

ersatzkasse magazin.

G20634



„Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat neue Anerkennung erfahren“

BVÖGD-Vorsitzende
Dr. Ute Teichert im Interview

Fallpauschalen

Ein System mit Zukunft

Seltene Erkrankungen

Zeichen für eine bessere Versorgung

Testen und Impfen gegen Corona

Die Impfstrategie nimmt Fahrt auf. Bis das Ziel einer ausreichend hohen Impfquote erreicht ist, liegen große Hoffnungen auf wiederholten und flächendeckenden Testungen

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten mit insgesamt rund 360 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/3 84 10-0
Fax: 02 11/3 84 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

Geschäftsstelle

Westfalen-Lippe
Kampstraße 42
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/9 17 71-0
Fax: 02 31/9 17 71-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2
99099 Erfurt
Tel.: 03 61/4 42 52-0
Fax: 03 61/4 42 52-28
lv-thuringen@vdek.com

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Corona und kein Ende. Die dritte Welle schwappt über Deutschland hinweg und wir bewegen uns von einem Lockdown zum nächsten – allerdings mit teilweise regionalen Öffnungsstrategien einzelner Bundesländer. Was ist die richtige Strategie? Auf jeden Fall sollen Tests, Impfungen und die Kontaktnachvollziehung helfen, wieder ein bisschen Normalität in unser Leben zu bringen. Selbsttests werden in Schulen und in den Betrieben ausgegeben und sind im Supermarkt erhältlich, das Impfen schreitet voran, auch Haus- und Betriebsärzte dürfen jetzt impfen. Bei der Diskussion um mögliche Nebenwirkungen von Vakzinen wurde jedoch deutlich, dass Impfstoff nicht gleich Impfstoff ist. Die Expert*innen vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) haben Fragen und Antworten rund um die Funktionsweise von Impfstoffen zusammengestellt.

Für die Kontaktnachvollziehung ist in erster Linie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) zuständig. Während er in der öffentlichen Wahrnehmung vor der Corona-Zeit eher ein Schattendasein führte, hat er jetzt eine deutliche Aufwertung erfahren, sagt Dr. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD), im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Um die Arbeit des ÖGD wirkungsvoller zu machen, sieht Teichert zwei Stellschrauben. Wegkommen von der kurzfristigen Personalpolitik und die Beschleunigung der digitalen Prozesse bei den Befunden, der Kontaktnachverfolgung und der Zusammenarbeit der Ämter untereinander.

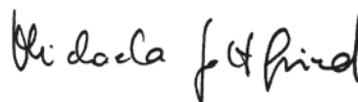
Doch wie Dr. Teichert warnt auch Prof. Gernot Marx, neuer Präsident der Deutschen

Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), davor, bei all den Herausforderungen durch die Corona-Pandemie nicht die anderen Aufgaben bzw. andere schwerkranke Patient*innen zu vergessen. Wichtige Aufgabe in der Intensivmedizin sei nach wie vor die Neustrukturierung der Notfallmedizin, die Weiterentwicklung der Telemedizin in der Intensivmedizin und die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren.

Das „Nicht vergessen werden“ ist gerade für Patient*innen, die an sogenannten seltenen Erkrankungen leiden, ganz wichtig. Oftmals fällt schon die Diagnose dieser Krankheiten extrem schwer – und ohne Diagnose ist keine zielgerichtete Behandlung möglich. Die Ersatzkassen haben jetzt einen Versorgungsvertrag mit der Charité Berlin sowie den Unikliniken Bonn und Tübingen geschlossen, mit dem eine interdisziplinäre Diagnosestellung ermöglicht werden soll.

Aufgrund der Bundestagswahl im September geraten einige wichtige Themen jedoch ins Hintertreffen. Dazu gehört die Reform der Krankenhausstrukturen inklusive der Weiterentwicklung der Fallpauschalenvergütung im Rahmen der DRG. Die Pandemie hat mehr als deutlich gezeigt, dass hier dringender Handlungsbedarf besteht. Gefordert sind Bund und Länder gemeinsam! In der Zusammenarbeit – das zeigen die zahlreichen Ministerpräsidentenkonferenzen zum Thema Corona-Management – gibt es aber auf jeden Fall noch Optimierungsbedarf, meint

Ihre



Michaela Gottfried



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Michaela Gottfried
Abteilungsleiterin
Kommunikation beim vdek



Inhalt

2. Ausgabe 2021

POLITIK

25. Auflage der vdek-Basisdaten erschienen	7
Aktuelle Gesetzesvorhaben	8
Baden-Württemberg nach der Wahl	10
Gesundheitspolitik in Rheinland-Pfalz	12
Gesetzgebung: Klinische Krebsregister	14
DRG – Ein System mit Zukunft	16
Neues Zertifikat für Zentren	18
Einwurf: Umbau ist überfällig	19

AUS DEN KASSEN

Kinder erhalten immer mehr Psychotherapie	20
---	----

IM FOKUS SELTENE ERKRANKUNGEN

NAMSE: Ein Bündnis für die Seltenen	24
Exom-Diagnostik	26
Anforderungen an Diagnostik und Therapie	28
Drei Fragen an Prof. Josef Hecken	30

TITEL TESTEN UND IMPFEN GEGEN CORONA

Impfstoff ist nicht gleich Impfstoff	32
Intensivmedizin: Drei Fragen an Prof. Gernot Marx	35
Testen als Baustein der Pandemiebekämpfung	36
Interview mit Dr. Ute Teichert	38

VERMISCHTES

Für Sie gelesen: Bibliothek	42
Die neue Arbeitswelt gesund gestalten	44
Steckbrief: Daniela Behrens	45
PS: Anregungen zum Glücklichein	46



TITELTHEMA

Testen und Impfen gegen Corona

Große Hoffnungen liegen auf der Test- und Impfstrategie, um die Corona-Krise zu überwinden. Da die Impfquote der vollständig geimpften Menschen in Deutschland noch sehr niedrig ist und Impfstoffe nicht für alle Altersgruppen in der Bevölkerung zur Verfügung stehen, werden PCR-Tests, Antigen-Schnelltests und Antigen-Selbsttests immer wichtiger. Parallel dazu laufen die Anstrengungen auf Hochtönen, die Impfstoffmenge deutlich zu erhöhen und neben den verwendeten Corona-Impfstoffen von BioNTech/Pfizer, AstraZeneca und Moderna weitere Impfstoffe einzusetzen.

INTERVIEW

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat neue Anerkennung erfahren“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gehört zu den Institutionen, die in der Corona-Pandemie stark ins Blickfeld gerückt sind. Der ÖGD habe eine Anerkennung erlebt, die sie so nie erwartet hätte, sagt Dr. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Sie plädiert unter anderem für eine einheitlichere Digitalisierung der Kontaktnachverfolgung. Es wäre besser, wenn die Pandemiesoftware SORMAS bundesweit von allen Gesundheitsämtern genutzt würde.



IM FOKUS

Fortschritte bei den Seltenen

Das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) setzt sich dafür ein, die Situation von Menschen mit einer seltenen Erkrankung zu verbessern. Auch die Ersatzkassen haben ein Zeichen für eine bessere Versorgung gesetzt. Für ihre Versicherten, bei denen der Verdacht auf eine seltene Erkrankung ohne klare Diagnose vorliegt, hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem Universitätsklinikum Bonn und dem Universitätsklinikum Tübingen einen besonderen Versorgungsvertrag geschlossen.





PERSONALIEN

Wechsel beim MDS und der DKG



Foto: MDS

Dr. Stefan Gronemeyer hat am 1. April 2021 seine neue Position als Geschäftsführer beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(MDS) angetreten. In diese Funktion wurde Gronemeyer vom Verwaltungsrat einstimmig gewählt. Gronemeyer war seit 2010 Leiter der Arzt und stellvertretender Geschäftsführer beim MDS. Davor war der 60-Jährige in leitenden Funktionen beim MDS tätig. Nach dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin absolvierte Gronemeyer die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und war lange Jahre sowohl in der Akutmedizin als auch in der medizinischen Rehabilitation tätig, zuletzt als Leitender Oberarzt einer kardiologischen Fachklinik. Das Interesse für ärztliches Qualitätsmanagement und Versorgungsfragen führte ihn 2005 zum MDS.



