diese Krankheit zu vermeiden oder zumindest ihre Auswirkungen zu lindern“, so Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Bei den Altersgruppen weisen die Daten vor allem für Ältere hohe und zugleich steigende Betroffenenraten aus. In den ostdeutschen Bundesländern kommt die Zuckerkrankheit überdurchschnittlich oft vor. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/d8e4k





Hörminderung frühzeitig erkennen

HKK Wie wichtig es ist, auf die Hörgesundheit aufmerksam zu machen, zeigen die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Geschätzt sind weltweit etwa 1,5 Milliarden Menschen von Schwerhörigkeit betroffen. **Allein in Deutschland zeigen Studien, dass jeder Zweite über 65 Jahre von Hörminderungen betroffen ist.** Die Diagnose bei Schwerhörigkeit erfolgt durch spezielle Hörtests, welche die individuelle Hörschwelle in Frequenzen und Dezibel messen. Dr. Cornelius Erbe, Arzt und Leiter Versorgungsmanagement der hkk, empfiehlt bei Hörminderung regelmäßige Hörtests insbesondere bei Personen über 50 Jahre, um eine frühzeitige Diagnose und Behandlung zu ermöglichen. *pm*

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

DAK Der Arbeitsausfall wegen Depressionen, Ängsten und Belastungsreaktionen hat auch 2023 weiter zugenommen und im Zehnjahresvergleich einen neuen Höchststand erreicht. Wie der aktuelle Psychreport der DAK-Gesundheit zeigt, stieg die Anzahl der Krankschreibungen im Vergleich zum Vorjahr um ein Fünftel. **Beschäftigte in Kitas und in der Altenpflege waren besonders belastet. Sie hatten 2023 pro Kopf im Schnitt 5,3 Fehltage aufgrund einer psychischen Erkrankung.** Das sind 65 Prozent mehr als im Durchschnitt aller Berufsgruppen. Die meisten Psych-Fehltage wurden von Depressionen verursacht, gefolgt von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. *pm*

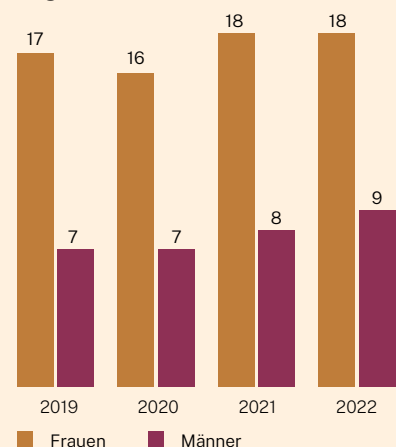
→ [dak.de](https://www.dak.de) → t1p.de/mgr0u

Frauen häufiger mit Kopfschmerzen oder Migräne diagnostiziert

TK Eine repräsentative forsa-Befragung im Auftrag der TK zeigt, dass Frauen doppelt so häufig von Kopfschmerzen betroffen sind als Männer. Während 18 Prozent der weiblichen TK-Versicherten 2022 mit Kopfschmerzen oder Migräne diagnostiziert wurden, waren es im selben Jahr nur 9 Prozent der männlichen Versicherten. Prof. Dr. Hartmut Göbel von der Schmerzlinik Kiel erklärt: „Das weibliche Gehirn reagiert deutlich intensiver auf sensorische Reize. Auch hormonelle Unterschiede spielen eine wichtige Rolle, was das Schmerzempfinden der Geschlechter betrifft.“ Als eine der häufigsten Ursachen für ihre Kopfschmerzen führten die Befragten Muskelverspannungen an Kopf und Nacken an (64 Prozent) – Frauen (71 Prozent) deutlich häufiger als Männer (55 Prozent). *pm*

→ [tk.de](https://www.tk.de) → t1p.de/d2ll7

Anteil TK-Versicherter mit einer Kopfschmerz- oder Migränediagnose Angaben in Prozent



Quelle: Techniker Krankenkasse (2024)

Eltern- Burnout statt Familien- glück?

Text von **Susanne Wallentin**

Elternsein macht glücklich. Doch offenbar geraten Mütter und Väter zunehmend unter Druck. Laut einer forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse fühlen sich aktuell 62 Prozent der Eltern mit minderjährigen Kindern häufig oder sogar sehr häufig gestresst. Genau zwei Drittel sagen darüber hinaus, der **Stress** habe in den vergangenen ein bis zwei Jahren zugenommen. Ein Grund sticht dabei besonders hervor.



