

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

## Ist Ihre Kinderstation noch zu retten?

*Stiftung Kindergesundheit: Der wirtschaftliche Druck auf die Kliniken bedroht das Recht der Kinder auf die optimale Betreuung ihrer Gesundheit.*

München. Es gibt eine „Charta für Kinder im Krankenhaus“. Ihre wichtigsten Punkte lauten: Das Recht auf bestmögliche medizinische Behandlung ist ein fundamentales Recht, besonders für Kinder. Kinder im Krankenhaus haben das Recht, jederzeit ihre Eltern bei sich zu haben. Sie sollten mit anderen Kindern der gleichen

tienten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht mehr ausreichend berücksichtigt.



„Die meisten Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland kennen heute keine starren Besuchszeiten mehr und nehmen Mütter und Väter auch über Nacht auf“, schildert Kinder- und Jugendarzt Professor Dr. Berthold Koletzko, Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit die heutige Situation. „Sie beschäftigen ausgebildete und oft spezialisierte Kinder- und Jugendärzte und ein geschultes Team aus Kinderkrankenschwestern, Psychologen, Diätassistentinnen und anderen Berufsgruppen, Menschen, die ihren Beruf aus Liebe zu den Kindern gewählt haben und in der Lage sind, auf die speziellen

Bedürfnisse der kleinen Patienten einzugehen. Sie wissen, was ein krankes Baby braucht und wie man mit einem kleinen Kind spricht. Sie kennen die Probleme, die es nur bei Kindern gibt, und die Krankheiten, die für Kinder gefährlicher sind als für Erwachsene“.

In Kinderkrankenhäusern gibt es Spielzeug, Raum zum gemeinsamen Spiel, oft auch einen Besucherkindergarten. In vielen Kliniken arbeiten Spezialisten für die Schulung chronisch kranker Kinder, Sozialarbeiter für die Betreuung der Familie und oft auch Lehrer, damit das Kind wegen seiner Krankheit nicht allzu viel Stoff versäumt.

## Kinder brauchen eine intensivere Pflege als Erwachsene

Das alles könnte schon bald der Vergangenheit angehören, befürchtet die Stiftung Kindergesundheit. Kinder kosten nämlich Geld. Ihre Pflege ist aufwendiger als die von Erwachsenen: Es werden längere Gesprächszeiten mit den Angehörigen benötigt, es fällt ein höherer Zeitaufwand bei Untersuchungen an, bei chronischen Krankheiten ist eine intensive psychosoziale Betreuung unumgänglich. Deshalb liegen die Personalkosten in Kinderkliniken rund 30 Prozent höher als in der vergleichba-



Altersgruppe zusammen gepflegt werden und von Personal versorgt werden, das in der Kinderpflege ausgebildet ist. Noch werden diese Forderungen fast überall in Deutschland erfüllt, stellt die Stiftung Kindergesundheit fest. Ob das auch in Zukunft so bleibt, sei jedoch nicht mehr sicher, befürchtet die Stiftung: Immer mehr Kinderkliniken werden zu Verlierern in einem System, das die Bedürfnisse der kleinen Pa-

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

ren Erwachsenenmedizin. Aufgrund der geltenden diagnosebezogenen Fallpauschalen (diagnosis related groups, DRGs) werden diese Kosten oft nur zu einem Teil erstattet und müssen von den Kliniken mitgetragen werden. Für die Träger von Kliniken ist das oft unwirtschaftlich und teuer.

Immer mehr Kinderkliniken droht ein drastischer Personal- und Leistungsabbau oder sogar die Schließung.

Allein zwischen 1991 und 2015 wurde in Deutschland 102 Kinderstationen (inklusive Spezialabteilungen für Kinderchirurgie) geschlossen, und viele weitere werden vermutlich noch folgen.

