OPG 02 | 2024

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären **Gesundheitspolitik**«
22. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

INHALT | Ausgabe 02 vom 24. Januar 2024

© imago images, Metodi Popow

Krankenhausreform ruht . . . . . Seite 2
Steht Lauterbachs großes Prestigeprojekt vor dem Aus?

Alleskönner INZ . . . . . Seite 5
Lauterbachs erster Aufschlag zur Notfallreform

Gesundheitspolitischer Gemischtwarenladen . . . . . Seite 9
Doch noch finden sich nicht alle Versprechen im GSVG-Entwurf

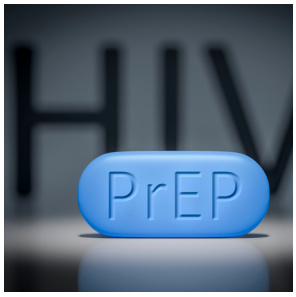
INTERVIEW

„Das BMG-Papier verfehlt sein eigentliches Thema“ . . . . . Seite 11
Gesundheitsökonom Wasem über Empfehlungen zur GKV-Stabilisierung

© iStock.com, ollo

MELDUNGEN

GKV-Finanzen: Kassenvertreter fordern Reformen ein . . . . . Seite 14
Haushaltsausschuss: Halbe Milliarde mehr für Gesundheit . . . . . Seite 15
Krankenhäuser: Vorhaltefinanzierung entzaubert? . . . . . Seite 16
Pandemie: Steinmeier will offene Fragen aufarbeiten . . . . . Seite 17
Organspenden: Trotz Anstieg bleibt Lage kritisch . . . . . Seite 19
Praxisbarometer: Digitalisierung gleich Mehraufwand . . . . . Seite 20
Ersteinschätzung: SmED besteht Praxistest . . . . . Seite 21
G-BA erweitert GKV-Leistungskatalog . . . . . Seite 22
Psychiatrie: Keine leitliniengerechte Behandlung . . . . . Seite 23
Eskalierender Mangel an HIV-Medikamenten . . . . . Seite 24
Pflege: Kassen fordern Bundes- und Ländermittel . . . . . Seite 25
Personalien . . . . . Seite 27
Impressum . . . . . Seite 29



© stock.adobe.com, magann

pag Presseagentur Gesundheit

© Presseagentur Gesundheit, 2024. Bitte beachten Sie die Nutzungsbedingungen. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig. Weitere Informationen finden Sie im Impressum

Folgen Sie uns auf Twitter
twitter

■ Krankenhausreform ruht

Steht Lauterbachs großes Prestigeprojekt vor dem Aus?

Berlin (opg) – Das Tauziehen um das Krankenhaustransparenzgesetz geht weiter, sogar der ganze Krankenhausreformprozess droht zu scheitern. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) wirft den unionsgeführten Länder Blockade vor. Hintergrund: Per Bundesratsbeschluss ist das Transparenzgesetz in den Vermittlungsausschuss gelandet. Dort sei es aber bisher noch nicht behandelt worden, weil es die Länder nicht auf die Tagesordnung setzen würden, so der Vorwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Vor laufenden Kameras gibt Lauterbach den Ländern am 11. Januar die Schuld, falls eine Krankenhausinsolvenzwelle anrollt. „Wenn wir dieses Gesetz nicht durchgesetzt bekommen, ist ein Krankenhaussterben in großen Teilen Deutschlands schwer abwendbar." Ins Transparenzgesetz hat der Bund Finanzhilfen für die Krankenhäuser gepackt. Solange das Gesetz aber nicht in Kraft tritt, können diese Mittel nicht fließen. Laut Lauterbach handele es sich um sechs bis acht Milliarden Euro. Damit könne ein Kliniksterben abgewendet werden. Der Bundesminister appelliert an die unionsgeführten Länder, das Gesetz nun auf die Tagesordnung des Vermittlungsausschusses zu setzen, damit es in der nächsten Sitzung des Bundesrats am 2. Februar beschlossen werden kann.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach wirft den unionsgeführten Länder Blockade vor. © stock.adobe.com, Renovaciound pag, Fiolka

Laumann: Lauterbach ist „dreist"

Erst wenn das geschieht, würde das BMG den Ländern die aktuelle Ministeriumsversion des Arbeitsentwurfs zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) senden, damit am gemeinsamen Referentenentwurf gearbeitet werden kann. Offizielle Begründung des BMG: Im Transparenzgesetz steckten technische Voraussetzungen für das KHVVG. Ein Druckmittel in den Händen des Bundesministers dürfte es aber auch sein. Die unionsgeführten Länder lassen Lauterbach allerdings auflaufen, zum Beispiel Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU): „Das Transparenzgesetz, die große Reform der Krankenhausfinanzierung und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in der aktuellen Situation sind dreierlei Paar Schuhe." Er bezeichnet das Verhalten von Lauterbach als „dreist" und erinnert diesen an die beschlossene Bundesratsinitiative zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser. Die fordert auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die

Die unionsgeführten Länder lassen Lauterbach auflaufen, zum Beispiel Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. © pag, Fiolka

sich auf die Seite der Länder schlägt. Die im Transparenzgesetz zugesagten Mittel reichten ohnehin nicht aus. „Wenn der Bund gegenüber den Ländern beim Transparenzgesetz nicht zu Kompromissen bereit ist und keine Einigung zu Stande kommt, darf das nicht zulasten der Krankenhäuser gehen", mahnt DKG-Vorstandschef Dr. Gerald Gaß. „Wir brauchen jetzt schnelle Entscheidungen, die die Versorgungssicherheit für die Patienten auch in den kommenden Monaten gewährleisten." Notfalls müsse Lauterbach die Finanzhilfen für Krankenhäuser in andere Gesetzgebungsvorhaben unterbringen.

„Wir brauchen jetzt schnelle Entscheidungen, die die Versorgungssicherheit für die Patienten auch in den kommenden Monaten gewährleisten", fordert DKG-Chef Dr. Gerald Gaß. © pag, Fiolka

„Frisches Geld" für notleidende Kliniken

Auch die Landkreise und Kommunen sind auf Länderseite. Dr. Uwe Brandl, Präsident des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, sieht im Transparenzgesetz einen „eklatanten" Eingriff in die Planungshoheit. Wie die DKG fordern er und Reinhard Sager, Präsident des Deutschen Landkreistages, am 15. Januar nach einem Gespräch mit Lauterbach schnell „frisches Geld" für notleidende Kliniken. Zwar freuen sie sich über einen Transformationsfonds, doch der komme womöglich zu spät. Über diesen geplanten Topf lässt sich Lauterbach einige Details entlocken. Er stellt einen „zweistelligen Milliardenbetrag" in Aussicht, finanziert durch die Krankenkassen und Steuereinnahmen der Länder. Näheres sei im ministeriumseigenen Referentenentwurf formuliert. Die Kassen sind not amused. Die Transformation sei eine gesamtgesellschaftliche Ausgabe, „die in erster Linie von Bund und Ländern gestemmt werden muss", meint AOK-Bundesverbandschefin Dr. Carola Reimann. „Es darf nicht darauf hinauslaufen, dass die Politik wieder einmal allein in die Taschen der Beitragszahlenden greift."

Von links: Reinhard Sager, Präsident des Deutschen Landkreistages, Prof. Karl Lauterbach und Dr. Uwe Brandl, Präsident des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, am 15. Januar nach einem Gespräch im BMG. © imago images, Bernd Elmenthaler

Weller: Stichtag 24. April

Das Hickhack mit den Ländern um das Transparenzgesetz sorgt unterdessen für einen Stopp des Prozesses. „Wir haben die Krankenhausreform erstmal ruhen lassen", drückt es Michael Weller, BMG-Abteilungsleiter „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung" am 12. Januar unverblümt aus. Auf dem wissenschaftlichen Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) setzt er seine Hoffnungen auf die Bundesratssitzung am 2. Februar. Ziel sei es, dass

das Transparenzgesetz so beschlossen wird, wie es in den Bundesrat gekommen ist, inklusive der Protokollerklärung des Bundes, die unter anderem die Erhöhung des Landesbasisfallwerts vorsieht. Eine kühne Ansage, wenn denn wirklich keine Kompromisse gegenüber den Ländern gemacht werden. Auch Lauterbach hält sich bedeckt und gibt am 15. Januar zu Protokoll, dass er über mögliche Zugeständnisse an die Länder vorab nicht kommunizieren wolle.

„Wir haben die Krankenhausreform erstmal ruhen lassen", drückt es Michael Weller, BMG-Abteilungsleiter, unverblümt aus. © pag, Fiolka

Ziel Bundeskabinett noch erreichbar?

Auf jeden Fall ist Tempo angesagt. Zwar betont Lauterbach ständig, dass man sich noch im Zeitplan finde. Weller klingt auf dem Symposium allerdings alarmistischer. „Uns läuft die Zeit davon." Als Stichtag gibt er den 24. April an. An diesem Datum bestehe die letzte Möglichkeit, das Reformgesetz durch das Bundeskabinett zu bringen, damit es spätestens zum 1. Januar 2025 in Kraft treten kann. Danach werde die Luft immer enger. Das gelte auch für andere Gesetze wie die Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetze, Notfallreform, Rettungsdienstreform oder gematik-Neuordnung.

Am 24. April besteht die letzte Möglichkeit, das Reformgesetz durch das Bundeskabinett zu bringen, damit es spätestens zum 1. Januar 2025 in Kraft treten kann. © stock.adobe.com, Alexey Novikov

Wasser auf die Mühlen der Kritiker der Krankenhausreform a la Lauterbach ist die neue Auswirkungsanalyse der Firma Vebeto im Auftrag der DKG. Die findet in einer Simulation keine Anhaltspunkte dafür, dass die geplante Vorhaltevergütung kleinen Krankenhäusern hinsichtlich des wirtschaftlichen Überlebens helfe. Auch für die von Lauterbach angekündigte Entökonomisierung der Häuser erkennt Vebeto nur wenige Hinweise: „Die Einnahmen eines Krankenhauses hängen weiterhin stark davon ab, wie sich seine Fallzahlen entwickeln."