Foto: MDS

Dr. Peter Pick, bisheriger Geschäftsführer des MDS, wechselte in die Position des stellvertretenden Geschäftsführers und Beauftragten für Errichtungs-

fragen. Der 65-Jährige war seit 1997 in der Funktion des MDS-Geschäftsführers tätig. Nach dem MDK-Reformgesetz wird der MDS bis Anfang 2022 in Medizinischer Dienst umbenannt und in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts umgewandelt. Die Träger werden die Medizinischen Dienste (MD) auf Landesebene sein.

Einsicht des Monats

„Wer vollständig geimpft wurde, kann in Zukunft wie jemand behandelt werden, der negativ getestet wurde.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang April 2021 gegenüber der „Bild am Sonntag“. Hintergrund der Aussage ist eine Analyse des Robert Koch-Instituts. Demnach geht von Geimpften ab dem 15. Tag nach der zweiten Dosis ein geringeres Infektionsrisiko aus als von Personen mit negativem Schnelltest.



Foto: DKG/Fobias Vollmer

Dr. Gerald Gaß trat am 1. April 2021 die Nachfolge von Georg Baum an der Spitze der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) an. Gaß war bereits bis

Ende 2020 ehrenamtlicher Präsident des Verbandes und wechselte nun hauptamtlich in die Geschäftsstelle nach Berlin. Baum geht nach 15 Jahren im Amt des DKG-Hauptgeschäftsführers in den Ruhestand. Gaß besetzt damit die neugeschaffene Position des Vorstandsvorsitzenden. Er war zuletzt Geschäftsführer des Landeskrankenhauses Rheinland-Pfalz. Zuvor leitete der 1963 geborene promovierte Volkswirt und Soziologe von 2001 bis 2008 die Abteilung Gesundheit im Rheinland-Pfälzischen Sozialministerium. *pm*

SACHVERSTÄNDIGENRAT

Gutachten stößt Debatte um Digitalisierung an

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat kürzlich sein neues Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben. In dem fast 400 Seiten umfassenden Gutachten beschäftigt sich der Sachverständigenrat intensiv mit den Rahmenbedingungen der Digitalisierung, der elektronischen Patientenakte (ePA), den digitalen Gesundheitsanwendungen, den Forschungsdaten, der digitalen Gesundheitskompetenz und einer Strategie für ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem. Mit dem Gutachten stößt der Sachverständigenrat eine breite Diskussion im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung an.

Der Sachverständigenrat zieht insgesamt das Resümee, dass die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen weit hinter anderen Ländern zurückliegt. Um die Digitalisierung des Gesundheitswesens optimal für das Patientenwohl zu nutzen, hält der Sachverständigenrat es für notwendig, die Debatte in Deutschland neu und anders zu führen. Demnach müssen alle Normen in den Blick genommen werden und in ein ebenso wert- und praxisorientiertes Verhältnis zueinander gebracht werden.

Ganz explizit fordert der Sachverständigenrat, dass der Datenschutz im Sinne eines umfassenden Patientenschutzes neu gedacht werden müsse. Demzufolge gelte es, den Datenschutz insbesondere mit dem Schutz von Leben und Gesundheit abzuwägen und in sinnvollen Einklang zu bringen. Bezüglich der ePA fordert er ein Opt-out-Verfahren (Widerspruchsmöglichkeit). *pm*

www.svr-gesundheit.de

Die aktuelle Zahl

4.944

So viel Euro je Bundesbürger betrogen im Jahr 2019 die Gesundheitsausgaben in Deutschland. Das ist ein Anstieg um 4,9 Prozent zum Vorjahr, wie das Statistische Bundesamt anlässlich des diesjährigen Weltgesundheitstages mitgeteilt hat.

DATEN ZUM GESUNDHEITSWESEN

25. Auflage der vdek-Basisdaten erschienen



Die vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens feiern Jubiläum: Die 25. Auflage der Broschüre des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist erschienen. Wichtige

Themen der aktuellen Ausgabe: Immer mehr Menschen vertrauen auf den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – von den mehr als 83 Millionen Einwohnern Deutschlands waren 2020 rund 73 Millionen GKV-versichert. Das ist ein neuer Rekordwert. Auch die GKV-Leistungsausgaben steigen weiter an. Spitzenreiter sind hier die Ausgaben für Prävention, Selbsthilfe und soziale Dienste, die 2019 im Vergleich zum Vorjahr um 15,6 Prozent gestiegen sind. Die zweithöchste Steigerung verzeichnen die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel mit jeweils 15,2 Prozent.

Diese und viele weitere wichtige Daten, Zahlen und Fakten aus dem Gesundheitswesen liefern die vdek-Basisdaten auf 63 Seiten.

Themenbereiche: Bevölkerung, Versicherte, Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung und soziale Pflegeversicherung. Die Informationen sind wie immer anschaulich aufbereitet in Grafiken, Diagrammen und Tabellen.

Ein kostenfreies Exemplar 2021 kann unter basisdaten@vdek.com bestellt werden. Sämtliche Inhalte sowie weitere Daten stehen auf der Internetseite des vdek zum kostenlosen Download bereit. Die Informationen werden kontinuierlich aktualisiert.

www.vdek.com unter
Presse/Daten Gesundheitswesen

CORONA-PANDEMIE

Bedürfnisse von Kindern berücksichtigen

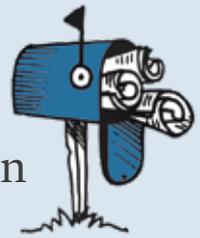
Die aktuelle Situation für chronisch herzkrankte Kinder und Jugendliche und deren Familien sei nach über einem Jahr in der Corona-Pandemie aufgrund der fehlenden Impf-Perspektive nach wie vor unbefriedigend, hat die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, erklärt. Bis ein zugelassener Impfstoff für diese vulnerable Gruppe zur Verfügung stehe, müssten ihre besonderen Bedürfnisse bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Schutz-, Test-, und Impfkonzepthen verstärkt in den Blick genommen werden. „Das Ziel muss es sein, ihre Teilhabe am sozialen Leben durch einen bestmöglichen Schutz zu ermöglichen“, forderte Schmidtke.

Entsprechend müssten die Zulassungsstudien für kindgerechte Covid-19-Impfstoffe weiter vorangetrieben werden, so Schmidtke weiter.

Die Ergebnisse der Phase-3-Studie zur hohen Wirksamkeit des Impfstoffs von BioNTech/Pfizer bei Jugendlichen im Alter von zwölf bis 15 Jahren seien sehr ermutigend und mittelfristig ein sehr gutes Zeichen. „Kurzfristig kommt es jetzt darauf an, Impfstoffe, die bereits ab dem Alter von 16 Jahren durch die Europäische Arzneimittel-Agentur zugelassen sind, auch sofort an alle Jugendlichen ab 16 Jahren mit schweren chronischen Erkrankungen zu verimpfen.“ Wichtig sei zudem, eine niedrigschwellige Impf-Zulassung von mehr als zwei Kontaktpersonen für chronisch schwer kranke Kinder und Jugendliche zu ermöglichen, die nicht selbst geimpft werden können. / pm

PRESSESCHAU

Das schreiben die anderen



Corona: Grundrechtsfragen

„Noch Ende vergangenen Jahres hatte sich Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) entschieden gegen Sonderrechte für Geimpfte gewandt. Doch von Sonderrechten oder Privilegien für Geimpfte kann nicht die Rede sein, es handelt sich nur um die Rücknahme von Grundrechtseinschränkungen. Das ist keine soziale Wohltat eines paternalistischen Staates, sondern recht und billig und unumgänglich.“

[FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 5.4.2021](#)