## Kinder landen bei den Erwachsenen

Darunter leidet die flächendeckende Versorgung schon heute. Nach den Empfehlungen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin sollte eine Kinderklinik oder -abteilung in maximal 40 Minuten Fahrzeit und 30 Kilometer Fahrstrecke für den Patienten erreichbar sein. Das bedeutet: Kinderstationen sollten nicht mehr als 80 Minuten Fahrzeit bzw. 60 Kilometer voneinander entfernt sein. „Diese Vorgaben werden jedoch bereits heute teilweise nicht mehr erreicht“,

so Professor Berthold Koletzko“. Es werden immer mehr Kinder auf Erwachsenenstationen versorgt.

Probleme gibt es aber auch bei der Versorgung durch niedergelassene Kinderärzte, berichtet die Stiftung Kindergesundheit. Es gibt schon heute dünn besiedelte Gegenden in Deutschland, in denen Eltern bis zu 30 km zurücklegen müssen, um einen Kinder- und Jugendarzt zu erreichen. Immer mehr Kinder müssen von Ärzten betreut werden, die dafür nicht ausgebildet sind.

## Wie das kommt?

Für die heutigen Studenten der Medizin besteht in Deutschland keine obligatorische Prüfungspflicht mehr im Fach Kinderheilkunde. Nicht mal jeder fünfte Medizinstudent wird heute in theoretischen Kenntnissen in diesem Fach mündlich geprüft. Praktische Kenntnisse über die Besonderheiten der Erkrankungen von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen bzw. die Besonderheiten der Entwicklung, die Früherkennung und die Vorbeugung haben weniger als 10 Prozent der jungen Mediziner, die sich als Allgemeinärzte niederlassen.

Als Konsequenz der drohenden Entwicklung könnten

sechsjährige Kinder mit Leukämie eines Tages mit 80-Jährigen auf der Erwachsenenkrebsstation zusammenliegen, Babys von Ärzten behandelt werden, die von Kinderheilkunde nur wenig Ahnung haben und vielleicht zum ersten Mal einen Säugling sehen. Die Kinder würden von Krankenschwestern und -pflegern betreut, die in kindgerechter Pflege nicht ausgebildet sind.

Denn auch die Kinderkrankenpflege ist in ihrer Eigenständigkeit bedroht. Um die von der EU angemahnte Harmonisierung der Berufsbilder in Europa umzusetzen, ist es geplant, Kinderkrankenpflege, Erwachsenenpflege und Altenpflege in einen Topf zu werfen und für alle drei Pflegesparten eine allgemeine Ausbildung einzuführen.

Wird die Spezialisierung auf die Kinderkrankenpflege abgeschafft, droht ein nicht wieder gutzumachender Schaden für kranke Kinder und deren Angehörige, befürchtet die Stiftung Kindergesundheit.

Diese Befürchtung teilen alle, die tagtäglich Kinder und Jugendliche medizinisch versorgen. In einem Offenen Brief haben sich vor kurzem 33 Fachgesellschaften und Organisationen rund um die Kinder- und Jugendmedizin und aus

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

der Eltern-Selbsthilfe an die Parteispitzen von CDU, CSU und SPD gewandt, um den Beruf der hochspezialisierten Frauen und Männer der Kinderkrankenpflege zu erhalten. [Wie kam es zu dieser Situation?](#)

Der Teufelskreis begann mit dem Geburtenrückgang: 1966 kamen in beiden deutschen Staaten noch 1,3 Millionen Babys zur Welt. Dann setzte der Siegeszug der Pille ein und die Geburten wurden immer weniger. 2015 wurden nur noch 737.575 Babys geboren, darunter 147.905 Kinder ausländischer Eltern. Wer heute ein Kind bekommt, gehört bereits zu einem „geburtenschwachen“ Jahrgang, deshalb wird die Zahl der Geburten in den nächsten Jahren weiter abnehmen. Man braucht weniger Klinikbetten, die Betten stehen häufiger leer, kosten Geld.