Erleidet die ganze Reform nun Schiffbruch? Denn bisher konnten sich viele Player immerhin mit der Vorhaltevergütung anfreunden. Leveleinteilung und Transparenz wollte der Bund bereits ohne die Länder und nur noch mit Symbol- und Servicecharakter machen. Und selbst dieses Gesetz wackelt bekanntlich. Dass die Länder Leistungsgruppen, weiteres Kernelement der Krankenhausreform, einfach aus Planungsgründen ohne Vergütungsaspekt einführen können, beweist Laumann in Nordrhein-Westfalen.

Erweiterte Sicherstellungszuschläge statt Vorhaltung

Werden nun die Ideen des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) realistischer? Sein Direktor Dr. Florian Reuther spricht sich auf der GRPG-Veranstaltung gegen die vom BMG vorgeschlagene 60-prozentige Vorhaltevergütung aus und

schlägt 40 Prozent vor. Generell sieht der PKV-Verband die Vorhaltefinanzierung kritisch. „Wir halten es für ein Problem, wenn Vergütung ohne Leistung fließt“, so Reuther. Um versorgungsrelevante Kliniken in strukturschwachen Region zu unterstützen, gebe es bereits im jetzigen System ein Instrument – die Sicherstellungszuschläge. Diese könne man leicht ausbauen und um Leistungen ergänzen, findet Reuther, „bevor man das ganze System umstellt und die Vorhaltevergütung über alles ausschüttet“.

PKV-Direktor Dr. Florian Reuther meint zur Vorhaltefinanzierung: „Wir halten es für ein Problem, wenn Vergütung ohne Leistung fließt.“ © pag, Fiolka

◀ *zurück zum Inhalt* *E-Mail an die Redaktion* ▶

■ Alleskönner INZ

Lauterbachs erster Aufschlag zur Notfallreform

Berlin (opg) – Vom Rezept über die Facharztüberweisung bis hin zur akuten Schlaganfallversorgung: Die Integrierten Notfallzentren (INZ) werden die eierlegende Wollmilchsau im Gesundheitswesen. Das legt zumindest das Eckpunktepapier aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Reform der Notfallversorgung nahe, vorgestellt von Prof. Karl Lauterbach (SPD) am 16. Januar. Als Ort wählt der Minister dafür die Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin. Dort werde das INZ bereits gelebt, meint KV-Chef Burkhard Ruppert.

Die INZ bestehen laut Eckpunktepapier aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle (gemeinsamer Tresen). Geplant sind dort außerdem Terminvergaben – durch Anbindung an die Terminservicestellen (TSS) – Arzneimittelabgaben sowie Krankschreibungen.

In der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Berlin wird das INZ bereits gelebt, meint KV-Chef Burkhard Ruppert. Gesundheitsminister Lauterbach besucht ihn am 16. Januar. © imago images, Metodi Popow

Ein INZ auf 400.000 Einwohner

Und wer hat den Hut auf? „Die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle obliegt grundsätzlich dem Krankenhaus“, heißt es in den Eckpunkten. „Abweichende Vereinbarungen sind möglich.“ Vorgesehen ist eine gesonderte fall-

bezogene Vergütung im EBM. Patienten würden nicht zur Kasse gebeten. „Eine Gebühr für die Inanspruchnahme der Notfallzentren kann ich ausschließen“, betont Lauterbach. Folgende Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen sind geplant: An Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr; montags, dienstags und donnerstags von 18 bis 21 Uhr, mittwochs und freitags von 14 bis 21 Uhr. Kürzere Öffnungszeiten sind bei nachgewiesener Unwirtschaftlichkeit durch eine Kooperationsvereinbarung zwischen KV und Krankenhaus möglich. Damit ist die 24/7-Bereitschaft, wie sie die Krankenhaus-Regierungskommission vor gut einem Jahr empfohlen hat, vom Tisch. Neben den regulären INZ soll es auch Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) geben – „dort, wo es die Kapazitäten zulassen“, teilt das BMG mit. Die INZ- und KINZ-Standorte legen die Selbstverwaltungspartner fest. Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet das Land. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll per Richtlinie die Anforderungen an die Notdienstpraxen definieren. Lauterbach hält ein INZ auf 400.000 Einwohner für realistisch. Das würde rund 200 solcher Einrichtungen bedeuten.

Vorhaltepauschale für TSS

Idealerweise schlagen die Bürger aber gar nicht zuerst in den INZ auf, sondern rufen vorher die 112 des Rettungsdienstes oder die 116117 der KV-Terminservicestellen an. Lauterbachs Notfallreform sieht eine digitale Vernetzung beider Angebote im Sinne einer effizienten Patientensteuerung vor. Per Softwareunterstützung sollen die Anrufer triagiert werden. Wenn möglich könnte der Fall bereits am Telefon und/oder mit Hilfe telemedizinischer Möglichkeiten abgeschlossen werden. Für die 112/116117-Vernetzung müssen die KVen Kooperationen mit den Rettungsleitstellen eingehen. Für diese Angebote würden „zusätzliche Mittel durch die Gesetzliche Krankenversicherung und die KVen über eine pauschale Vorhaltefinanzierung im § 105 Absatz 1b SGB V bereitgestellt“, ist dem Eckpunktepapier zu entnehmen.

Patientensteuerung in der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Berlin © pag, Fiolka

24/7-Sicherstellungsauftrag

Die notdienstliche Akutversorgung will Lauterbach bundesweit vereinheitlichen. „Dazu wird der Sicherstellungsauftrag der KVen konkretisiert“, teilt das BMG mit. Laut den Eckpunkten „werden die KVen verpflichtet, 24/7 eine telemedizinische Versorgung (telefonisch oder per Videoanruf, einschließlich einer kinder- und jugendärztlichen Versorgung) sowie 24/7 eine aufsuchende Versorgung insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten bereitzustellen“.

In den Räumen der KV Berlin wirbt Lauterbach für seine Reformideen: „Wir haben ein unfassbar großes Potenzial, Geld zu sparen und gleichzeitig die Versorgung zu verbessern." Die ersten Reaktionen auf die Eckpunkte fallen durchaus positiv aus. Der GKV-Spitzenverband spricht von einer richtigen Richtung. Er geht davon aus, dass 730 INZ notwendig seien, also deutlich mehr als der Minister. „Entscheidend ist eine bessere Verteilung in ländlichen Gebieten, damit für alle Menschen ein Integriertes Notfallzentrum in erreichbarer Nähe liegt", meint Vorständin Stefanie Stoff-Ahnis. „Mit den heute vorgelegten Eckpunkten werden mehr Brücken gebaut als Gräben aufgerissen", goutiert Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Lobend hebt er unter anderem hervor, dass keine Rund-um-die-Uhr-Besetzung der Kassenärzte in den INZ vorgesehen ist.

„Entscheidend ist eine bessere Verteilung in ländlichen Gebieten, damit für alle Menschen ein Integriertes Notfallzentrum in erreichbarer Nähe liegt", meint GKV-SV-Vorständin Stefanie Stoff-Ahnis.

„Mit den heute vorgelegten Eckpunkten werden mehr Brücken gebaut als Gräben aufgerissen", findet Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des ZI-Instituts. © pag, Fiolka (beide Fotos)

Reinhardt warnt vor drittem Sektor

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) reagiert mit gemischten Gefühlen. Bemerkenswert: Dass der INZ-Tresen in die Verantwortung der Kliniken fallen soll, kritisiert sie nicht. Die Vernetzung von Rettungsleitstellen und TTS bewertet ihr Vorstand positiv. Aber: „Fern der Realität ist vor dem Hintergrund knapper personeller medizinischer Ressourcen, eine 24/7-Versorgung ‚aufsuchender Art' etwa durch Fahrdienste einrichten zu wollen." Das sieht auch die Bundesärztekammer kritisch. Präsident Dr. Klaus Reinhardt befürchtet, „dass reguläre Versorgungsangebote umgangen werden". Und weiter: „Die Etablierung von INZ darf nicht zur Schaffung einer dritten Versorgungssäule führen, die neben anderem auch zu einer weiteren Verschärfung des ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräftemangels führen würde."

„Die Etablierung von INZ darf nicht zur Schaffung einer dritten Versorgungssäule führen," warnt BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. © pag, Fiolka

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßt die Ideen zur Patientensteuerung und die geplanten Gründungen von INZ und KINZ. Fragen hat sie zu den Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen bis 21 Uhr. „Hier scheint der Bundesgesundheitsminister den bisherigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen grundlegend begrenzen zu wollen. Unklar bleibt, ob dann auch das Budget der KVen entsprechend bereinigt wird, oder ob die Krankenkassen für die ambulante Notfallversorgung nach 21 Uhr zusätzliche Finanzmittel bereitstellen."

Berlins KV-Vorsitzender Ruppert hält fest, dass viele der Vorschläge aus Lauterbachs Eckpunktepapier in der Hauptstadt bereits gelebte Realität sei. Allerdings arbeite die KV defizitär, um diese Angebote zu gewährleisten. „Für mehr Leistungen sind mehr Ressourcen erforderlich", verlangt er.

Ganz und gar nicht zufrieden ist der Deutsche Hebammenverband, die Eckpunkte ignorierten Mütter und Schwangere. „Obwohl die Notfallambulanzen und Kreißsäle jetzt schon maßlos überfüllt sind, sieht es Herr Lauterbach nicht für notwendig an, adäquate Anlaufstellen für die betroffenen Frauen zu schaffen."