Corona: Signalwirkungen

„Intensivmediziner warnen vor einer starken Überlastung der Kliniken ab Mai. [...] Um diese Entwicklung zu vermeiden oder zumindest zu mindern, müssen die Kontakte – und zwar vor allem die in geschlossenen Räumen – in den nächsten Wochen noch stärker verringert werden als im ersten Lockdown im vergangenen Jahr. Doch statt intensiv für diese letzte Anstrengung bis zur erlösenden Impfung zu werben, haben viele Ministerpräsident*innen mit diversen Lockerungen zunächst das gegenteilige Signal geschickt: So ernst sei die Lage gar nicht. Eine Mehrheit der Bevölkerung hat es für diese Öffnungen nie gegeben; nachgegeben hat die Politik vielmehr einer lautstarken Minderheit.“

[TAZ, 3.4.2021](#)

Corona: Risikoabwägung

„Angesichts der dritten Welle ist es zu begrüßen, dass der Einsatz von AstraZeneca bei Jüngeren nicht kategorisch ausgeschlossen wird. Auch wer noch keine 60 ist, kann sich impfen lassen, wenn er – wie fast alle Fachleute – das Risiko einer Corona-Erkrankung für größer hält als das einer seltenen Nebenwirkung, die zudem gut behandelbar ist. Der Umgang mit AstraZeneca zeigt zudem, dass die Überwachung der Impfstoffe gut funktioniert und dass bei Bedarf schnell gehandelt wird.“

[STUTTGARTER ZEITUNG, 1.4.2021](#)



ÜBERSICHT

Aktuelle Gesetzesvorhaben

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

- Mindestmengen für die stationäre Versorgung sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden.
- Für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern soll ein fixes Ausgabenvolumen in Höhe von 30 Cent pro Versicherten ab 2022 (inklusive einer Dynamisierungsklausel) bis einschließlich 2028 vorgesehen werden.
- Für jährlich zwei weitere operative Eingriffe soll der G-BA strukturierte Zweitmeinungsverfahren entwickeln.
- Innerhalb von 24 Monaten soll der G-BA ein Disease-Management-Programm Adipositas entwickeln.
- Der unparteiische G-BA-Vorsitzende erhält eigenes Antragsrecht im Plenum.
- Die Krankenkassen sollen künftig gemeinsam mit den Kommunen lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke etablieren.
- Im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollen Anpassungen beim Kinderkrankengeld und bei den Auslandsversicherten vorgenommen werden.
- Ab dem vierten Quartal 2021 soll ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung etabliert werden.
- Vertragsärzte, -zahnärzte sowie -psychotherapeuten werden zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet.
- Ein bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren für ambulante ärztliche Notfallbehandlung soll zukünftig vom G-BA beschlossen werden. Dieses soll insbesondere Vorgaben für Qualität, Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie zur Form der Abrechnungsunterlagen enthalten.
- Ambulante Krebsberatungsstellen sollen vom 1. Januar 2021 mit jährlich 42 Millionen Euro durch den GKV-Spitzenverband gefördert werden. Der Anteil der privaten Krankenversicherung entspricht sieben Prozent.
- Hausärzte können bei Bedarf ihre Patienten über die Organ- und Gewebespende alle zwei Jahre ergebnisoffen beraten.
- Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sollen im Jahr 2021 Zahlungen von 190 Millionen Euro an das Bundesministerium für Gesundheit zur Finanzierung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln für Ärzte und Zahnärzte erfolgen.

Kabinettsentwurf vom 16. Dezember 2020

Inkrafttreten: Nach Verkündung

Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung (KKWerbeV)

- Die Gewährung geldwerter Vorteile für den Wechsel oder für den Verzicht auf den Wechsel der Krankenkasse wird untersagt.
- Krankenkassen sind im Falle einer grundsätzlich zulässigen vergleichenden Werbung zu besonderer Fairness angehalten. Beitragssatzvergleiche sind nur zulässig, wenn zugleich über etwaige Leistungsvergleiche aufgeklärt wird.
- Krankenkassen dürfen zukünftig Angebote Dritter nur bewerben, wenn es sich um gesetzlich oder satzungsgemäß vorgesehene Leistungen der jeweiligen Kasse handelt. Durch die Neuregelung sollen Werbemaßnahmen der Krankenkassen bei Sportveranstaltungen stark eingeschränkt werden. Künftig soll insbesondere die Banden- und Trikotwerbung im Spitzensport und Profisport untersagt werden, weil dies als reine Marken- bzw. Imagewerbung angesehen wird.
- Aufwandsentschädigungen für das Werben von Mitgliedern durch externe Dienstleister müssen in das Gesamtwerbudget einbezogen werden.
- Zukünftig dürfen Leistungsbescheide der Krankenkassen keine Werbemaßnahmen beinhalten.

Referentenentwurf vom 2. Dezember 2020

Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten

- Zur Verbesserung der Versorgung und Forschung in der Onkologie sollen die klinischen und epidemiologischen Daten der Krebsregister der Länder bundesweit in einem zweistufigen Prozess unter dem Dach des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) beim Robert Koch-Institut zusammengeführt werden.
- Der an das ZfKD zu liefernde epidemiologische Datensatz soll in einer ersten Stufe um weitere Daten der klinischen Krebsregistrierung, insbesondere zur Therapie und zum Verlauf der Erkrankung, erweitert werden. Personenbezogene Angaben zu den Meldern werden nicht übermittelt.
- Der Gesetzentwurf schafft darüber hinaus die Grundlagen dafür, dass in einer zweiten Stufe zusätzliche, in der ersten Stufe nicht verfügbare Daten für Forschung und Versorgung genutzt werden können. Im Mittelpunkt stehen dabei patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungsmöglichkeiten.
- Die Krebsregisterfallpauschale soll von 119 Euro auf 141,73 Euro erhöht werden und für jede erstmals in diesem Register verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor ausgezahlt werden (Mehrfachauszahlung der Pauschale).

Kabinettsentwurf vom 10. Februar 2021
Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

> [Seite 14](#)

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

- Die Telemedizin wird ausgebaut und die Möglichkeiten zur Videobehandlung in verschiedenen Leistungsbereichen werden erweitert. Die Terminservicestellen können zukünftig auch Videosprechstunden bei einem Vertragsarzt vermitteln. Heilmitteltherapien und Leistungen von Hebammen werden dauerhaft im Rahmen einer Videobehandlung ermöglicht.
- Die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wird weiterentwickelt. Die Anforderungen an DiGA im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit sollen erhöht werden. Es wird ein verpflichtendes Zertifikat für die Informationssicherheit eingeführt.
- Mit Heil- und Hilfsmittelerbringern, Erbringern von Soziotherapie sowie zahnmedizinischen Laboren werden weitere Gesundheitsberufe an die Telematikinfrastruktur angebunden.
- Ab 2023 sollen Versicherte und Leistungserbringer, z. B. zur Authentifizierung bei der Videosprechstunde, von den Krankenkassen digitale Identitäten erhalten, die dabei unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte sind und als Versicherungsnachweis dienen.
- Für die Bereiche der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege, der Soziotherapie, der Heil- und Hilfsmittel, der Betäubungsmittel und weiterer verschreibungspflichtiger Arzneimittel werden elektronische Verordnungen eingeführt.
- Zukünftig sollen digitale Anwendungen, auch zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen, Teil des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung sein. Über die Notwendigkeit der Versorgung mit einer sogenannten Digitalen Pflegeanwendung (DiPA) entscheidet die Pflegekasse.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, dem bereits bestehenden Nationalen Gesundheitsportal Daten zu Vertragsärzten und -zahnärzten einschließlich Sprechstundenzeiten und Angaben unter anderem über Schwerpunkte und besondere Qualifikationen zur Verfügung zu stellen.
- Es besteht Bestandsschutz für die bisher bestehenden Solidargemeinschaften.