[Kinder dürfen schneller nach Hause](#)

Der verhängnisvolle Prozess wird durch weitere Faktoren noch verstärkt:

Die Kinderkliniken bemühen sich darum, den stationären Aufenthalt der kleinen Patienten schon aus psychologischen Gründen auf die geringstmögliche Zeit zu beschränken. 1985 blieben kranke Kin-

der durchschnittlich 18,5 Tage in einer Klinik, heute dürfen sie schon nach 4,6 Tagen nach Hause. In diesen wenigen Tagen brauchen sie allerdings eine sehr intensive Betreuung, der so genannte Pflegeaufwand ist deshalb hoch und entsprechend teuer, sagt Professor Dr. Berthold Koletzko. Außerdem wird bei etwa 25 bis 30 Prozent der Behandlungen die untere Grenzverweildauer unterschritten, was wiederum mit hohen Abschlägen für die Erlöse der Klinik verbunden ist.

Die Krankheiten von Kindern verlaufen oft in Wellen:

Bei Ansteckungsepidemien sind die Kinderkliniken überlastet, dafür sind zum Beispiel in der Ferienzeit oft nur 40 Prozent der Betten belegt. Die hohen Fixkosten der Kinderkliniken für die ständige Bereithaltung der Leistungen sind aber im DRG-Vergütungssystem nicht berücksichtigt – für die Träger der Klinik sind Kinder auch deshalb ein Verlustgeschäft. Sie müssen die Behandlung der Kinder oft aus der Erwachsenenmedizin quersubventionieren.

Kinder müssen wegen anderen Krankheiten in einer Klinik aufgenommen werden als Erwachsene. Sie brauchen keine künstlichen Hüften oder Herz-

katheter und andere kostenintensive Eingriffe, die den Betreibern der Klinik hohe Einnahmen garantieren. Dafür haben Kinderkliniken einen hohen Anteil an Akutfällen (80%) und eine hohe Notfallquote (50%). Hinzu kommt, dass in den ersten Lebensjahren viele Fälle von seltenen Erkrankungen entdeckt werden, die in den Kinderkliniken betreut werden müssen. Diese Kinder benötigen eine aufwendige Versorgung, für die jedoch wegen der geringen Fallzahl nur selten eine angemessene Entlohnung vorgesehen ist.

[Betreuung von Kindern angemessen entlohnen](#)

Was tun? Die Stiftung Kindergesundheit verweist auf die 2016 veröffentlichten Empfehlungen des Deutschen Ethikrats („Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“). Darin heißt es: „Eine Lösung der skizzierten Probleme könnte darin bestehen, dass die die Kinder- und Jugendmedizin charakterisierenden Faktoren, wie zum Beispiel sehr kurze Verweildauern von Kindern im Krankenhaus oder eine vergleichsweise sehr aufwendige pflegerische und psychologische Betreuung, angemessen, das heißt kostendeckend im DRG-System berücksichtigt werden“.

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

Noch besser wäre es nach Ansicht des Ethikrats, „wenn die Kinder- und Jugendmedizin komplett von dem Fallgruppen-Vergütungssystem der Erwachsenenmedizin entkoppelt würde und entweder ein kinderspezifisches eigenes DRG-System etabliert oder für die stationäre Kinder- und Jugendmedizin ganz andere Abrechnungsmodi, etwa tagesgleiche Pflegesätze, eingeführt würden“.

Um die verhängnisvolle Entwicklung zu stoppen, sollten auch Eltern, wo immer es geht, Druck ausüben, rät die Stiftung Kindergesundheit:

Auf Gesundheitspolitiker von Bund, Ländern und Kommunen, auf Krankenhausträger, Kassenfunktionäre und ärztliche Standesvertreter. „Es muss ihnen klar gemacht werden: Wer die Renten der Alten sichern will, muss zuerst die Interessen der Kinder in den Mittelpunkt stellen“, betont Professor Berthold Koletzko mit großem Nachdruck. „Niemand schafft die Feuerwehr ab, nur, weil es drei Jahre nicht gebrannt hat. Genauso brauchen wir Kinderkliniken und Kinderärzte auch dann, wenn unsere Kinder gesund sind. Damit sie auch gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden“.