„Für mehr Leistungen sind mehr Ressourcen erforderlich", verlangt Berlins KV-Vorsitzender Ruppert. © imago images, Mauersberger

Eckpunkte vor den Eckpunkten

Einen Tag bevor Lauterbach seine Eckpunkte präsentiert, warten die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Marburger Bund und der Hausärztinnen- und Hausärzteverband mit gemeinsamen Eckpunkten zur Reform der Notfallversorgung auf. Unterstützt werden sie vom Spitzenverband Fachärzte Deutschlands und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Gefordert wird unter anderem eine „sektorenübergreifende, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen schnellstmögliche Vermittlung der betroffenen Patientinnen und Patienten in die für sie beste Versorgungsebene". Dabei müsse der Grundsatz „ambulant vor stationär" gelten. Die Art der Kontaktaufnahme – per Telefon oder persönlich – spiele keine Rolle. Allerdings wünschen sich die ärztlichen Standesvertreter, dass zuerst angerufen werde. In diesem Zusammenhang heißen sie eine Vernetzung von 112 und 116117 gut. „Leistungsorte" der Notfallversorgung könnten nach den Eckpunkten die Integrierten Notfallzentren sein. Auch die Idee des gemeinsamen Tresens als Ort der Ersteinschätzung am Krankenhaus greift das Ärztepaper auf. „In Abhängigkeit vom Ergebnis der Ersteinschätzung erfolgt ein ärztlicher Kontakt, entweder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, niedergelassene (Kooperations-)Praxen oder durch Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses."

- *Link:* *BMG, Eckpunkte Reform der Notfallversorgung, 16. Januar 2024, PDF, 6 Seiten*
- *Link:* *Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Eckpunkte einer Reform der Notfallversorgung, Januar 2024, PDF, 4 Seiten*

◀ *zurück zum Inhalt* *E-Mail an die Redaktion* ▶

■ Gesundheitspolitischer Gemischtwarenladen

Doch noch finden sich nicht alle Versprechen im GVSG-Entwurf

Berlin (opg) – Ein überarbeiteter Referentenentwurf zum ersten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) kursiert. Datiert ist er auf den 19. Dezember 2023 und damit längst von den zwischenzeitlichen Ankündigungen des Ministers überholt. Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ist dort zwar vorgesehen. Es fehlen aber die Chronikerpauschale, die Vorhaltepauschale und die Regress-Bagatellgrenze bei Arzneimittelverordnungen – Maßnahmen, die Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) in diesem Gesetz unterbringen will.

„Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung [werden] von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Honorarverteilung ausgenommen", heißt es im Entwurf zum Stichwort Entbudgetierung. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) geht von jährlichen Kosten zu Lasten der GKV „in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages" aus. Dem Vernehmen nach soll der Referentenentwurf zeitnah um die weiteren, von Lauterbach auf dem Hausärzte-Krisengipfel versprochenen Maßnahmen ergänzt werden und dann in die Ressortabstimmung gehen.

Gesundheitskiosks, Gesundheitsregionen, G-BA-Reform

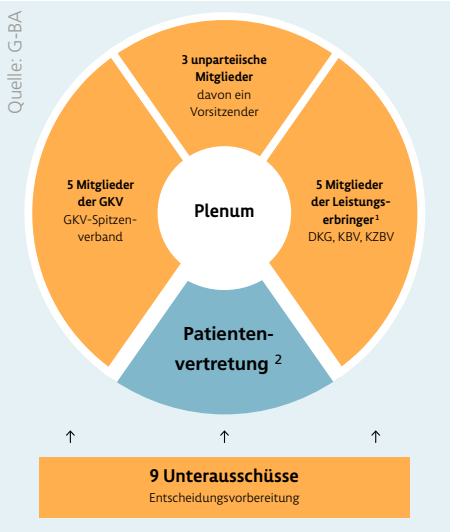
Weiterer Inhalt des geplanten Gesetzes (Stand 19. Dezember), das wie ein gesundheitspolitischer Gemischtwarenladen wirkt, ist die bundesweite Etablierung der Gesundheitskioske. Sie sollen in Ballungsgebieten oder strukturschwachen Regionen gegründet werden. Initiativrecht liege laut Entwurf bei der Kommune, die diese Einrichtungen dann mit den Krankenkassen errichten kann. Letztere müssten für die Finanzierung aufkommen. Das BMG rechnet mit Gründungskosten von 32.000 Euro pro Kiosk. Jährlich stünden 400.000 Euro an, von denen die GKV 74,5 Prozent tragen soll, die private Krankenversicherung 5,5 und die Kommunen 20 Prozent. Lauterbachs Haus geht für 2024 von 30 Gesundheitskiosken aus.

Die Gründungskosten von durchschnittlich 32.000 Euro pro Kiosk teilen sich die GKV (74,5%), die PKV (5,5%) und die Kommune (20%). © Gesundheit für Billstedt/Horn UG

Ferner sollen Kassen mit Kommunen sogenannte Gesundheitsregionenverträge schließen können. So könnten sektorenübergreifende Netzwerke der regionalen Versorgung entstehen. Die Rechtsgrundlage für Primärversorgungszentren will Lauterbach im SGB V verankern. Dabei handelt es sich um „ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot […], das insbe-

sondere den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht wird", heißt es im Entwurf. Darüber hinaus verspricht das BMG Kommunen, die ein Medizinisches Versorgungszentrum als GmbH gründen wollen, Erleichterungen, indem die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen begrenzt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) steht vor einer Reform: Künftig kann die Patientenvertretung nach Vorstellungen des BMG ein einmaliges Vetorecht bei Beschlüssen einlegen, „wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung soll jedoch nur bei einer maßgeblichen Änderung zu einer erneuten Hemmung führen können." Außerdem soll bei pflegerelevanten Themen eine Pflegevertretung ein Antrags- und Mitberatungsrecht bekommen.



Aktuelle Machtverhältnisse im G-BA-Plenum
[1] ggf. anteilige Stimmübertragung auf betroffene Organisationen
[2] Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

Krankenkassen-Transparenzportal

Ferner will Lauterbach ein Krankenkassen-Transparenzportal ins Leben rufen, welches für Versicherte Informationen über beispielsweise Ablehnungen, Widersprüche oder Klagen im Leistungsgeschehen bereithält. Um Fehlverhalten im Gesundheitswesen besser zu ahnden, sollen Landesverbände der Krankenkassen stärker in diese Arbeit eingebunden, Datenübermittlungsbefugnisse erweitert und die Voraussetzungen für eine KI-gestützte Datenverarbeitung gesetzlich klargestellt werden. Darüber hinaus ist eine bundesweite Betrugsdatenbank geplant. Und die von Lauterbach angekündigte Streichung homöopathischer und anthroposophischer Mittel aus den Satzungsleistungen ist bereits Bestandteil des Entwurfs und entlaste die Kassen „in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages".

Die Kassen machen sich aber Sorgen wegen der angekündigten Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands befürchtet in einer am 17. Januar verabschiedeten Erklärung kurz- und mittelfristig Mehrausgaben in Milliardenhöhe, während Lauterbachs Haus zunächst nur von einem unteren dreistelligen Millionenbetrag spricht. Außerdem verfestigte der Wegfall der Budgets die Über- und Fehlversorgung. „Für Patientinnen und Patienten ergeben sich daraus keine Vorteile in der Versorgung", heißt es im Schreiben der Kassenvertreter. Ihnen graut es schon vor der nächsten Stufe, der Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen. Das sei „völlig indiskutabel".

- *Link:* *Referentenentwurf des BMG, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), Bearbeitungsstand: 19. Dezember 2023, PDF, 77 Seiten*

◀ *zurück zum Inhalt* *E-Mail an die Redaktion* ▶

INTERVIEW

„Das BMG-Papier verfehlt sein eigentliches Thema“

Gesundheitsökonom Wasem über Empfehlungen zur GKV-Stabilisierung

Berlin (opg) – Von den Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) jetzt vorgelegt hat, haben sich die Kassen mehr versprochen. Um es vorsichtig auszudrücken. Als einzige Adhoc-Maßnahme formuliert das Ressort von Minister Prof. Karl Lauterbach ein Homöopathie-Verbot. Warum diese Maßnahme indirekt zu Mehrkosten führen kann, skizziert Prof. Jürgen Wasem im Interview. Der Gesundheitsökonom verrät außerdem, warum das BMG das Thema verfehlt hat, wie sich die Zusatzbeiträge entwickeln könnten und welche Reform dauerhaft mehr Geld kosten wird.

opg: Welchen Effekt könnte das Homöopathie-Verbot haben? Verschreiben die Ärzte dann vermehrt Rx-Medikamente? Dann wäre die ohnehin minimale Einsparung dahin…

Wasem: Wirklich gute Daten dazu gibt es nicht. Aber einer der bisherigen Befunde war, dass die Verschreibung von homöopathischen Arzneimitteln teilweise die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ersetzt. Insoweit gibt es ein gewisses Potenzial, dass das jetzt in die andere Richtung geht und in finanzieller Hinsicht dann sogar zu Mehrkosten führt. Auch wird wohl die Zahl der Arztkontakte zunehmen, denn häufig ist ja Homöopathie Selbstmedikation, man benötigt also keine ärztliche Verordnung. Aber wenn ich Karl Lauterbach richtig verstehe, sind die Einsparungen ohnehin nur ein „Mitnahme-Effekt“, weil er aus inhaltlicher Sicht den Homöopathika an den Kragen möchte. Die Position hat Lauterbach übrigens schon seit vielen Jahren – jetzt hat er die Gelegenheit, sie umzusetzen.

opg: Zu Ende Mai 2023 sollte das BMG konkrete Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finanzen liefern. Jetzt wurde ein Papier mit Datum Mai 2023 öffent-

Zur Person

Der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem gilt als einer der renommiertesten Kenner des deutschen Gesundheitswesens. Das spiegelt sich in der Liste seiner Funktionen wider. Der Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen ist unter anderem Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses.