Kabinettsentwurf vom 20. Januar 2021
Inkrafttreten: In Teilen nach Verkündung bzw. am 1. Januar 2022

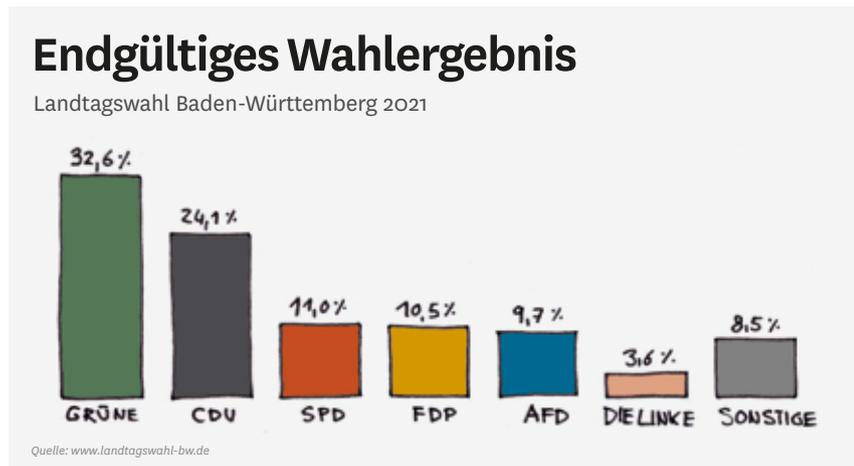


BADEN-WÜRTTEMBERG NACH DER WAHL

Keine Experimente

Die Grünen werden zum dritten Mal in Baden-Württemberg eine neue Landesregierung anführen. Keine Experimente und eine geerdete am Menschen orientierte Gesundheitspolitik sind ihre Leitlinien. Die flächendeckende Versorgung zu sichern ist ihr Top-Anliegen – und das wollen sie erneut mit der CDU durchsetzen. Corona hat trotzdem neue Impulse gebracht.

/Text/ Christoph Link



Die Corona-Krise hat auch auf den Landtagswahlkampf in Baden-Württemberg eingewirkt, tagesaktuell hatte die Opposition sich kritisch mit Impf- und Teststrategien auseinandergesetzt. Doch in den großen Linien der Gesundheitspolitik herrscht bei den für eine Regierung infrage kommenden Parteien Konsens – vor und nach der Wahl. Nur die AfD und die Linke, die es nicht in den Landtag geschafft hat, hatten im Wahlkampf eine Bestandsgarantie für die Krankenhäuser auf dem Land verlangt. Gesundheitspolitiker

in Stuttgart betonen stets, dass Baden-Württemberg beim Abbau von Klinikbetten seine „Hausaufgaben“ gemacht habe, die Zahl der Krankenhausbetten 15 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt liege und das Land nur 250 Krankenhäuser habe, das vergleichbare Bayern aber 345 – und trotzdem geht die Strukturdebatte munter weiter: Allein im badischen Landesteil betrifft sie derzeit drei Klinikstandorte.

Die Corona-Pandemie hat den Glauben an das kleine Provinzkrankenhaus nicht bestärkt, im Gegenteil. Die Bilder und Berichte von Intensivstationen mit beatmeten Covid-19-Patienten könnten auch im Wahlvolk das Einsehen genährt haben, dass eine weitere Spezialisierung und Konzentration vielleicht nicht verkehrt seien. Neue Krankenhausbauten sollen „höchste medizinische, ökologische und Inklusionsstandards erfüllen“, sagen die Grünen. Von der CDU – die die Kliniklandschaft dem „tatsächlichen“ Versorgungsbedarf der Bevölkerung anpassen will – wird das so unterschrieben.

Gleichzeitig hat der Kampf gegen Corona einen neuen Aspekt aufgezeigt, namentlich die weltweit beachteten Forschungserfolge des Impfstoffherstellers CureVac in Tübingen, aber auch die von BioNTech im benachbarten Mainz: Baden-Württemberg will bestimmte Regionen zu Spitzenstandorten der Medizinforschung ausbauen, die international ausstrahlen, innovative Unternehmen anlocken und Jobs schaffen, beispielsweise durch eine Fusion der Uniklinik Heidelberg und der städtischen Klinik Mannheim. „Das Gesundheitswesen in Baden-Württemberg ist eines der besten der Welt“, sagt Ministerpräsident Winfried Kretschmann selbstbewusst – und gute Medizinforschung werde dem Patienten dienen.

Das Land will an die Spitze, es darf die Breite aber nicht vernachlässigen. Für alle Parteien ist die gute, flächendeckende Versorgung eines der wichtigsten Anliegen, die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor gehört dazu. Die Gleichheit der Lebensbedingungen in Stadt und Dorf soll angestrebt werden, gegen den auf dem Land gravierenden Ärztemangel wollen alle etwas tun. Die Grünen verlangen Primärversorgungszentren, die Gesundheit aus einer Hand bieten, die CDU spricht sich für „kooperative Praxismodelle“ aus, aber auch die anderen



Foto: Jens Hilbinger/Adobe Stock

Ein großes Kapitel aber ist und bleibt die Stärkung der Pflege, auch hier gibt es ein Bündel von Vorschlägen.



Foto: Achim Zweggarth/
Stuttgarter Zeitung

Christoph Link
Redakteur
(u. a. Gesundheitspolitik)
im Politikressort der
Stuttgarter Zeitung und der
Stuttgarter Nachrichten

Parteien ziehen in die gleiche Richtung, sind für kommunale Versorgungszentren, lokale Gesundheitshäuser oder genossenschaftliche Praxismodelle in der Provinz.

Der dezentralen Versorgung könnte dienen, dass man nicht mit jedem „Wehwehchen“ zum Arzt rennen müsse, sagt die grüne Gesundheitspolitikerin Petra Krebs. Andere Gesundheitsberufe müssten gestärkt werden, und man müsse die Versorgung „von der Gesundheit“ her denken. So sind die Grünen für eine Akademisierung der Hebammenausbildung und mehr Kompetenzen für Rettungssanitäter – Widerspruch gibt es dafür nicht von den anderen Parteien, auch nicht bei der CDU. Ein wichtiger Baustein der ländlichen Versorgung könnte die Telemedizin werden, 24 Modellprojekte liefen dazu bereits in der bisherigen grün-schwarzen Koalition. Daran wird eine Neuauflage des Regierungsbündnisses anknüpfen.

Ein großes Kapitel aber ist und bleibt die Stärkung der Pflege, auch hier gibt es ein Bündel von Vorschlägen. Die Grünen wollen Pflegekammern und analog zu kommunalen Gesundheitskonferenzen auch kommunale Pflegekonferenzen stärken, deren Empfehlungen die Krankenkassen berücksichtigen sollen. Die Christdemokraten wollen ein Leitbild „Gesunde Berufe“ aufstellen, sie wollen den freiberuflichen Hebammen einen jährlichen Bonus von 500 Euro zahlen und pflegende Angehörige finanziell entlasten mit einem von der Pflegeversicherung unabhängigen Landespflegegeld von 1.000 Euro im Jahr.

Scharfe Trennlinien in der Gesundheitspolitik bestehen aber auch: Der Drang der Grünen in Stuttgart zu einer Bürgerversicherung – eigentlich eine Sache für die Bundesebene – stößt sowohl bei der CDU als auch der FDP auf Missfallen. Die Südwest-Grünen wollen das Hamburger Modell für Landesbeamte einführen: Wenn sich diese für die gesetzliche Krankenversicherung entscheiden, soll ihnen kein finanzieller Nachteil entstehen und das Land würde den entsprechenden Arbeitgeberanteil in Form einer pauschalen Beihilfe übernehmen – im Prinzip also ein Einstieg in die Bürgerversicherung.