## **Pflegefachpersonen bald auf der Roten Liste - Versäumnisse der Vergangenheit rächen sich**

Berlin. Der Pflegefachpersonalmangel in Deutschland verschärft sich - nach Einschätzung des DBfK vor allem eine Folge politischer und unternehmerischer Fehlentscheidungen vergangener Jahre. Zunehmend mehr ausgebildete Fachkräfte sind nicht länger bereit, schlechte Arbeitsbedingungen hinzunehmen und sich weiter verträsten zu lassen.



Zahlreiche Berichte aus den vergangenen Wochen weisen auf dasselbe hin: die brisante Lage in der Pflege und die weitere Verschärfung des Pflegefachkräftemangels in Deutschland. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) verweist in diesem Zusammenhang auf politische und unternehmerische Versäumnisse und Fehlentscheidungen der vergangenen Jahre, die jetzt gravierende Konsequenzen zeigen. „Es wird immer schwieriger, Stellen mit Pflegefachpersonen zu besetzen. Das

liegt aber nicht an einem generellen Mangel an qualifizierten Personen, sondern an der abnehmenden Bereitschaft qualifizierter Pflegenden, die prekären Arbeitsbedingungen hinzunehmen“, erklärt dazu DBfK-Bundesgeschäftsführer Franz Wagner.

In der Altenpflege ist der Mangel am ausgeprägtesten. Hier gibt es laut aktueller Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (jüngste Engpassanalyse) auf 100 freie Stellen 32 arbeitslos gemeldete Altenpfleger/innen. Es dauert 167 Tage - also fast ein halbes Jahr - eine Stelle wieder zu besetzen. In der Gesundheits- und Krankenpflege ist der Mangel ähnlich gravierend: 69 Arbeitslose auf 100 Stellen und 140 Tage Vakanzzeit.

Arbeitgeber und Politik ernten nun, was sie gesät haben. Jahrelang ist die Pflegepersonalausstattung grob vernachlässigt, die überfällige Ausbildungsreform unnötig verschleppt worden und falsche, rein ökonomische Prioritäten haben den Beruf ausbluten lassen. „Zu wenig“ und „zu spät“ ist nun die ernüchternde Analyse, betrachtet man die halbherzigen Lösungsansätze aus Politik und Gesundheitswirtschaft. Das ist auch eine der Erklärungen für die schleppen-

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

de Annahme des aktuellen Pflegestellenförderprogramms in den Krankenhäusern – der GKV-Spitzenverband hatte vor wenigen Tagen über das Förderjahr 2016 berichtet. Hinzu kommt, dass die Vorlaufzeit relativ kurz war und die Kliniken 10% der Personalkosten aus eigenem Budget finanzieren müssen – da rückt dann die Pflegesituation in der (ökonomischen) Priorisierung einer Krankenhausleitung leicht wieder auf hintere Plätze.

Was muss jetzt geschehen? Das falsche Signal ist der Ruf nach einer Absenkung von Personal- oder Ausbildungsstandards! Gerade das hat ja zur jetzigen Situation geführt. Vielmehr braucht es eine Investition in den Beruf. Die Arbeitsbedingungen müssen sich spürbar verbessern. Das bedeutet zuallererst eine deutliche Anhebung der Stellschlüssel. Dies ließe sich durch eine Absenkung der Teilzeitquote, einen Abbau von Krankenhausbetten und die Rückgewinnung von Pflegefachpersonen, die den gewählten Beruf enttäuscht verlassen haben, Schritt für Schritt erreichen. Nötig ist eine Investition in die Qualifizierung! Mehr Qualität statt "Pflegen kann jeder"! Kurz gesagt: Gebraucht werden spürbare Verbesserun-

gen anstatt Kosmetik am System, Mut zum Umdenken und – ja, Geld wird es auch kosten! Den Preis für die fehlende Pflege zahlen die Menschen, die Pflege brauchen. Ist ihr Leid oder gar ein vorzeitiger Tod ausgeglichene Bilanzen oder gar eine zweistellige Dividende Wert? Bisher offensichtlich ja. Doch das muss sich jetzt ändern. Das verlangt nach einer Gemeinschaftsanstrengung aller Beteiligten. Die Kompetenz der professionellen Pflege ist die am meisten unterschätzte Ressource im Gesundheitswesen. Damit muss endlich Schluss sein.