Der Stresslevel steigt, die Folgen sind alarmierend: So zeigt die Umfrage, dass sich fast 70 Prozent der Eltern aufgrund hoher Belastungen mitunter erschöpft oder ausgebrannt fühlen. Fast 40 Prozent waren in stressigen Situationen schon einmal niedergedrückt oder depressiv. In einer ähnlichen Umfrage von 2019 lagen die Anteile mit 55 beziehungsweise 22 Prozent noch deutlich darunter. „Der große Anstieg ist ein Warnsignal. Wir müssen diese Entwicklung sehr ernst nehmen“, betont Dr. Aileen Könitz, Expertin für psychiatrische Fragen bei der KKH. „Dauerstress kann zu chronischer Erschöpfung, Depressionen und Angststörungen führen oder bestehende psychische Erkrankungen weiter verstärken.“

Doch was ist es, was Eltern so enorm unter Druck setzt? Laut aktueller Umfrage stehen an erster Stelle gesellschaftliche Themen wie die politische Lage, Klimawandel und Teuerung. Dies empfindet die Hälfte der Eltern als besonders stressig. Weitere Faktoren sind die Erziehung und Betreuung der Kinder (48 Prozent), die Arbeitsbelastung im Haushalt (46 Prozent) und die Angst um die Zukunft des Nachwuchses (44 Prozent). Mit etwas Abstand folgen die eigene Ausbildung oder der Beruf (37 Prozent) sowie Konflikte in der Familie (36 Prozent). Gut ein Viertel der Eltern belasten finanzielle Sorgen (29 Prozent).

Kinder zu haben und dabei einen gewissen Lebensstandard halten zu können, ist heutzutage sehr kostenintensiv. Deshalb sind häufig beide Eltern berufstätig. Die Arbeitsbelastung in Familien ist also immens. Gleichzeitig gibt es immer mehr Eltern, die den Berg an Aufgaben allein bewältigen müssen: In Deutschland leben laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mehr als acht Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. Davon sind 18 Prozent alleinerziehend. Meist tragen die Frauen die Hauptlast, denn in neun von zehn Fällen leben die Kinder bei der Mutter. Und das geht an die Substanz. „Frauen leiden häufiger als Männer an stressbedingten psychischen Krankheitsbildern wie Anpassungsstörungen und in der Folge auch an Depressionen. Das liegt aber nicht daran,

dass sie seelisch instabiler sind. Sie sind oftmals stärker belastet“, erläutert Könitz.

Ständige Erreichbarkeit durch die Digitalisierung

Das Leben in einer dauerbeschleunigten, digitalisierten Gesellschaft birgt zusätzliches Stresspotenzial. Eltern verbringen inzwischen nicht nur selbst mehrere Stunden pro Tag mit dem Smartphone, sondern müssen ihre Kinder auch im Umgang mit Internet, Social Media & Co. begleiten. Und mit der Digitalisierung haben sich außer flexiblen Arbeitszeiten auch die ständige Erreichbarkeit und verschwimmende Grenzen zwischen Privat- und Berufsleben wie selbstverständlich etabliert.

Doch nicht jeder stuft bestimmte Situationen als gleichermaßen belastend ein. „Wann wir etwas als stressig empfinden und was, ist subjektiv und auch abhängig von der eigenen Resilienz und der Fähigkeit, mit Druck umzugehen“, so Könitz. „Fakt ist aber: Wer hohe Belastungen dauerhaft ignoriert, wird krank.“ Tückisch: Das Ausbrennen, der „Eltern-Burnout“, ist ein schleichender Prozess. Erste Anzeichen von Überforderung und Erschöpfung können Muskelverspannungen oder Schlafstörungen sein. Irgendwann fühlen sich betroffene Eltern völlig leer und antriebslos. Es schwinden Leistungsfähigkeit und Identifikation mit der Elternrolle. Mögliche Folgen: Vernachlässigung, schlimmstenfalls Gewalt.

Damit es gar nicht erst zu einem Burnout und zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen kommt, sollten Mütter und Väter ihre Bedürfnisse frühzeitig hinterfragen und diesen auch genug Wichtigkeit einräumen. „Burnout-Prävention fängt also bei einem selbst an“, sagt Könitz. Bevor sich Betroffene professionelle Hilfe suchen, kann es zunächst hilfreich sein, das eigene Netzwerk zu beleuchten und zu überlegen, wer wie wann unterstützen kann. „Wichtig ist auch, die eigenen Ansprüche herunterzufahren und weniger perfektionistisch zu denken“, rät Könitz. ■

Fast 70 Prozent der Eltern fühlen sich aufgrund hoher Belastungen mitunter erschöpft oder ausgebrannt.