Experimente oder eine radikale Kehrtwende in der Gesundheitspolitik werden aber nicht zu erwarten sein, wenn der baden-württembergische Landtag am 12. Mai 2021 einen Ministerpräsidenten wählt. ■



Foto: redky/Silicon North

Biggi Bender
Leiterin der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Erwartungen an die neue Landesregierung

„Gesundheitspolitik heißt nicht nur Impf-Management. In Zeiten der Corona-Pandemie steigen die Erwartungen an gute Versorgung. Anders als bisweilen behauptet, brauchen wir dafür nicht viele Betten in vielen Kliniken, sondern Konzentration und Spezialisierung in guten Häusern. Die Krankenhausstrukturen müssen reformiert und die Investitionsmittel des Landes gesteigert werden. Eine 10-Prozent-Quote und die Kofinanzierung der bundesweiten Fonds gehören in den Koalitionsvertrag. Im Rettungsdienst brauchen wir weniger Leitstellen und via Digitalisierung mehr Effizienz. Wir müssen weg vom Kirchturmdenken hin zu einer landesweiten Perspektive. Dafür brauchen wir die Instrumente im Landesrecht. Das Land muss die Investitions- und Vorhaltekosten der Rettung aus der Luft und in Fahrzeugen umfassend finanzieren.“

Die gesundheitliche Versorgung muss stärker vernetzt und auf mehr fachliche Schultern verteilt werden. Wir brauchen neue Berufsbilder in und um die Arztpraxis herum, insbesondere in Zentren mit vielfältigem Versorgungsangebot an einem Ort. Und die pflegerischen Angebote dürfen nicht weit weg sein. Und der Eigenanteil in den Heimen sollte auch durch einen ausreichenden Beitrag des Landes zu den Investitionskosten begrenzt werden.

Durch den Krankenhausstruktur- bzw. Krankenhauszukunftsfonds muss jetzt der Ausbau der Digitalisierung umgesetzt werden. Gleiches gilt für die Pflege: Digitale Beratungs- und Unterstützungsangebote unterstützen pflegende Angehörige und den Ausbau von Kurzzeitpflegeplätzen.“

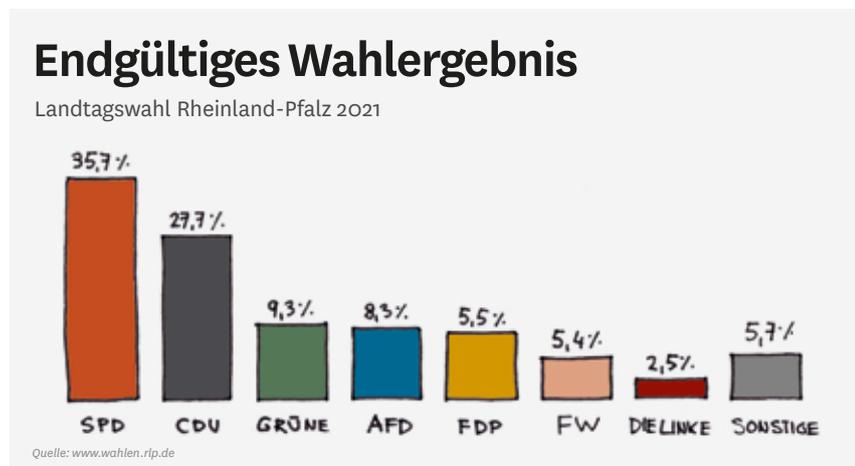


GESUNDHEITSPOLITIK IN RHEINLAND-PFALZ

Spagat zwischen Pandemie, Ärztemangel und Klinikreform

Die Corona-Krise hat die Gesundheitspolitik vor der Landtagswahl in Rheinland-Pfalz überlagert. Probleme wie die Lage kleiner Kliniken und der sich anbahnende Ärztemangel traten in den Hintergrund. Sie verschwinden aber nicht in dem Bundesland, wo SPD, FDP und Grüne die Ampelkoalition fortsetzen wollen.

/ Text / Florian Schlecht



Rheinland-Pfalz galt einst klischeehaft als das Land der Rüben und Reben. Im Landtagswahlkampf hob Ministerpräsidentin Malu Dreyer (SPD) aber Inzidenzen und Impfen hervor. Denn bis zum 14. März 2021,

dem Tag der Wahl, meisterte die Landesregierung um Ministerpräsidentin Dreyer die Corona-Krise solide. Bei der Impfquote lag das

Land bundesweit in der Spitzengruppe, nachdem es anfangs in vielen Altenheimen noch an Vorbereitung fehlte und Hotlines unter der Masse an Anrufen zusammenbrachen. Landesweit waren Inzidenzen so niedrig, dass sich das Land vor der Wahl gar traute, Geschäfte behutsam zu öffnen. Die Wähler in Rheinland-Pfalz belohnten den Kurs. Die Sozialdemokraten mit Dreyer an der Spitze gewannen die Wahl deutlich mit 35,7 Prozent, pulverisierten förmlich den Effekt der chronisch im Umfragetief taumelnden Bundes-SPD und dürfen weiter in einer Ampelkoalition mit FDP und Grünen regieren.

CDU-Herausforderer Christian Baldauf gelang es im Wahlkampf kaum, sich gesundheitspolitisch von der Landesregierung abzugrenzen. Er hatte es auch schwer: Der Pfälzer war unbekannter als die dauerpräsenente Regierungschefin Dreyer. Er stand in der Corona-Krise ständig loyal zur Politik von Bundeskanzlerin Angela Merkel. Christdemokratische Schwächen im Bund – wie bei der Impfstoff-Beschaffung oder Schnelltest-Strategien – konnte der Landespolitiker nicht vermeiden.

Zugleich drängte die Pandemie gesundheitspolitische Baustellen in den Hintergrund, die in der Wahlperiode bis 2026 aber nicht von der Bildfläche verschwinden. Da ist einmal die schwierige Lage der Krankenhäuser. 77 Kliniken hat Rheinland-Pfalz, die sich auf 96 Standorte verteilen. Bei der Menge verwundert es kaum, dass Menschen in ländlichen Räumen wie der Eifel oder dem Hunsrück immer wieder demonstrieren, weil eine Geburtshilfe vor dem Aus steht oder der kleinen Klinik die Insolvenz droht. Krankenkassen und Kliniken werfen dem Land vor, zu wenig Geld in die Häuser zu investieren. Das Land kritisiert wiederum das DRG-System als Last für die Häuser. In diesem Jahr fördert Rheinland-Pfalz die Kliniken mit 128 Millionen Euro. 300 Millionen Euro brauchten die Krankenhäuser aber pro Jahr, entgegnet Kritiker.

Im Wahlkampf waren sich alle Parteien einig, die flächendeckende Gesundheitsversorgung in Rheinland-Pfalz zu erhalten. Ministerpräsidentin Dreyer betonte: „Rheinland-Pfalz ist das Land der kleinen Krankenhäuser.“ Aber: Wo Zusammenlegungen sinnvoll sind, will das Land sie fördern. In Saarbürg und Kirn starten Modellkliniken, die



Foto: Andre Barm/Adobe Stock

Alleine 40 Prozent der Hausärzte im Land stehen vor dem Ruhe- stand, weil sie 60 Jahre oder älter sind.



Foto: Klaus Kimmling

Florian Schlecht
Rheinland-pfälzischer
Landeskorrespondent
für den „Trierischen
Volksfreund“ in Mainz

sich in den kommenden Jahren zum modernen Gesundheitscampus wandeln sollen – vernetzt mit großen, regionalen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und weiteren Akteuren des Gesundheitssystems. Ein Wandel setzt also ein – wenn auch schleichend.

Dazu kommt der Ärztemangel, der in Rheinland-Pfalz bald durchschlägt. Alleine 40 Prozent der Hausärzte im Land stehen vor dem Ruhestand, weil sie 60 Jahre oder älter sind. Weil gerade die ländlichen Gegenden künftige Mediziner kaum in den Bann ziehen, hat die Landesregierung inzwischen eine Landarztquote ins Leben gerufen. 14 Studienplätze vergibt Rheinland-Pfalz darüber im kommenden Wintersemester 2021/22. In einem neuen Telemedizin-Projekt testet das Land darüber hinaus mit 24 Praxen, Assistentinnen und Assistenten mit der nötigen Technik zu Patienten fahren zu lassen, Gesundheitsdaten zu erfassen und Hausärzte per Videochat zuzuschalten. Im Wahlprogramm nannte die SPD das Ziel, solche digitalen Sprechstunden flächendeckend zu ermöglichen. Doch auch hier greifen die Programme den Kritikern zu kurz. Die Opposition aus CDU, AfD und nun auch Freien Wählern fordert 200 Medizinstudienplätze mehr pro Jahr, um Ärzte auszubilden. Bis die ersten Mediziner über die Landarztquote in Eifel oder Hunsrück arbeiteten, dauere es noch zehn Jahre. Ob sich vage grüne Gedanken verwirklichen lassen, neben Mainz eine zweite Unimedizin aufzubauen, ist nach der Corona-Krise mit schmaleren Haushalten fraglich.