## **Gestufte Notfallstrukturen: IGES Institut befragt Krankenhäuser**

Berlin. Das IGES Institut befragt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) derzeit alle deutschen Krankenhäuser zu ihren vorhandenen Notfallstrukturen. Die ca. 2000 zugelassenen Krankenhäuser sind gebeten, sich an der bundesweiten Fragebogenaktion zu beteiligen und eine Selbsteinschätzung hinsichtlich des bisher erarbeiteten Konzeptes des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen abzugeben. Ziel ist

es, möglichst belastbare Daten zu den möglichen Auswirkungen der verschiedenen G-BA-Konzepte auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu erhalten.

Die vom IGES Institut ausgewerteten Daten werden in den weiteren Beratungen des G-BA berücksichtigt. Bis zum 31. Dezember 2017 wird der G-BA einen Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern fassen. Die Regelungen des G-BA dienen dann als Grundlage für die Berechnung von Zu- und Abschlägen in der Krankenhausfinanzierung.

Die Befragung des IGES Institutes startete am 10. Juli 2017 und endet am 16. August 2017.

## **Hintergrund – Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern**

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde dem G-BA die neue Aufgabe übertragen, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Kranken-

häusern zu entwickeln. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zu x der Art und der Anzahl von



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

Fachabteilungen,  
x der Anzahl und der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie  
x dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen  
x differenziert festzulegen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde der G-BA beauftragt, vor einer abschließenden Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse bei seiner abschließenden Beschlussfassung zu berücksichtigen.

## **DEGEMED-Stellungnahme zur Aktualisierung der Reha-Richtlinie**



Berlin. Die DEGEMED begrüßt die Aktualisierung der Rehabilitations-Richtlinie (Re-RL) und die Möglichkeit der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Aufgrund steigender und veränderter Anforderungen sind erweiterte sozialrechtliche Befugnisse für Psychotherapeuten zeitge-

mäß. Damit können Umwege vermieden werden und die Versorgung mit Reha-Leistungen für Betroffene schneller und zielgerichteter erfolgen.

## **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zu aktueller Methadon-Diskussion: Man muss klar zwischen Schmerz- und Tumortherapie trennen!**

*DGP rät vom Einsatz von Methadon zur Tumortherapie ab.*  
Berlin. Zur derzeitigen Diskussion zum Einsatz von Methadon in der Krebstherapie betont



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in einer aktuellen Stellungnahme: Da es bislang keine Belege dafür gäbe, dass Methadon beim Menschen eine Hemmung des Gewebewachstums bewirkt, „(...) raten wir von der Verwendung von D,L-Methadon zur Tumortherapie ab.“.

Dominik Bauer, Sprecher der Sektion Pharmazie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, erläutert: „Man muss sehr klar trennen zwischen dem Einsatz von Methadon zur Schmerztherapie und zur Tumortherapie: Methadon hat eine unbestrittene Wirkung auf

Schmerzen, wie sie auch im Rahmen von Tumorerkrankungen vorkommen können, wohingegen es bisher keinen ausreichenden Nachweis für eine wachstumshemmende Wirkung auf das Tumorgewebe beim Menschen direkt gibt.“

Gleichzeitig äußert der Präsident der DGP, Prof. Dr. Lukas Radbruch, größtes Verständnis für die Hoffnungen von Krebspatienten, die mit vermeintlich neuen Medikamenten verbunden sind. Es sei dringend notwendig, schwerstkranke