© UDE, Frank Preuß

lich, das keine erkennbaren Einsparungsvorschläge macht. Noch dazu bremst die Lage der Bundesfinanzen den vorgesehenen Bundeszuschuss aus. Ist die Situation richtig beschrieben?

Wasem: Das BMG-Papier ist echt interessant: Ich habe fast an jeden Abschnitt einen Haken gemacht, weil die meisten Dinge zutreffend beschrieben werden. Gleichzeitig aber verfehlt es sein eigentliches Thema – denn der gesetzliche Auftrag lautete: Durch Empfehlungen auf der Ausgabenseite zur Stabilisierung der GKV-Finanzen beizutragen. Da kommt aber eigentlich wenig außer der Beschreibung der Dinge, an denen BMG und Koalition ohnehin bereits damals arbeiteten. Stattdessen fordert das Papier – aus BMG-Perspektive natürlich sehr nachvollziehbar –, dass die im Koalitionsvertrag schon beschlossenen einnahmeseitigen Maßnahmen – Dynamisierung Bundeszuschuss, Abbau der Unterdeckung bei Bürgergeldbeziehern – umgesetzt werden sollen.

opg: Zusatzbeiträge und Leistungskürzungen werden vom Minister kategorisch ausgeschlossen. Die wirtschaftliche Entwicklung sieht nicht rosig aus. Wie bewerten Sie die GKV-Finanzlage? Kommt man damit vom Wähler unbemerkt über die nächste Bundestagswahl?

„Wenn ich Karl Lauterbach richtig verstehe, sind die Einsparungen ohnehin nur ein ‚Mitnahme-Effekt', weil er aus inhaltlicher Sicht den Homöopathika an den Kragen möchte." © iStock.com, ollo

Wasem: Während die Beitragszahler 2021 noch ziemlich genau 20 Milliarden Euro an Zusatzbeiträgen aufgebracht haben, sind es dieses Jahr schon über 30 Milliarden Euro. Das ist ja auch vielfach in den Medien kommentiert worden, ist also nicht so ganz „unbemerkt". Die Entwicklung von diesem zum nächsten Jahr hängt zum einen von den Tarifabschlüssen ab. Zum anderen, ob es „ungeplante" Entwicklungen auf der Ausgabenseite gibt – wenn etwa die Kassen bis zu fünf Milliarden Euro für die rückwirkende Anpassung der Landesbasisfallwerte bei den Krankenhäusern drauflegen sollen, kann das Geld nur aus zusätzlichen Erhöhungen bei den Zusatzbeiträgen kommen.

opg: Oder anders gefragt, wenn Sie die Finanzlage der GKV in den kommenden fünf Jahren nach gegenwärtigem Stand auf einer Skala von 1 (Still ruht die See) bis 10 (Land unter!) einschätzen würden, wo stünden wir dann?

Wasem: In den letzten Jahren hat sich die Finanzsituation der GKV oftmals als robuster gezeigt als prognostiziert. So hatte der Schätzerkreis für 2022 Beitragseinnahmen von 230 Milliarden Euro prognostiziert, tatsächlich waren es schließlich sechs Milliarden Euro mehr. Und im letzten Jahr waren es wohl drei Milliarden Euro mehr Einnahmen und zugleich gut zwei Milliarden Euro weniger Ausgaben als zuvor geschätzt. Aber richtig ist natürlich: Ein Gleichklang des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen mit den Ausgaben ist eher die Ausnahme. In den letzten 25 Jahren sind die Ausgaben im Durchschnitt rund 1,2 Prozentpunkte pro

Jahr schneller gewachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Und perspektivisch wird die Schere wegen der demographischen Entwicklung eher größer als kleiner. Unterstellt man die durchschnittliche Dynamik der letzten 25 Jahre auch für die nächsten fünf Jahre, ist man 2029 bei einem Zusatzbeitragssatz von rund 2,5 Prozentpunkten.

opg: Wie bewerten Sie folgende Instrumente: Beitragsbemessungsgrenze erhöhen, andere Einkommensarten berücksichtigen und gesundheitsrelevante Steuereinnahmen zweckbinden.

Wasem: In aller Kürze: Isolierte Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einbezug anderer Einkunftsarten bei Konstanthaltung der Versicherungspflichtgrenze halte ich für finanziell riskant, weil insbesondere gute Risiken dann in die PKV abwandern werden. Der Finanzwissenschaftler in mir ist auch gegenüber einer Zweckbindung von Steuereinnahmen skeptisch.

Eine isolierte Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze berge Risiken, meint Prof. Wasem.

© stock.adobe.com, Stockfotos-MG bearbeitung pag

opg: Die Ausgabenseite wird erst mittel- bis langfristig entlastet – wenn die Lauterbachschen Strukturreformen greifen. Wie werden diese Gesetze wie etwas Krankenhausreform, Notfallreform, Hausarzthonorarreform, Digitalgesetze die Finanzen der Kassen zunächst belasten und können sie tatsächlich die gewünschten Effekte erzielen?

Wasem: Die Honorarreform wird dauerhaft mehr Geld kosten, denn das die Entbudgetierung der Honorare Entlastung bei der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen an anderer Stelle führt, mag ich mir nicht so recht vorstellen. Die anderen Maßnahmen bergen natürlich ein mittelfristig erhebliches Potenzial zur Effizienzsteigerung – damit führen sie nicht zwar nicht zu absoluten Einsparungen aber doch geringeren Anstiegen der Ausgaben. Seriös kann man das aber derzeit nicht beziffern. Zumal an der mit Abstand wichtigsten Baustelle – der Krankenhausreform – noch völlig offen ist, wie sie letztlich aussehen und dann vor allen Dingen von den Bundesländern umgesetzt werden wird.

opg: Kann Lauterbach sein Mantra, keine Leistungen zu kürzen angesichts der Kassenlage aufrechterhalten? Wo könnte man den Rotstift beim GKV-Leistungsangebot ansetzen?

Wasem: Es gilt meines Erachtens nach wie vor: Rationalisierung vor Rationierung. Wir haben eben über die Reformbaustellen gesprochen – da liegen schon erhebliche Potenziale. Je weniger wir das angehen, um so stärker müssen wir aber an den Leistungskatalog. Das gebietet schon die Solidarität mit den jüngeren Generationen. Damit sind allerdings zentrale Wertentscheidungen verbunden, für die ich

schon seit zwei Jahrzehnten eine gesellschaftliche Debatte einfordere. So ist ja ein wesentlicher Treiber der Kosten der medizinisch-technische Fortschritt: neue Medizinprodukte, neue Arzneimittel. Da hat Deutschland im europäischen Vergleich bislang eine sehr hohe Zahlungsbereitschaft. Wollen wir dies weiterhin? Dann werden wir an anderer Stelle restriktiver sein müssen.

◀ *zurück zum Inhalt* *E-Mail an die Redaktion* ▶

MELDUNGEN ▶▶▶

▶ GKV-Finanzen: Kassenvertreter fordern Reformen ein

Berlin (opg) – Die Nicht-Empfehlungen aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur GKV-Finanzstabilisierung sorgen für Empörung in der Kassenwelt. In einer Erklärung fordert der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands die Umsetzung dringender Strukturreformen ein, um die Ausgabenseite unter Kontrolle zu bekommen. Für die Einnahmenseite müssten endlich die Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt werden.

Die dort „vereinbarten kostendeckenden Beiträge für Bürgergeld-Beziehende und die Dynamisierung des Bundeszuschusses bleiben unerlässlich, um eine verantwortungsgerechte Finanzierung staatlicher Aufgaben sicherzustellen", heißt es in der Erklärung, die der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 17. Januar verabschiedet hat. Beitragssatzerhöhungen dürften nicht das Maß aller Dinge sein. Die Kassenvertreter verlangen außerdem die Umsetzung der Notfallversorgungs- und der Krankenhausreform. Kritisch sehen sie die geplante Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen.

Die vom BMG forcierte Maßnahme, homöopathische Mittel aus den Satzungsleistungen zu streichen, kommentiert der Verwaltungsrat nicht. Die Interessenvertre-

Reaktionen zur GKV-Finanzstabilisierung von Ulrich Schneider, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Prof. Andrew Ullmann, FDP, und Maria Klein-Schmeink, B'90/Grüne (v.l.n.r.) © Sven Serkis und pag, Fiolka

tung der Innungskrankenkassen bezeichnet diesen Punkt als das, was er offensichtlich ist – eine auf die Gesamtausgaben der GKV bezogene „finanzielle Marginalie". Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, äußert sich auf X noch deutlicher: „Ordnungspolitische Symbolpolitik ohne nennenswerten finanziellen Effekt, aber mit maximalem Streitpotential in der Bevölkerung. Wozu?"