Susanne Wallentin
ist Redakteurin in der
KKH-Pressestelle





vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2024

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erreicht 2024 mit 1,7 Prozent einen neuen Rekordwert. Durch die Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte von 2023 auf 2024 liegt der GKV-Beitragssatz seit Jahresbeginn auf dem Allzeithoch von durchschnittlich 16,3 Prozent (14,6 Prozent allgemeiner Beitragssatz plus 1,7 Prozent durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz). Die Spanne der Zusatzbeitragssätze, die die 94 gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich erheben, liegt zwischen 0,7 und 2,7 Prozent. Das zeigt die diesjährige Ausgabe der vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Grafiken, die auf aktuellen statistischen Erhebungen beruhen, verdeutlichen vielseitigen Reformbedarf. Auf 68 Seiten und in 105 Schaubildern zeigen die vdek-Basisdaten Entwicklungen aus den Bereichen Bevölkerung, Versicherte und Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung sowie soziale Pflegeversicherung auf. Sämtliche Inhalte stehen online zum kostenlosen Download bereit und werden kontinuierlich aktualisiert. *pm*

→ vdek.com/basisdaten

Das Gesundheitsamt vor Ort ist eine zentrale Säule für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Menschen in sozial benachteiligten Verhältnissen sind dabei eine wichtige Zielgruppe für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). „Bildung, Beruf und Einkommen beeinflussen auch in Deutschland die Gesundheitschancen und Lebenserwartung“, betonte Prof. Dr. Lars Schaade, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI), anlässlich des Tages des Gesundheitsamtes am 19. März, den das RKI erstmals 2019 ausrief, um die Arbeit der Gesundheitsämter zu würdigen. **Nach Angaben des RKI seien Menschen mit niedrigem Sozialstatus häufiger von chronischen Krankheiten, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen.** Sie schätzten ihre Gesundheit schlechter ein und berichteten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Die Nutzung von Präventionsangeboten, zum Beispiel Impfungen, nehme mit niedriger Bildungsgruppe und Einkommen ab. Die Folgen dieser Chancenungleichheit seien ein höherer Bedarf an Leistungen des medizinischen Versorgungssystems und an sozialer Absicherung im Krankheitsfall. Die Effekte der sozialen Benachteiligung kumulierten im Lebensverlauf und führten zu einer deutlich kürzeren Lebenserwartung. *pm*



✕ **@vdek_Presse** Aufruf der Selbstverwalterinnen zum **#Weltfrauentag**: Frauen werden im **#Ehrenamt** gebraucht, ihre Perspektive ist wichtig! In Verwaltungsräten der **#Ersatzkassen** setzen sie sich für spezifisch weibliche Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung ein.

✕ **@vdek-Presse #Darmkrebsmonat**. Die meisten der ~55.000 **#Darmkrebs**fälle pro Jahr in Deutschland ließen sich verhindern oder früh heilen. Deshalb Früherkennung wahrnehmen – alle **#GKV-Versicherten** ab 50 haben Anspruch. **#Krebsvorsorge #WirSindGKV**



Schritt für Schritt nachhaltiger werden

PODCAST Um Vorstellungen von einer besseren Welt sowie konkrete Maßnahmen für mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft geht es im neuen Podcast „ruhr.pott.gast – bei Fischer im Revier...“. Podcast-Host ist Prof. Dr. Matthias Fischer, Professor für Nachhaltigkeitsmanagement im Gesundheitswesen an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. In der zweiten Folge „**Was braucht es auf dem Weg zu mehr Nachhaltigkeit in den Arztpraxen?**“ ist der Hausarzt und Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Dr. Christian Pfeiffer, zu Gast. Von ihm erfahren die Hörerinnen und Hörer unter anderem, wie er Nachhaltigkeit im familiären Umfeld lebt und im Praxisalltag integriert. *tag*
→ t1p.de/qo85g



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Gesundheitsdaten

Die digitale Transformation erfordert ethische Leitlinien für den Umgang mit Daten und algorithmischen Systemen auch im Gesundheitswesen: Die Sammlung und Analyse von Gesundheitsdaten revolutionieren die Medizin, bringen aber auch ethische Herausforderungen mit sich. Dieses Buch präsentiert Fallstudien aus verschiedenen Branchen und vermittelt Ansätze zur Entwicklung ethischer Richtlinien.