Menschen mit ihrer Verzweiflung sowie ihren Ängsten, Nöten und Überlegungen z.B. an the-

rapeutischen Weggabelungen nicht allein zu lassen, sondern ihnen Informationen und Raum für ihre Entscheidungsfindung zu geben und ihnen ein klares Angebot zur Begleitung auf diesem Weg zu machen. „Gerade deshalb fühlen wir uns zu einer pharmakologischen Bewertung aufgerufen: Trotz der massiven Berichterstattung über eine Antitumorwirkung von D,L-Methadon konnte dieser Effekt bei Menschen bisher noch nicht durch entsprechend notwendige klinische Studien nachgewiesen werden.“

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

Außerdem warnt Anästhesiologe Radbruch, dass beim Einsatz von Methadon durch Un- erfahrene die Gefahr von Überdosierungen bestehe, die mit potentiell tödlichem Aus- gang verbunden sein können. Auf Grund des erhöhten Risi- kos für Nebenwirkungen im Vergleich mit anderen Opi- oiden und der hohen Anzahl an Überdosierungen stelle D,L- Methadon deshalb „nicht das Mittel der ersten Wahl“ dar. Aus Sicht der Pharmazeuten der DGP sind die Aussagen zur Wirkung von D,L-Methadon bei Tumorpatienten „sehr kritisch zu hinterfragen und zu bewerten.“ Denn bislang bleibe die Antitumorwirkung am Menschen völlig unklar. „Die Aussagen zur Wirksamkeit von D,L-Methadon zur Tumorthera- pie entsprechen somit nicht dem derzeitigen wissenschaft- lichen Stand und sind auf die Situation beim Menschen nicht übertragbar.“

## **TK-Bilanz 2016: Mehr Ver- sicherte, höhere Ausgaben**

Hamburg. Der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse (TK) hat auf seiner Sommersit- zung in Königswinter die Jah- resrechnung 2016 abgenom- men. Dem Vorstand wurde Entlastung erteilt. Die TK schließt das Haushalts-

jahr 2016 mit einem Plus von 22 Millionen Euro ab. Die Ausga- ben beliefen sich auf 24,57 Mil- liarden Euro. Dem standen Ein- nahmen von 24,59 Milliarden Euro gegenüber.

Mehr Versicherte und eine gute Konjunkturlage - von die- sen beiden Faktoren war das Geschäftsjahr geprägt. Auf der anderen Seite stiegen je- doch die Ausgaben im Ge- sundheitswesen weiter, und der Morbi-RSA sorgte für zu- nehmende Verzerrungen im Wettbewerb der Kassen. Der Gesundheitsfonds wies den Versicherten der TK auch im Haushaltsjahr 2016 nicht ein- mal mehr den Betrag zu, der zu ihrer Versorgung nötig ge- wesen wäre. Der TK gelang es jedoch, diese Minderzuweisun- gen durch effizientere Struktu- ren und damit weit unter dem Durchschnitt liegende Verwal- tungskosten aufzufangen, um so weiter einen günstigen Bei- tragssatz anbieten zu können. So lag der Zusatzbeitrag, den die Kassen individuell festle- gen, bei der TK im vergange- nen Jahr wieder unter dem amtlichen Durchschnitt. Er be- trug 1,0 Prozent.

## **Höhere Ausgaben für Arznei- mittel**

Die Leistungsausgaben je Ver- sicherten stiegen um 3,1 Pro- zent und damit etwas mode-

rater als im Vorjahr. Dabei nahmen die Ausgaben für Arz- neimittel auf hohem Niveau erneut zu - um 3,9 Prozent - und summieren sich auf vier Milliarden Euro. Die höchsten Ausgaben verzeichnet die TK bei den Kosten für Krankenh- ausbehandlungen. Erstmals übersteigt dieser Wert die Marke von sieben Milliarden Euro - je Versicherten ist das ein Zu- wachs um 3,8 Prozent.

## **Zahl der Versicherten steigt weiter**

Im vergangenen Jahr stieg die Zahl der TK-Mitglieder um rund 298.000, die der Versicherten um rund 319.000. Die TK hatte zum Jahresende 2016 insge- samt 9,8 Millionen Versicherte und 7,3 Millionen Mitglieder. Das entspricht einer Stei- gerung von 3,4 beziehungs- weise 4,2 Prozent.