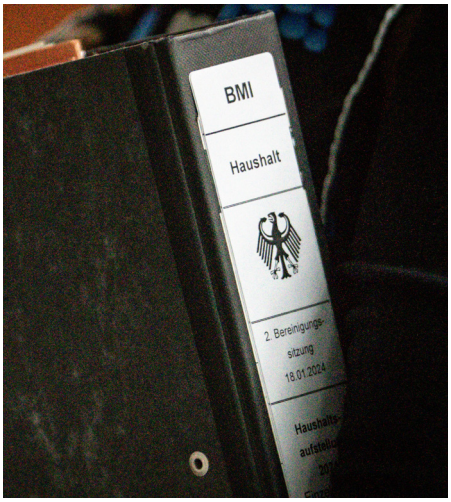
Auch der gesundheitspolitische Sprecher der FDP im Bundestag, Prof. Andrew Ullmann, hält diese Maßnahme für nicht ausreichend. Den Ruf nach mehr Staatsknete will er aber nicht teilen. „Wir müssen über die richtigen ökonomischen Anreize nachdenken, unnötige Bürokratie abbauen und die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger stärken und vermehrt einbeziehen." Grünen-Fraktionsvizin Maria Klein-Schmeink dagegen hält an mehr Bundesmittel fest und hofft auf die Hilfe von höchster politischer Stelle. „Wir gehen davon aus, dass Bundeskanzler Olaf Scholz und die Bundesregierung dieses Anliegen unterstützen." Das für die Grünen sensible Thema Homöopathie klammert sie aus.

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Haushaltsausschuss: Halbe Milliarde mehr für Gesundheit

Berlin (opg) – Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach kann mit mehr Haushaltsgeld rechnen als zunächst geplant. Sah der ursprüngliche Regierungsentwurf zum Einzelplan 15 für dieses Jahr 16,22 Milliarden Euro vor, sind es nun 16,71 Milliarden Euro. Das hat der Haushaltsausschuss des Bundestags in seiner Bereinigungssitzung am 18. Januar beschlossen. Mehr Geld gibt es demnach für Aufklärung, Forschung und internationale Gesundheitspolitik.

Neu in den Etat aufgenommen werden sieben Millionen Euro für Modellmaßnahmen zur Versorgung von an Long Covid erkrankten Kindern und Jugendlichen. Insgesamt steigen die Ausgaben für Forschung, Untersuchungen und Ähnliches von 29,38 Millionen auf 38,77 Millionen Euro. Damit soll ferner der professionelle Umgang mit Wünschen nach einem assistierten Suizid erforscht werden, vor allem mit Blick auf die Pflegefachpersonen. Außerdem ist geplant, den Projektentwurf „Pflegehotel und rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege" zu fördern.



© imago images, political images

Im Bereich Aufklärung stocken die Haushälter den Regierungsansatz von 17,53 Millionen auf 22,38 Millionen Euro auf. Für die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten sind nun 13,08 Millionen

Euro vorgesehen statt 9,9 Millionen. Für die Aufklärung über den Drogen- und Suchtmittelverbrauch stehen 19,21 Millionen Euro zur Verfügung gegenüber 15,21 Millionen, welche die Regierung ursprünglich vorgesehen hat.

Insgesamt steigen die Ausgaben für Forschung, Untersuchungen und Ähnliches von 29,38 Millionen auf 38,77 Millionen Euro. © stock.adobe.com, Gorodenkoff

Für die Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit sind jetzt 60,25 Millionen Euro veranschlagt (vorher: 50 Millionen). Und um die Kosten der internationalen Zusammenarbeit zu decken, wird der Regierungsansatz von 5,03 Millionen auf 6,28 Millionen Euro angehoben.

Doch selbst mit der halben Milliarde Euro mehr schrumpft der Gesundheitsetat um ein Drittel. Den Einzelplan 15 berät der Bundestag abschließend am 1. Februar, über den gesamten Haushalt stimmt das Parlament einen Tag später ab. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat der Ampel einen Strich durch ihre Etatpläne gemacht. Eigentlich wollte sie den Bundeshaushalt bereits Ende vergangenen Jahres verabschieden.

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Krankenhäuser: Vorhaltefinanzierung entzaubert?

Berlin (opg) – Neuer Ärger um die Krankenhausreform: Die im Arbeitsentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehene Vorhaltefinanzierung wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) scharf kritisiert. Grund ist Auswirkungsanalyse der Firma Vebeto. Diese hat die DKG in Auftrag gegeben und am 16. Januar vorgestellt.

Darin wird am Beispiel eines fiktiven Krankenhauses ein Vergleich der angenommenen Erlösentwicklung zwischen dem bisherigen Finanzierungssystem (aDRG) und dem geplanten neuen Finanzierungssystem – Kombination aus Vorhaltebudget und residualen DRG – vorgenommen. Die Analyse beinhaltet verschiedene Szenarien. Die Ergebnisse fassen die Autoren wie folgt zusammen: „Im aDRG-System schwanken die Erlöse abhängig von den Fallzahlen. Mit der Vorhaltefinanzierung schwanken sie auch, nur komplizierter und auf längeren Zeitskalen.“

„Im aDRG-System schwanken die Erlöse abhängig von den Fallzahlen. Mit der Vorhaltefinanzierung schwanken sie auch, nur komplizierter und auf längeren Zeitskalen.“ So lautet das Fazit der Auswirkungsanalyse der Firma Vebeto. © stock.adobe, h368k742

Im Mittel und über lange Zeitskalen verhielten sich die Erlöse gleich wie im aDRG-System. Man habe in der Simulation keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass die neue Art der Finanzierung kleinen Krankenhäusern hinsichtlich des wirtschaftlichen Überlebens helfe .

Auch für die von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) angekündigte Entökonomisierung der Häuser erkennt Vebeto nur wenige Hinweise: „Die Einnahmen eines Krankenhauses hängen weiterhin stark davon ab, wie sich seine Fallzahlen entwickeln." Der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Erlösen sei nur komplizierter geworden und teilweise zeitlich verschoben. Zum Reformziel Entbürokratisierung heißt es, dass eine insgesamt gesteigerte Komplexität kaum mit einer Redaktion des Verwaltungsaufwandes in Einklang zu bringen sei.

Für DKG-Vorstandschef Dr. Gerald Gaß macht die Analyse deutlich, dass der Reformprozess in einer Sackgasse steckt. „Eine reine Marktanalyse und eine letztlich unterkomplexe und statische Betrachtung eines dynamischen Systems hilft bei der aktuellen Diskussion und der Ausgestaltung der Details der Krankenhausreform nur bedingt", kontert die Krankenhaus-Regierungskommission. Rückendeckung erhält die DKG vom AOK-Bundesverband: Die durch das Ministerium derzeit vorgesehene Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung kann für die Krankenhäuser die vorgebenen Ziele nicht erreichen, sagt Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann.

DKG und AOk-Bundesverband kritisieren die Vorhaltevergütung. Im Bild: DKG-Vorstandschef Dr. Gerald Gaß und die AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. © pag Fiolka

- *Link:* *Dr. Eberhard Hansis, Dr. Hannes Dahnke, Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern?, Vebeto-Studie, 2. Januar 2024, PDF, 36 Seiten*

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Pandemie: Steinmeier will offene Fragen aufarbeiten

Berlin (opg) – „Es waren gerade die Wissenschaftler, die die Politik in dieser Zeit nach bestem Wissen und Gewissen beraten haben", sagt Bundespräsident Dr. Frank-Walter Steinmeier bei der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an Prof. Klaus Cichutek und Prof. Lothar Wieler am 18. Januar. Mit dieser Zeit meint das Staatsoberhaupt die Corona-Pandemie, zu der wichtige Fragen nicht ausreichend beantwortet seien.

Bundespräsident Dr. Frank-Walter Steinmeier bei der Verleihung des Verdienstkreuzes 1. Klasse an Prof. Klaus Cichutek (Foto rechts) und Prof. Lothar Wieler am 18. Januar © pag, Fiolka

Steinmeier mahnt eine Aufarbeitung der Corona-Zeit unter anderem deshalb an, „weil niemand sagen kann, ob wir nicht in absehbarer oder auch späterer Zeit wieder einmal von einer Pandemie getroffen werden". Zudem habe sich gerade in dieser Zeit viel Misstrauen in staatliche Maßnahmen, in politisches Handeln und in die demokratische Selbstorganisation der Republik artikuliert. Dem Bundespräsidenten zufolge haben sich solche Haltungen bis weit in die Mitte der Gesellschaft verfestigt. Das Vertrauen in demokratische Institutionen und in vernunftbasierte Wissenschaft habe gelitten. „Auch und gerade diese Folgen der Pandemie haben uns zu beschäftigen."

Die ehemaligen Präsidenten des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts, Cichutek und Wieler, hätten „inmitten manchmal des größten Durcheinanders einen kühlen Kopf bewahrt", würdigt Steinmeier die beiden Wissenschaftler. Und weiter: „Im Großen und Ganzen haben wir die Prüfung der Pandemie bewältigt, wozu die beiden Wissenschaftler, die wir heute ehren, in herausragender Weise beigetragen haben."

Unterdessen nimmt der FDP-Gesundheitspolitiker Prof. Andrew Ullmann die Rede Steinmeiers zum Anlass, um erneut eine Enquete-Kommission zur Aufklärung und Aufarbeitung der Pandemie zu fordern. Ziel müsse eine „rückblickende Zukunftsorientierung" sein. Es gehe nicht darum, politisch zu verurteilen, sondern um die politisch-wissenschaftliche Beurteilung, um für die Zukunft valide Entscheidungen treffen zu können. „Denn es ist keine Frage ob, sondern wann die nächste Pandemie kommen wird, deshalb müssen wir uns politisch und gesamtgesellschaftlich besser vorbereiten."

Gruppenbild mit Gesundheitsminister © pag, Fiolka

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Organspenden: Trotz Anstieg bleibt Lage kritisch

Frankfurt am Main (opg) – Grund zum Aufatmen geben die Organspendezahlen von 2023 zwar nicht, dennoch ist laut Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ein Aufwärtstrend von elf Prozent im Vergleich zum Vorjahr erkennbar.