Ohnehin dominiert die Pandemie weiterhin die Politik. Denn zum April 2021 stiegen die 7-Tage-Inzidenzen auch im Südwesten der Republik vielerorts über 100. Das Land will zwar in Modellkommunen erproben, mehr Öffnungen gegen mehr Tests zu erlauben – ähnlich wie im baden-württembergischen Tübingen. Umsetzen sollen das aber nur Kommunen, die in der Inzidenz unter 50 liegen. Wann also tatsächlich einige Städte und Kreise den kleinen Schritt in Richtung Normalität gehen können, ist mit einem Fragezeichen verbunden. Das gilt auch für die rheinland-pfälzische Gesundheitspolitik der kommenden Jahre. ■



Foto: vdek/Georg J. Lopata

Martin Schneider
Leiter der vdek-Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Erwartungen an die neue Landesregierung

„Eins vorab: Wir verfügen in Rheinland-Pfalz über gute Versorgungsstrukturen bei Gesundheit und Pflege. Diese zu überprüfen und zukunftsfest zu machen, wird eine gemeinsame Aufgabe aller Akteure in der kommenden Legislaturperiode werden.“

Das heißt konkret: Qualität muss in den Fokus, und zwar von der Planung bis in die konkrete Behandlungssituation. Es gilt, Ressourcen wie Finanzmittel oder Fachpersonal zu konzentrieren, um so die Patientensicherheit weiter zu erhöhen. Im Flächenland Rheinland-Pfalz ist es besonders wichtig, die Versorgung auf dem Land weiterhin sicherzustellen. Dafür braucht es eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser können in medizinische Gesundheitszentren im Verbund von Haus- und Fachärzten umgewandelt werden.

Daneben gilt es, telemedizinische Möglichkeiten wie Videosprechstunden noch stärker als bisher einzusetzen. Um das ärztliche Handeln zu unterstützen, brauchen wir auch mehr nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa's) und telemedizinische Assistenten (TMA). Die stärkere Nutzung des ambulanten Potenzials muss weiter forciert werden, im ersten Schritt durch die auf Bundesebene verhandelte Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen. In der Pflege müssen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei den im Bundesvergleich in Rheinland-Pfalz vierthöchsten Eigenanteilen in der stationären Pflege finanziell entlastet werden. Auch muss das Land im Krankenhaus- wie im Pflegebereich die Investitionskosten auskömmlich und verantwortungsbewusst übernehmen.“



GESETZGEBUNG

Klinische Krebsregister

Der Aufbau der klinischen Krebsregister ist seit Ende 2020 abgeschlossen. Nun steht ein neues Krebsregisterdatengesetz in den Startlöchern, welches unter anderem die Weiterfinanzierung der Krebsregister neu regelt.

/ Text / **Theresa Meier**, Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek

In Deutschland erkrankten im Jahr 2017 knapp 489.000 Menschen an Krebs – 53 Prozent davon Männer. Zwischen 2006 und 2017 nahm die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen, unter anderem bedingt durch den demografischen Wandel, um 2,7 Prozent zu. Neueste Zahlen des Jahres 2019 zeigen, dass in Deutschland rund 231.000 Menschen an den Folgen einer Krebserkrankung starben. Damit ist Krebs die zweihäufigste Todesursache in Deutschland.

Trotz des medizinischen Fortschritts, der bereits diverse Therapiemöglichkeiten eröffnet, ist es notwendig, die Behandlungsmöglichkeiten Krebskranker weiterzuentwickeln. Durch die klinischen Krebsregister wird eine systematische und einheitliche Datenerfassung sichergestellt. Dadurch wird es Wissenschaftlern ermöglicht, den Einfluss einzelner Krebstherapien auf die Prognose und die Lebensqualität der Erkrankten hin zu untersuchen. Auch wird der Vergleich von Versorgungsqualität in unterschiedlichen Einrichtungen ermöglicht. Langfristig können diese Erkenntnisse genutzt werden, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Erfüllungsstand der Krebsregister

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern den Betrieb der 18 klinischen Krebsregister durch die Zahlung einer Förderpauschale. Diese ist an

die Erfüllung von 43 Förderkriterien gebunden, welche es bis Ende 2020 zu erfüllen galt. Die Finanzierung von Krebsregistern, die bis dahin nicht alle Förderkriterien erfüllen, geht dann nach aktueller Gesetzgebung auf die Bundesländer über. Bis zuletzt verlief der Aufbau der klinischen Krebsregister schleppend, wie das im August 2020 erschienene Gutachten der Prognos AG deutlich machte (s. Abb. 1). Demnach hatten zum Stichtag 31. Dezember 2019 lediglich vier von 18 Krebsregistern alle Förderkriterien erfüllt. Auch die Prognose zeigte, dass nur bei acht Krebsregistern erwartet wurde, dass sie bis zum 31. Dezember 2020 alle 43 Förderkriterien erfüllen werden.

Die neuesten Berichte zeichnen jedoch ein deutlich positiveres Bild (s. Abb. 2). Bereits bei einer Vorüberhebung des Erfüllungsstandes im Januar 2021 meldeten nur noch zwei Krebsregister, dass womöglich nicht alle Fördervoraussetzungen erfüllt werden. Doch auch diese beiden Krebsregister haben inzwischen gemeldet, dass alle Fördervoraussetzungen erfüllt werden.

Das neue Krebsregisterdatengesetz

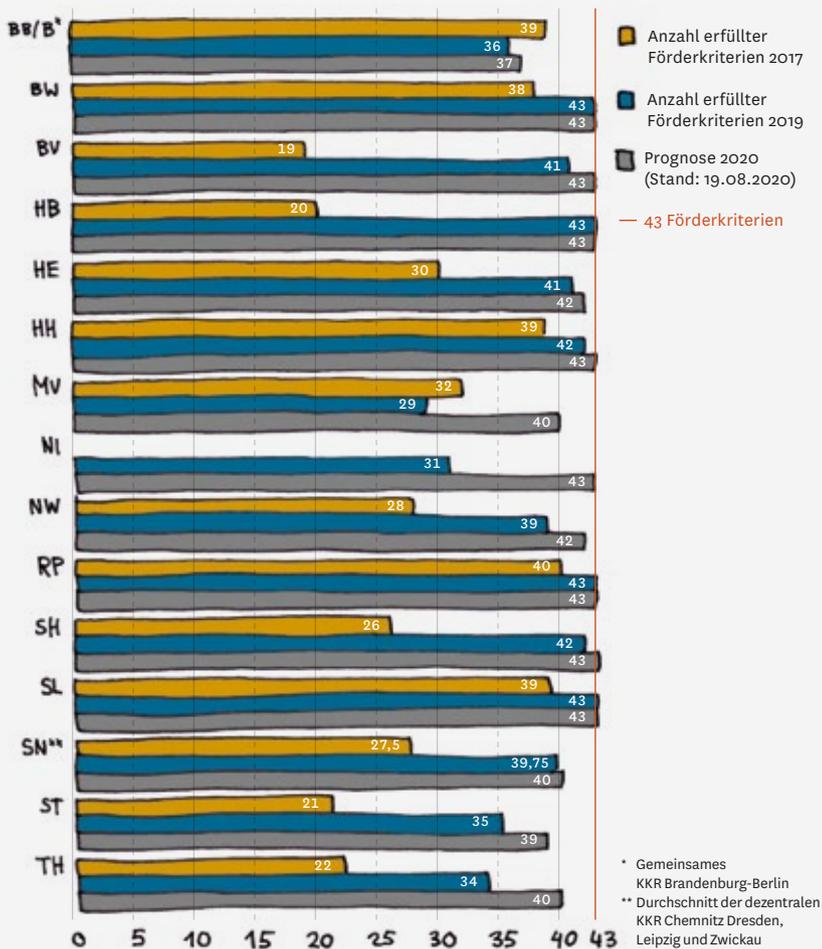
Der Ablauf der Nachbesserungsfrist und auch die ungünstige Prognose machten eine Überarbeitung der gesetzlichen Grundlage notwendig. Der Entwurf eines Krebsregisterdatengesetzes, dessen Kabinettsentwurf nun im Februar 2021 erschien, kommt dieser Notwendigkeit nach. Neben dem Aufbau eines bundesweit einheitlichen Datensatzes unter Verwendung der bestehenden Datenbestände der Krebsregister im Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) beim Robert Koch-Institut sieht der Gesetzesentwurf auch umfangreiche Änderungen bezüglich der Finanzierung klinischer Krebsregister vor. Beispielhaft zu nennen sind hier:

- Auszahlung der Krebsregisterpauschale an jedes Krebsregister, das Daten über eine Krebsneuerkrankung entgegennimmt (Mehrfachauszahlung).
- Anteilige Auszahlung der Krebsregisterpauschale zu 85 Prozent (70 Prozent) für 2021 bis 2023, wenn die Fördervoraussetzungen durch das Krebsregister zu 95 Prozent (85 Prozent) erfüllt werden.