## **Verwaltungskosten unter dem Durchschnitt**

2016 lagen die Verwaltungs- kosten der TK erneut deutlich unter dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversiche- rung. Sie betragen 136 Euro je Versicherten - im Durchschnitt der gesetzlichen Krankenver- sicherung waren es 153 Euro.

## **Pflegeversicherung: Großteil geht in den Ausgleichsfonds**

Die Leistungsausgaben der TK- Pflegeversicherung betragen rund 1,3 Milliarden Euro. Mit

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

17. Juli 2017

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

drei Milliarden Euro floss der Großteil der Einnahmen der Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds. Aus diesem Fonds werden andere Pflegekassen unterstützt, deren Ausgaben nicht ausreichend durch Einnahmen gedeckt sind. Die TK-Pflegeversicherung ist eine eigenständige Organisation mit separater Jahresrechnung unter dem Dach der TK.

## **TK künftig mit Dreier-Spitze: Karen Walkenhorst in den Vorstand gewählt**

Hamburg. Der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse (TK) hat auf seiner Sitzung in Königswinter Karen Walkenhorst (51) zum dritten Vorstand des Unternehmens gewählt. Die Diplom-Sozialwissenschaftlerin verantwortet ab 1.

August als drittes Vorstandsmitglied die Bereiche Personal, Mitgliedschaft und Beiträge sowie Markt und Kunde. Gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Jens Baas und dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Thomas

Ballast führt Walkenhorst dann die TK, die 2016 um rund 319.000 Versicherte wuchs. Die gebürtige Essenerin ist seit 2001 im Unternehmen tätig, seit 13 Jahren als Geschäftsbereichsleiterin in der Versorgung. Aktuell leitet sie den Bereich Versorgungssteuerung und ist somit verantwortlich für die operativen Versorgungszentren und die Fachbereiche ambulante und stationäre Versorgung sowie Pflege.

„Ich sehe meine Aufgabe darin, die gute Wettbewerbsposition der TK weiter auszubauen und die Digitalisierung in strategisch wichtigen Bereichen



TK-Vorstand ab 1. August 2017, v. l. Thomas Ballast, Dr. Jens Baas, Karen Walkenhorst

im Sinne unserer Kunden weiter voranzutreiben. Dabei sind unsere mehr als 13.000 Mitarbeiter der wichtigste Faktor für unseren Erfolg und ich freue mich auf den gemeinsamen Weg“, sagt Karen Walkenhorst anlässlich ihrer Wahl.

TK-Chef Dr. Jens Baas: "Die TK macht sich stark für einen gesunden Wettbewerb im Gesundheitswesen. Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter, unserer mehr als 9,9 Millionen Ver-

sicherten und rund 800.000 Firmenkunden sowie ein wettbewerbsfähiger Beitragssatz sind dabei zentrale Erfolgsfaktoren. Diese wird Karen Walkenhorst künftig weiter entwickeln und gestalten, um unsere gute Marktposition weiter auszubauen. Ich freue mich auf die gemeinsame Arbeit im Vorstand.“ Thomas Ballast ergänzt: "Mit Karen Walkenhorst bringt eine über die TK hinaus hochgeschätzte Kollegin ihre Expertise in zentrale Unternehmensbereiche der Vorstandsarbeit ein. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit."

## **Verwaltungsrat: Unternehmen für die Zukunft aufgestellt**

Der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrats der TK, Dieter F. Märtens, begrüßte das neue Vorstandsmitglied im Namen der ehrenamtlichen Selbstverwalter auf der Sitzung: "Die TK ist auch 2016 erfolgreich gewachsen und stellt sich jetzt weiter für die Zukunft auf. Mit dem neuen Vorstandsbereich bündelt die TK hierfür ausschlaggebende Schlüsselfaktoren. Mit Karen Walkenhorst übernimmt eine ausgewiesene Expertin für ökonomische Aspekte der Sozialversicherung diese wichtige Aufgabe. Wir wünschen Ihr für diese Aufgabe alles Gute", so Märtens.