965 Menschen haben 2023 post mortem Organe gespendet. Im Jahr 2022 waren es nur 869 Personen und somit 96 weniger, informiert die DSO in einer Pressemitteilung. Auch die Anzahl der in Deutschland postmortal entnommenen Organe, die über die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant verteilt und schließlich im In- und Ausland transplantiert werden konnten, stieg: Sie erhöhte sich von 2.662 im Jahr zuvor um 8,1 Prozent auf 2.877 Organe für 2023. Zudem wurden im vergangenen Jahr in den Transplantationszentren 2.985 Organe aus Deutschland und dem Eurotransplant-Verbund übertragen, 2022 waren es noch 2.795. Bundesweit konnte damit 2.866 Patienten ein Weiterleben oder eine bessere Lebensqualität ermöglicht werden. 2022 waren es 2.695, vergleicht die DSO.

Anzahl der Organspender[1] im regionalen Vergleich

Region	2021	2022	2023
Nord	148	133	170
Nord-Ost	96	91	107
Ost	121	112	126
Bayern	110	128	126
Baden-Württemberg	108	132	137
Mitte	144	104	133
Nordrhein-Westfalen	206	169	166
Bundesweit	**933**	**869**	**965**

Anzahl der gespendeten Organe[2] im regionalen Vergleich

Region	2021	2022	2023
Nord	470	430	541
Nord-Ost	268	276	317
Ost	378	329	351
Bayern	356	425	360
Baden-Württemberg	365	375	397
Mitte	467	335	408
Nordrhein-Westfalen	601	492	503
Bundesweit	**2.905**	**2.662**	**2.877**

1 Ohne Lebendspende, ohne Dominospende.

2 In der Region entnommen und später bundesweit sowie im Ausland transplantiert.

Quelle: DSO 15.01.2024

Summa summarum dennoch kein Grund von einer Trendwende zu sprechen. Immerhin stehen auf den Wartelisten in Deutschland nach DSO-Statistik aktuell knapp 8.400 Menschen und zählen die Tage bis zu einer Transplantation. Der Medizinische Vorstand der Stiftung, Dr. Axel Rahmel, vergegenwärtigt die dramatische Situation: „Durch den enormen Einbruch der Spenderzahlen im Jahr 2022 bringt uns das Plus von elf Prozent zumindest wieder zurück auf das Niveau, das wir in den Jahren zuvor halten konnten – und das ist angesichts der rund 8.400 schwer kranken Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten deutlich zu niedrig."

Dr. Axel Rahmel, medizinischer Vorstand der DSO © pag, Fiolka

Auch der Blick ins Ausland belegt die verbesserungswürdige Lage in Sachen Organspenden: Im internationalen Vergleich bildet Deutschland, so die DSO, ein Schlusslicht und profitiert im Eurotransplant-Verbund von anderen Mitgliedsländern, indem es mehr Organe erhalte, als es abgebe.

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Praxisbarometer: Digitalisierung gleich Mehraufwand

Berlin (opg) – „Weniger Zeitverschwendung, mehr Versorgung", fordert Dr. Sibylle Steiner, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), von der Digitalisierung. Anlass ist eine Befragung von über 3.000 Praxen. Zentrales Ergebnis: Der Nutzen der Digitalisierung wird zwar erkannt, ist jedoch noch immer mit deutlichem Mehraufwand für Behandler und sogar Patienten verbunden.

Zum sechsten Mal hat das Berliner IGES Institut im Auftrag der KBV Ärzte und Psychotherapeuten befragt, knapp 3.200 Praxen beteiligten sich. Ein wesentliches Ergebnis des Praxisbarometers Digitalisierung 2023 sei, dass die digitale Kommunikation der Praxen untereinander und mit Patienten zunehme, so Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer des IGES Instituts. 41 Prozent der Kommunikation mit Patienten außerhalb der Praxis sind im Vorjahr mehrheitlich bis komplett digitalisiert geschehen. 2022 waren es noch 36 Prozent, 2021 lediglich 30 Prozent.

Dr. Sibylle Steiner, KBV-Vorstandsmitglied, und Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer des IGES Instituts, präsentieren das PraxisBarometer Digitalisierung 2023. © pag, Fiolka

Dass die Digitalisierung noch deutlich unter ihrem Soll liegt, zeigt das Barometer ebenfalls: Zwar kommen erste Telematikinfrastruktur (TI)-Anwendungen in der Versorgung an, die Zufriedenheit damit bleibt aber gering: Mit dem Notfalldatenmanagement sind lediglich 19 Prozent der befragten Praxen zufrieden, beim eRezept liegt der Wert bei 37 Prozent. Störungen der TI fallen gegenüber 2022 etwas seltener aus, dennoch verzeichnet über die Hälfte der Praxen mindestens wöchentlich Probleme. Auffällig: In den Versorgungsalltag von Psychotherapeuten haben TI-Anwendungen noch nicht gefunden, 71 Prozent nutzen keine der Anwendungen.

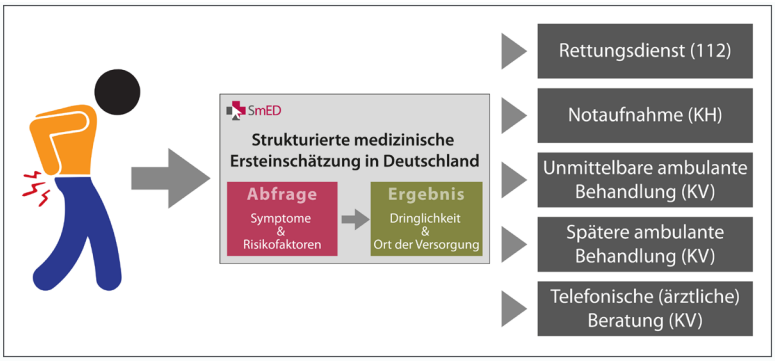
Dennoch lobt Steiner die Niedergelassenen als „sehr aufgeschlossen" für die Digitalisierung. Gleichzeitig fordert sie von Politik und gematik, Erfahrungswerte für Verbesserungen zu nutzen. Die Zahlen, die das sechste Praxisbarometer liefert, „sind aus unserer Sicht alarmierend", mahnt die KBV-Vorständin und erinnert an die politische Formel „Digitalisierung = weniger Bürokratie". Diese gehe nicht nur nicht auf, sondern habe gegenwärtig sogar einen gegenteiligen Effekt: Digitalisierung bedeute häufig Mehraufwand, sogar für Patienten.

● *Link:* *PraxisBarometer Digitalisierung 2023, Link zur Website der KBV mit weiteren Dokumenten und Downloadmöglichkeiten.*

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Ersteinschätzung: SmED besteht Praxistest

Berlin (opg) – Wie sich das webbasierte Ersteinschätzungstool SmED in der ambulanten Notfallversorgung bewährt, hat das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt DEMAND untersucht. Nach erfolgreichem Abschluss bittet der Ausschuss das Bundesgesundheitsministerium, die Ergebnisse bei der aktuellen Notfallversorgung zu berücksichtigen.



Posterausschnitt „Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung (DEMAND)“

Quelle: aQua –Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Die Analyse der Kassendaten zeige, dass bei einer strukturierten Ersteinschätzung weniger Versicherte die stationären Notaufnahmen aufgesucht haben, sondern ambulant versorgt werden konnten. Zwar ergebe die Evaluation auch, dass die Vorgehensweise nicht bei allen Patientinnen und Patienten anwendbar war und SmED die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung insgesamt höher einschätzte als die Anwender. „Dennoch scheint das Verfahren eine Option für eine strukturierte Ersteinschätzung zu sein“, heißt es in einer Pressemitteilung des Innovationsausschuss. Aus den Unterschieden zwischen den KVen könnten Best-Practice-Erkenntnisse zur Umsetzung gewonnen werden.

Zum Hintergrund: DEMAND hat für Kontaktstellen der ambulanten Notfallversorgung ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren erprobt, maßgeblich unter Einsatz des webbasierten Tools SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland). Das Fachpersonal wird dabei unterstützt, die Hilfesuchenden bedarfsgerecht beispielsweise dem Rettungsdienst, einer ambulanten Behandlung oder einer telefonischen ärztlichen Beratung zuzuteilen.

Für die Entwicklung von SmED zeichnet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) verantwortlich. Aktuell hat es ein Rechtsgutachten zu Haftungsrisiken bei Ersteinschätzungsverfahren in Krankenhäusern veröffentlicht. Prof. Raimund Waltermann kommt darin zu dem Ergebnis, dass Hilfesuchende in Notaufnahmen – auch ohne gültige G-BA-Richtline – nur in medizinischen Notfällen von einer Klinik behandelt werden dürfen. Ansonsten müssten sie in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden. „Wird die medizinische Ersteinschätzung durch geschulte Sichtungskräfte vorgenommen, ist aus der Perspektive des Haftungsrechts eine zusätzliche ärztliche Prüfung prinzipiell nicht erforderlich“, fasst das Zi die Expertise zusammen. Dies gelte insbesondere dann, wenn das Fachpersonal nach einem strukturierten Verfahren vorgehe, das Hilfesuchenden im Hinblick auf

Dringlichkeit und Versorgungsebene einordne. Haftungsrechtlich entlastet würden die Kliniken insbesondere dann, wenn eine als Medizinprodukt zertifizierte Software eingesetzt werde.

- *Link:* *Prof. Raimund Waltermann, Haftungsrechtlicher Rahmen des Einsatzes von Ersteinschätzungsverfahren im Krankenhaus vor dem Hintergrund von § 120 Absatz 3b SGB V, Rechtsgutachten erstattet für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), Dezember 2023, PDF, 64 Seiten*
- *Link:* *Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss, Beschluss (...) zum abgeschlossenen Projekt DEMAND, 19. Januar 2024, PDF, 3 Seiten*
- *Link:* *Ergebnisbericht DEMAND, Konsortialführung: aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, PDF, 228 Seiten*

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ G-BA erweitert GKV-Leistungskatalog

Berlin (opg) – Der Gemeinsame Bundeausschuss (G-BA) erweitert den GKV-Leistungskatalog: Aufgenommen hat er am 18. Januar unter anderem ein bildgebendes Verfahren zum Abklären von koronarer Herzkrankheit als neue ambulante Leistung. Außerdem wird Fluoridlack unabhängig vom Kariesrisiko für alle Kinder unter sechs Jahren eine Kassenleistung. Bisher gab es für den Schutz des Milchgebisses je nach Altersgruppe unterschiedliche Regelungen.