Bis zuletzt verlief der Aufbau der klinischen Krebsregister schleppend.

Abb. 1:

Umsetzungsstand der Krebsregister in den Bundesländern



Quelle: Eigene Darstellung gemäß Prognos AG

- Vereinbarung einer abweichenden Förderung auf Antrag, wenn dies aufgrund regionaler Besonderheiten erforderlich ist, um 90 Prozent der Betriebskosten über die Pauschale abdecken zu können. Dazu werden die betroffenen Krebsregister verpflichtet, auf Anforderung anonymisierte Daten zur Ermittlung der Betriebs- und Fallkosten bereitzustellen.
- Jährliche Meldung über die Erfüllung der Fördervoraussetzungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie unverzügliche Meldung, wenn einzelne Fördervoraussetzungen nicht erfüllt werden.

Viele Punkte des Gesetzesentwurfs wurden vonseiten der Krankenkassen positiv bewertet. Insbesondere dass bei der Vereinbarung individueller Krebsregisterpauschalen nun die Krebsregister Daten zu ihren Betriebs- und Fallkosten offenlegen müssen, wirkt sich stark auf die Transparenz und die sachgerechten Pauschalen aus. Bereits in der Vergangenheit hat ein Gutachten zur Überprüfung der Pauschalen eine erhebliche Überzahlung der Krebsregister aufgedeckt, der man nun leichter entgegenwirken kann. Auch die nur anteilige Auszahlung der Krebsregisterpauschale in den Jahren 2021 bis 2023 wurde von den Krankenkassen positiv wahrgenommen. Angesichts des perspektivisch guten Erfüllungsstandes der Krebsregister ist jedoch fraglich, ob die Übergangszeit von drei Jahren nicht auf ein Jahr abgesenkt werden sollte.

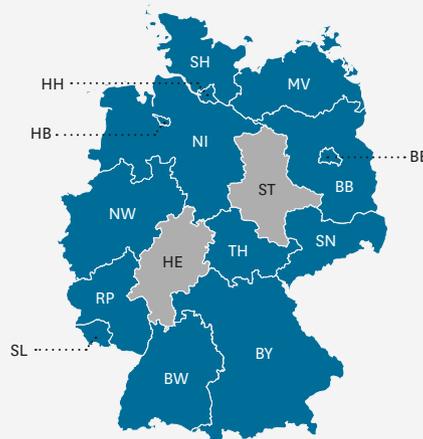
Hinsichtlich der Mehrfachauszahlung der Krebsregisterpauschale wurde krankenkassenseitig bereits umfangreiche Kritik geäußert. Unter anderem rechnen die Krankenkassen mit einem massiven Ausgabenzuwachs, der die Solidargemeinschaft unnötig belastet. Denn würden die Krebsregister ihrer Verpflichtung zu einem digitalen Datenaustausch untereinander nachkommen, bliebe der Aufwand zur Erfassung einer Meldung gering, und eine Mehrfachauszahlung wäre nicht notwendig. Im Jahr 2022 ist eine erste Anpassung der Krebsregisterpauschale vorgesehen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Mehrfachauszahlung in der Neuberechnung der Krebsregisterpauschale widerspiegeln wird.

Das Krebsregisterdatengesetz soll noch Mitte 2021 in Kraft treten. ■

Abb. 2:

Erfüllungsstand nach der Vorabberhebung zum 18.01.2021

■ Erfüllt
■ Ggf. nicht erfüllt



Quelle: vdek



FALLPAUSCHALEN

DRG – Ein System mit Zukunft

Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhäuser hat mit der Ausgliederung der Pflegekosten einen erheblichen Schlag bekommen. Etwa 20 Prozent der Kosten werden nicht mehr fallbezogen über landeseinheitliche Preise, sondern tagesbezogen nach den tatsächlichen Kosten eines Krankenhauses finanziert. Zwei unterschiedliche Abrechnungen für ein und denselben Krankenhauspatienten verursachen hohes Streitpotenzial. Hinzu kommt, dass die neuen Pflegebudgets der Krankenhäuser das Problem des Pflegefachkräftemangels nicht lösen können.

/Text/ **Stefan Wöhrmann**

Diagnosis Related Groups, kurz DRG, sind eigentlich kein System, sondern ein Instrument oder Werkzeug. DRG sind Teil eines Systems. Spricht man hierzulande vom DRG-System, so versteht man hierunter den Einsatz der DRG unter ganz bestimmten Rahmenbedingungen. Dabei wird übersehen, dass die Logik der DRG es erlaubt, diese sehr flexibel auszugestalten und anzuwenden.

Mit der DRG-Einführung wurde als Ziel festgeschrieben, dass die DRG Teil eines „lernenden Systems“ werden sollten. Lernende Systeme werden nicht uneingeschränkt positiv gesehen. Grund hierfür ist, dass in

lernenden Systemen neues Wissen das Handeln der Beteiligten und damit das Gesamtsystem verändern. Beteiligte im DRG-System sind die Krankenhäuser und Krankenkassen sowie deren Verbände, aber auch der Gesetzgeber und die Länder. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt die DRG. Der Handlungsspielraum wird dem InEK durch die Selbstverwaltungspartner und zum Teil durch den Gesetzgeber vorgegeben. Fehlentwicklungen in der DRG-Finanzierung kann das InEK nur entgegenwirken, wenn es hierzu einen Auftrag erhalten hat.

2003 wurde das DRG-System, zunächst noch optional, in den deutschen Krankenhäusern eingeführt. Mit der fallbezogenen Vergütung sollte die im internationalen Vergleich zu hohe Verweildauer gesenkt werden. Tatsächlich konnte diese fast halbiert werden. Damit standen in den Krankenhäusern viele Betten leer. Die Länder passten im Rahmen der Krankenhausplanung die Bettenkapazitäten nicht an. Die Krankenhäuser nutzten die freien Kapazitäten für die Behandlung weiterer Patienten. Die Fallzahlen stiegen seither kontinuierlich an. Die Krankenhäuser konnten durch den Fallzahlenanstieg ihre fixen Kosten besser refinanzieren und machten Gewinne.

Länder lernen schnell

Die Länder haben in diesem lernenden System schnell bemerkt, dass die Krankenhäuser durch steigende Fallzahlen und Einsparungen in der Pflege, die den größten Kostenblock darstellt, hohe Gewinne erzielen können. Unter diesen Prämissen stört es weniger, wenn gleichzeitig die Investitionsquote reduziert wird. In vielen Gesetzen wurden den Krankenhäusern nach dem Gießkannenprinzip finanzielle Mittel zugesprochen. Danach wurden die Investitionsquoten weiter reduziert. Die DRG-Finanzierung war über- und die Investitionsfinanzierung unterfinanziert. Der ökonomische Druck der Krankenhäuser, die untereinander im Wettbewerb stehen, wurde immer größer. Das Leistungsgeschehen wurde zwangsläufig an finanziellen und nicht an Versorgungsgesichtspunkten ausgerichtet. Diese Fehlentwicklung hat wenig mit der Logik der DRG zu tun, sondern in erster Linie mit dem Investitionsverhalten der Länder, das eine passive Krankenhausplanung befördert hat.