Dr. André T. Nemat, Dr. Sarah J. Becker (Hg.)
Digitale Ethik in Healthcare. Praxisleitfaden für Unternehmen | 2023, X, 223 S., € 59,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Pflegenotstand

2030 werden sechs Millionen Pflegebedürftige erwartet, doch es werden voraussichtlich Hunderttausende Pflegekräfte fehlen. Eine reine Finanzerhöhung wird die Pflegekrise nicht lösen können. Es braucht einen grundlegenden Wandel in der Pflege. Die Autoren skizzieren eine „Caring Society“, in der nur gemeinsame Anstrengungen einen Ausweg aus der Krise und menschenwürdige Pflege ermöglichen können.

Prof. Dr. Reimer Gronemeyer, Dr. Oliver Schultz
Die Rettung der Pflege. Wie wir Care-Arbeit neu denken und zu einer sorgenden Gesellschaft werden | 2023, 192 S., € 20 | Kösel, München



PS: Bewegt im Frühling

Seit Kurzem locken uns immer mal wieder angenehm warme Tage nach draußen in die Sonne, in den Park oder ans Wasser. Ist das Wetter schön, macht sportliche Betätigung an der frischen Luft gleich doppelt so viel Spaß – ob beim Joggen oder bei einer Radtour. Zahlreiche Studien zeigen, dass unter anderem durch regelmäßige sportliche Betätigung der Prozess der Autophagie angeregt wird und zu einem gesunden Älterwerden beitragen kann. Autophagie bedeutet in der wörtlichen Übersetzung „sich selbst essen“. Dabei geht es um eine Art Zellrecycling, das in den einzelnen Zellen abläuft. Es werden diejenigen Bestandteile der Zelle abgebaut, die nicht mehr gebraucht werden. Ein Forschungsteam der Universität Osnabrück will jetzt genauer untersuchen, wie sich Zellen bei Nährstoffmangel selbst verwerten. Denn gerade beim Hungern von Zellen ist Autophagie besonders aktiv. Das gilt auch, wenn beim Sport viel Energie verbraucht wird. Bringen wir also den Kreislauf in Schwung – für eine schöne und bewegungsreiche Saison im Freien!

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungs-
leiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Grootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Anne-Marie Pappas
(Titelseite, S. 4/5, 25, 32/33, 42/43)
annemariepappas.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

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

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 4: vdek/Georg J. Lopata | S. 5: vdek/Georg J. Lopata | S. 6: pepifoto/iStock/Getty Images | S. 7: mathisworks/iStock/Getty Images; DAK-Gesundheit
S. 9: SeppFriedhuber/iStock/Getty Images Plus/E+ | S. 10: smartboy10/iStock/Getty Images Plus | S. 11: smartboy10/iStock/Getty Images Plus | S. 13: vdek/Georg J. Lopata; privat
S. 14: Carsten Kobow/BZgA | S. 16: chrisboy2004/iStock/Getty Images; privat | S. 17: chrisboy2004/iStock/Getty Images | S. 18: vdek/Georg J. Lopata | S. 19: vdek/Georg J. Lopata
S. 20: vdek/Georg J. Lopata | S. 21: vdek/Georg J. Lopata | S. 22: vdek/Georg J. Lopata | S. 23: vdek/Sibylle Malinke | S. 25: privat | S. 26: Jacob Wackerhausen/iStock/Getty Images Plus
S. 27: vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen; vdek | S. 28: Stigür Már Karlsson/Heimsmyndir/iStock/Getty Images; vdek-Landesvertretung Hamburg | S. 29: PIKSEL/iStock/
Getty Images Plus | S. 30: vdek-Landesvertretung Saarland; bernie_photo/iStock/Getty Images Plus | S. 31: vdek/Georg J. Lopata | S. 34: vdek/Georg J. Lopata; skynesher/iStock/Getty
Images | S. 35: skynesher/iStock/Getty Images | S. 37: vdek/Georg J. Lopata | S. 38: privat | S. 40: Drazen/iStock/Getty Images Plus/E+ | S. 41: ljubaphoto/iStock/Getty Images Plus/E+
S. 43: KKH | S. 44: vdek | S. 45: CC BY-SA 4.0.

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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

vdek online

vdek.com X @vdek_Presse



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