Fluoridlack wird für alle Kinder unter sechs Jahren eine Kassenleistung, unabhängig vom Kariesrisiko. © iStock.com, BanksPhotos

Ein weiterer Beschuss des G-BA: Die Systemische Therapie ist künftig auch für Kinder und Jugendliche eine Leistung der GKV. Außerdem kann bei gesetzlich Versicherten die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) eingesetzt werden, wenn in Arztpraxen der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit abgeklärt werden soll. Die CCTA ist eine nicht-invasive bildgebende Methode, mit der die Herzkranzarterien dargestellt werden, um dort Verengungen oder Verschlüsse zu finden.

Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung, erwartet künftig, dass die Häufigkeit diagnostischer Herzkatheterverfahren abnimmt. „Bei vergleichbarer Krankheitslast wurden bisher in Deutschland entsprechende Untersuchungen fast doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern durchgeführt." Trotz der Vielzahl an diesen Untersuchungen erreiche man im Vergleich keine überdurchschnittlich guten

Ergebnisse bei der kardiovaskulären Krankheitslast und Sterblichkeit. Lelgemann weist darauf hin, dass der G-BA bei der CCTA Mindestfallzahlen für die niedergelassenen Ärzte vorgibt.

Der Ausschuss hat zudem die Impfung gegen Dengue-Fieber in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen. Nach der Markteinführung von Qdenga hat die STIKO am 30. November 2023 eine Empfehlung für den Lebendimpfstoff ausgesprochen. Diese gilt für Personen ab vier Jahren, die bereits eine labordiagnostisch gesicherte Dengue-Virusinfektion durchgemacht haben: als Reiseimpfung vor Reisen in Dengue-Endemiegebiete mit erhöhtem Ansteckungsrisiko oder bei gezielten Tätigkeiten mit Dengue-Viren außerhalb von Endemiegebieten. Eine allgemeine Impfempfehlung für „Dengue-Naive" existiert nicht.

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Psychiatrie: Keine leitliniengerechte Behandlung

Berlin (opg) – Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland muss reformiert werden, um den wachsenden Bedarf zu decken. Bei einem Expertengespräch im Gesundheitsausschuss über die Zukunft der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus machen die Sachverständigen deutlich, dass mehr Personal, mehr Prävention und eine flexible Behandlung über Sektorengrenzen hinweg nötig sind.

Cornelia Metge von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert mehr Personal in Kliniken, die Finanzierung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung, eine Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung und einen besseren Übergang in die ambulante Versorgung. In den meisten psychiatrischen Krankenhäusern sei derzeit keine leitliniengerechte Behandlung möglich. Insbesondere bei der psychotherapeutischen Behandlung seien die Defizite eklatant. Obwohl Patienten in Kliniken versorgt würden, weil sie eine intensivere Behandlung benötigten, ermöglichten die Mindestvorgaben keine optimale Versorgung.

In den meisten psychiatrischen Krankenhäusern sei derzeit keine leitliniengerechte Behandlung möglich, sagt Cornelia Metge von der Bundespsychotherapeutenkammer.

© bptk und adobe.stock, sudok1

Die meisten Patienten bräuchten nach der Krankenhausbehandlung eine ambulante Weiterbehandlung, sagt Metge. Das erfordere ausreichende ambulante Behandlungskapazitäten durch eine Reform der Bedarfsplanung. Auch sollten Patienten schon

während der Krankenhausbehandlung psychotherapeutische Sprechstunden in den Praxen in Anspruch nehmen können.

Auch Andreas Meyer-Lindenberg von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berichtet von einem enormen Versorgungsbedarf. Mehr als ein Viertel der Erwachsenen in Deutschland werde jedes Jahr behandlungsbedürftig psychisch krank. Etwa ein Zehntel davon sei schwer krank und habe einen intensiven, oft chronischen oder wiederkehrenden Behandlungsbedarf. Diese Gruppe brauche eine bedarfsorientierte, ärztlich gesteuerte, flexible und sektorenübergreifende Behandlung.

Andreas Meyer-Lindenberg von der DGPPN berichtet von einem enormen Versorgungsbedarf. © pag, Fiolka

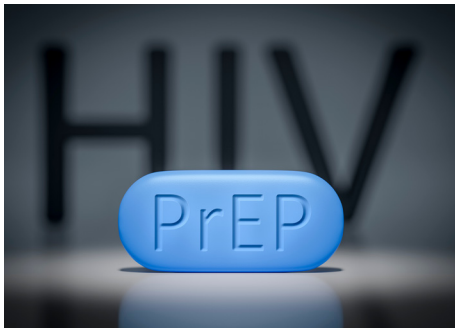
Die DGPPN empfiehlt ein Versorgungsmodell mit den Leitprinzipien ambulant vor stationär und Prävention vor Therapie. Neben der vollstationären Versorgung müsse eine flexible teilstationäre Versorgung mit intensiver ambulanter Behandlung ermöglicht werden.

◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Eskalierender Mangel an HIV-Medikamenten

Berlin (opg) – „Es ist schlimmer, als wir zu fürchten gewagt haben", betont Erik Tenberken, Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft HIV- und Hepatitis-kompetenter Apotheken. Er stellt eine erhebliche Unterversorgung von Medikamenten zur HIV-Prophylaxe fest – knapp 90 Prozent der HIV- Schwerpunktpraxen seien betroffen. Besonders kritisch: Eine steigende Anzahl von Neuinfektionen sei zu erwarten.

Die Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil für die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist in Deutschland kaum noch erhältlich. Es ist das einzige Mittel, das in Deutschland für die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zugelassen ist.



Medikamente für die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) sind in Deutschland kaum noch erhältlich. © stock.adobe.com, magann

Eine Umfrage der Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä) belegt den Mangel: Knapp 90 Prozent der HIV-Schwerpunktpraxen sind betroffen. Die Mehrheit könne nur noch reduzierte Packungsgrößen herausgegeben (rund 56 Prozent). Mehr als ein Drittel meldet, dass PrEP-Nutzer die regelmäßige Einnahme der Mittel unterbrechen mussten (36 Prozent). Besonders bedrohlich sei der Engpass

für Menschen, die auf Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil zur Behandlung von HIV angewiesen sind – ihnen fehle plötzlich ein lebenswichtiges Medikament. Damit liege ein großer Schaden vor, attestiert dagnä-Vorstandsmitglied Stefan Mauss.

„Wir sind an dem Punkt, vor dem Praxen und Apotheken seit Monaten warnen", konstatiert Mauss. Mehr als 40.000 Menschen schützten sich hierzulande vor HIV mit PrEP. Dass Neuinfektionen in der Konsequenz in die Höhe klettern, liege auf der Hand. Das Blatt könne wahrscheinlich nicht durch Kompensation mit Herstellern im europäischen Ausland gewendet werden, sind Mauss und Tenberken überzeugt. Deutschland stelle in puncto Mangel zwar einen Negativrekord dar, aber auch in den Nachbarländern könnten gegenwärtig meist nur die Heimatmärkte bedient werden.

Medienberichten zufolge hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im November noch beschwichtigt, die Engpässe könnten kompensiert werden. Nun bestätigt ein Behördensprecher den Ernst der Situation und teilt mit, das BfArM wolle „die Engpasssituation schnellstmöglich abmildern".

„Wir sind an dem Punkt, vor dem Praxen und Apotheken seit Monaten warnen", konstatiert dagnä-Vorstandsmitglied Stefan Mauss. © dagnä

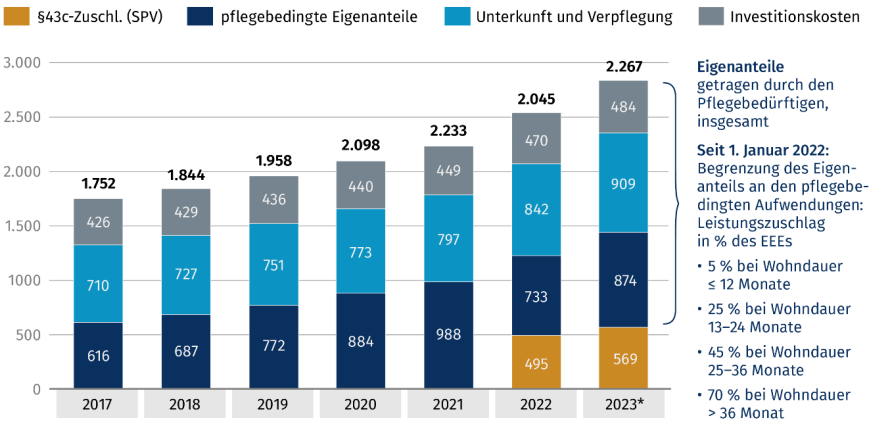
◀ *zurück zum Inhalt*

▶ Pflege: Kassen fordern Bundes- und Ländermittel

Berlin (opg) – Die Pflegeheimkosten steigen weiter an. Das zeigen Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des Verbands der Ersatzkassen (vdek). Der Ruf nach Reformen wird daher immer lauter.

Laut WIdO betrug die finanzielle Belastung 2023 für Pflegeheimbewohner durchschnittlich 2.267 Euro monatlich: 874 für Pflege (einrichtungsbezogener Eigenanteil), 909 für Unterkunft und Verpflegung und 484 für Investitionskosten. Ohne Zuschüsse, die durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz erhöht wurden, beliefen sich die durchschnittlichen Kosten auf 2.836 Euro. 2022 waren es noch 2.540, mit Zuschlägen 2.045. 2017 lagen die Kosten bei 1.752.

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE), Unterkunft und Verpflegung (U+V) sowie Investitionskosten nach Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge jeweils zum Stichtag 31. Dezember 2023*, in Euro pro Monat

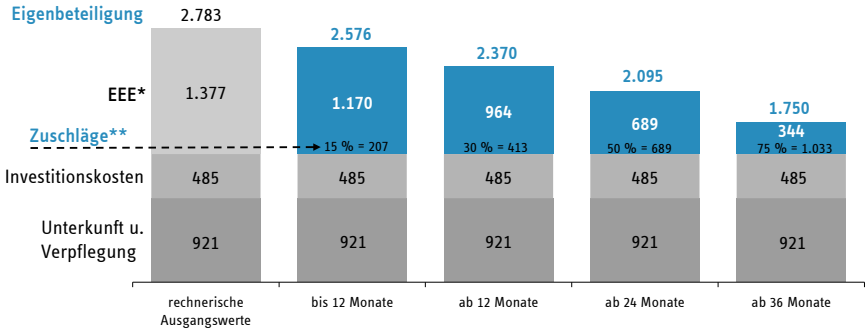


* Datenstand für Niedersachsen 28.09.2023 und für Nordrhein 17.11.2023

Quelle: WIdO 2024

Zu ähnlichen Zahlen kommt der vdek. Ohne Zuschüsse liegt die Eigenbeteiligung Stand 1. Januar 2024 demnach bei 2.783 Euro und mit Zuschüssen bei 2.576 Euro, das sind 165 mehr als im Vorjahr. Die 2.576 errechnen sich nach vdek-Zahlenwerk aus 1.170 für Pflege, 921 für Unterkunft und 485 für Investitionskosten. Der vdek goutiert, dass die Steigerung der Kosten durch die Zuschläge abgefedert wurden. Diese betragen nun im ersten Aufenthaltsjahr im Pflegeheim 15 Prozent (vorher 5), im zweiten Jahr 30 (vorher 25), im dritten Jahr 50 (vorher 45) und im vierten Jahr 75 (vorher 70).

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat nach Aufenthaltsdauer – 1. Januar 2024 – Bundesgebiet



* EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten) gilt einheitlich für alle Bewohner einer Pflegeeinrichtung, variiert jedoch zwischen den Einrichtungen.

** Seit 1.1.2022: Reduzierung des EEE durch einen aufenthaltsabhängigen Leistungszuschlag

Quelle: vdek

Der Trend zu weiter steigenden Kosten werde aber anhalten. „Das hat unter anderem mit gestiegenen Lohnkosten infolge der Verpflichtung der Einrichtungen zur tariflichen Bezahlung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der inflationsbedingten Tarifsteigerungen zu tun", erläutert Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege beim WIdO.

Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege beim WIdO © pag, Fiolka

Angesichts dieser Entwicklungen fordern die beiden Kassen-Verbandschefinnen Dr. Carola Reimann (AOK) und Ulrike Elsner (vdek), dass die Länder die Investitionskosten übernehmen müssen. Reimann verlangt zudem: „Der Bund sollte die Pflegeversicherung endlich – wie im Koalitionsvertrag zugesagt – um die sogenannten versicherungsfremden Leistungen entlasten." Ähnlich sieht es der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB). Sein Geschäftsführer Thomas Knieling appelliert an die Politik: „Es ist also höchste Zeit, dass sich die Bundesregierung sowohl um eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung kümmert als auch die wirtschaftlichen Grundlagen der Pflegeunternehmen sichert."

◀ *zurück zum Inhalt*

PERSONALIEN

- **Dr. Susanne Wagenmann** (Arbeitgeberseite) und **Uwe Klemens** (Versichertenseite) bleiben Vorsitzende des Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands. Sie übernehmen den Vorsitz abwechselnd. Derzeit hat Wagenmann das Amt inne. Sie arbeitet als Leiterin der Abteilung Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Der Vorsitz wechselt jeweils zum 1. Juli eines Kalenderjahres. Im Sommer geht er somit auf Klemens, ehemaliger verd.di-Landesbezirksleiter Rheinland-Pfalz, über.

Susanne Wagenmann und Uwe Klemens © pag, Fiolka

- **Diana Stolz** (CDU) ist neue Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege im Land Hessen. Die Diplom-Rechtspflegerin folgt auf **Kai Klose** (Grüne). Staatssekretärin ist **Dr. Sonja Optendrenk**, die zuletzt für den Bereich Prävention im Bundesgesundheitsministerium zuständig war und davor die Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung“ leitete.

Diana Stolz (Foto links) und Dr. Sonja Optendrenk © Paul Schneider, Hessische Staatskanzlei

- Die Hessische Krankenhausgesellschaft hat zwei neue Vizepräsidenten. Dabei handelt es sich um **Michael Sammet** und **PD Dr. Thomas Menzel**. Sammet ist Geschäftsführer der Vinzenzgruppe Fulda, des Herz-Jesu-Krankenhauses Fulda und des St. Vinzenz-Krankenhauses Hanau. Er spricht für die Interessen der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Menzel arbeitet als Vorstandssprecher des Klinikums Fulda und vertritt die kommunalen Häuser. Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft bleibt **Dr. Christian Höftberger**.

- Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) hat turnusgemäß einen neuen Vorsitzenden: **Prof. Stefan Schwab** führt die Fachgesellschaft die kommenden zwei Jahre an. Er ist Direktor der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen und folgt auf **Prof. Darius Nabavi**, der nun 2. Vorsitzender ist. Laut Satzung könnte **Prof. Waltraud Pfeilschifter** im Januar 2026 das Amt von Schwab übernehmen. Derzeit ist sie 3. Vorsitzende.

Von links: Prof. Stefan Schwab, Prof. Darius Nabavi, Prof. Waltraud Pfeilschifter © Uniklinik-Erlangen, Vivantes Klinikum, Andreas Tamme

- Alte und neue Präsidentin des Landesapothekerverbands Baden-Württemberg ist **Tatjana Zambo** aus Gaggenau. Ebenfalls im Amt bestätigt wird Vizepräsident **Rouven Steeb** (Bad Rappenau). Zweiter Vizepräsident ist nun **Florian Becker** (Bad Waldsee), er folgt auf **Dr. Thomas Fein** (Calw), der nicht erneut zur Wahl angetreten ist.

Von links: Tatjana Zambo, Rouven Steeb und Florian Becker
© LAV

◀ *zurück zum Inhalt*

IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2017, 22. Jahrgang;
pag- Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin,
Telefon: 030 - 318 649 - 0, Fax: 030 - 318 649 - 49, E-Mail: news@pa-gesundheit.de,
Web: www.pa-gesundheit.de.

Geschäftsführer: Lisa Braun, Michael Pross, Herausgeberin: Lisa Braun

Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Anna Fiolka u. Denise Toygar (Fotos, Layout), Antje Hoppe, Christoph Starke

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2024. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Bitte beachten Sie die Nutzungsbedingungen
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns unter 030 - 318 649 0. Vielen Dank.

1. Die vorliegende Einzelausgabe des OPG bzw. der vorliegende Auszug des OPG dient ausschließlich zur persönlichen Information der Person, der sie durch die Presseagentur Gesundheit zugeschickt wurde.
2. Ebenso dienen die OPG-Auszüge, sofern sie über die OPG-Vollausgabe verlinkt sind, ausschließlich der persönlichen Information der Abonnenten entsprechend den gültigen Abo- und Nutzungsbedingungen.
3. Jede elektronische oder drucktechnische Vervielfältigung oder Verbreitung oder Veröffentlichung sowie die unbefugte Weiterleitung des Dienstes und/oder seiner Auszüge ist unzulässig.
4. Die komplette oder auch auszugsweise Übernahme von Inhalten des OPG in hauseigene Medien, Pressespiegel, Publikationen oder sonstige Veröffentlichungen sowie die Verwertung des OPG insgesamt ist ohne die schriftliche Genehmigung der PAG nicht gestattet.
5. Bei Nachweis der Nutzung unter Verstoß gegen diese Bedingungen (Missbrauch) ist die PAG zur Geltendmachung von Schadensersatz berechtigt.

- Link zu unserer Datenschutzerklärung

»OPG – Operation **Gesundheitswesen**«

Der gesundheitspolitische Informationsdienst

Landwirtschaftminister Cem Özdemir und Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach stellen in der Bundespressekonferenz am 12. April 2023 die Cannabis-Legalisierungspläne der Regierung vor. © pag Fiolka

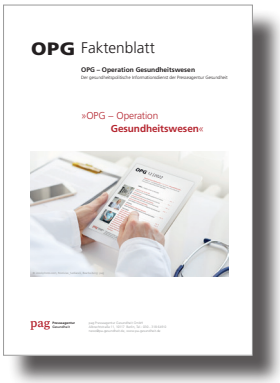
Lesen, woher der *Wind* weht

Der OPG in Kürze

- Gesundheitspolitischer Infodienst
- Erstausgabe Januar 2003
- journalisitisch, unabhängig
- werbe- und sponsorenfrei
- mind. 30 Ausgaben pro Jahr
- 20-30 Seiten je Ausgabe
- Versand als PDF-Datei
- zahlreiche Links zu Quellen und Originaldokumenten

OPG testen und abonnieren

- Kostenloses Probeexemplar unter *www.pa-gesundheit.de*
- 3 Monate Probeabo zum Sonderpreis
- Abos für Einzelleser u. Firmenkunden
- alle weiteren Details auf Faktenblatt



Download Faktenblatt und Bestellformular