Foto: vdek/Georg Laporta

Stefan Wöhrmann
Abteilungsleiter Stationäre
Versorgung beim vdek

Pflegeproblematik spitzt sich zu

Die Zahl der Pflegekräfte hielt der Entwicklung der Patientenzahlen nicht stand. Die Arbeitsbelastung in der Krankenpflege stieg kontinuierlich an. Die Ausfallzeiten wurden größer, und immer mehr Pflegekräfte kehrten den Krankenhäusern den Rücken. Die Situation im Bereich der Krankenpflege nahm Ausmaße an, die die Politik zum Handeln veranlasst hat. Daher wurde das Pflegebudget beschlossen, das seit 2020 greift. Seitdem haben allerdings nur die Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Abrechnung und den Vertragsverhandlungen zugenommen. Verschiebepahnhöfe zwischen dem verbleibenden Fallpauschalen- und dem neuen Pflegebudget sorgen täglich für mehr Zündstoff.

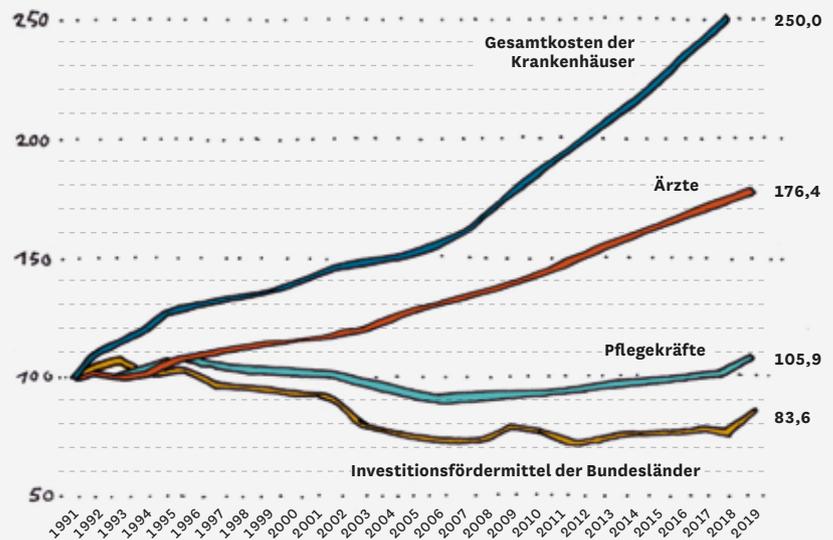
In der Vergangenheit hat es diverse Hilfsprogramme für die Pflege gegeben, die Milliarden gekostet, aber nicht zum Erfolg geführt haben.

Daher fällt die Prognose erneut nüchtern aus. Spätestens 2025, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer das Rentenalter erreicht haben, werden die Pflegestellen nicht mehr in ausreichender Zahl be- oder nachbesetzt werden können. Gleichzeitig wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ansteigen. Alle Versuche, Pflegepersonal im Ausland anzuwerben, haben nicht zum erhofften Erfolg geführt. Anders ausgedrückt, die Zahl der Personalstellen fällt als Stellgröße zur Behebung des Pflegepersonalmangels aus. Dann ist nur noch ein Abwerben aus anderen Krankenhäusern oder anderen Bereichen wie der Altenpflege möglich. Letztlich wird es aber nicht besser. Stellgrößen sind spätestens dann nur noch die Leistungsmenge und -intensität. Dies bedeutet, dass das Fehlbelegungspotenzial in den Krankenhäusern abgebaut werden muss. Die Verminderung der Krankenhausfallzahl muss mit einer Ambulantisierung einhergehen. Beide Aspekte binden weniger Pflegepersonal und verschlechtern die Versorgungsqualität nicht, im Gegenteil. Hier liegt die Lösung, und nicht in einem illusorischen Wunschdenken, Pflegepersonal einzustellen, das es auf absehbare Zeit am Arbeitsmarkt nicht mehr geben wird.

Die Zahl der Pflegekräfte hielt der Entwicklung der Patientenzahlen nicht stand.

Fördermittel, Gesamtkosten, Ärzte und Pflegekräfte

Index (1991 = 100); 1991 bis 2019; Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach: STBA und AOLG.

DRG haben Rettungspotenzial

Das Pflegebudget kann nicht dazu beitragen, den Pflegepersonalmangel zu beheben. Das DRG-System hingegen kann so angepasst werden, dass es Anreize setzt, um die Problematik abzumildern. Die Ambulantisierung der DRG ist ein denkbarer Weg. Dann aber muss politisch entschieden werden, wer wann und wo ambulante Leistungen zu erbringen hat und wie diese zu vergütet sind. Auch dem Anreiz zur Fallzahlsteigerung kann begegnet werden, wenn die Preise im DRG differenziert werden. Krankenhäuser befinden sich in ländlichen und städtischen Regionen. Sie kommen in der Basis- und der Schwerpunktversorgung zum Einsatz oder sind als Fachkrankenhäuser spezialisiert. Damit haben sie unterschiedliche Vorhaltekosten und Leistungsmengen. Berücksichtigt man dies in der DRG-Kalkulation, so werden die Ungerechtigkeiten in der DRG-Vergütung beseitigt, die zum Fehlanreiz der Mengenausweitungen maßgeblich beigetragen haben. Eigentlich ganz einfach, wenn da nicht die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten wären. ■



FAMILIÄRER BRUST- UND EIERSTOCKKREBS

Neues Zertifikat für Zentren

Die Ersatzkassen und die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) kooperieren bei der Versorgung von Menschen mit erhöhtem Risiko für erblich bedingten Brust- und Eierstockkrebs: Zentren, die die nötigen Qualitäts- und Eignungsanforderungen erfüllen, können sich nun auch von der DKG als „Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs“ (FBREK-Zentrum) zertifizieren lassen. FBREK-Zentren sind Anlaufstellen für Menschen mit einem erhöhten Risiko, an einem erblich bedingten Brust- bzw. Eierstockkrebs zu erkranken, und bieten Aufklärung, Gendiagnostik, Beratung und ein Früherkennungsprogramm an. Derzeit gibt es bundesweit 19 FBREK-Zentren, die dem FBREK-Vertrag der Ersatzkassen beigetreten sind.

In Deutschland erkranken jährlich bis zu 70.000 Frauen und Männer an Brust- sowie 8.000 Frauen an Eierstockkrebs, in fünf bis zehn Prozent der Fälle ist die Erkrankung durch einen vererbten Gendefekt bedingt. „Die Diagnose des familiären Brust- und Eierstockkrebs setzt viel Know-how voraus, denn falsche Testergebnisse können zu falscher Beratung und Therapie führen. Die Ersatzkassenversicherten profitieren seit vielen Jahren von der gebündelten Kompetenz und Erfahrung mit Gendiagnostik, Beratung und Nachsorge in den FBREK-Zentren. Wir freuen uns, mit der DKG einen kompetenten Partner gewonnen zu haben, der eine qualifizierte Zertifizierung bietet“, so Stefan Wöhrmann, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung beim Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

Risikofamilien könnten sicher sein, dass sie in den FBREK-Zentren eine qualitätsgesicherte Beratung, Risikoanalyse sowie genetische Diagnostik finden, so Simone Wesselmann, Bereichsleiterin Zertifizierung bei der DKG. Bei der prophylaktischen Operation oder der Durchführung präventiver Maßnahmen arbeiteten die zertifizierten FBREK-Zentren eng mit den DKG-zertifizierten Brustkrebszentren, den gynäkologischen Krebszentren und den Zuweisern zusammen. Auch diese Netzwerkpartner unterzögen sich im Rahmen der Zertifizierung einer strengen Qualitätskontrolle. „Im Netzwerk lassen sich die einzelnen Schritte von genetischer Diagnostik, Beratung, Behandlung sowie Nachsorge und intensivierete Früherkennung gut aufeinander abstimmen.“ Zudem verpflichteten sich die Zentren, alle Patienten in ein Register für eine wissensgenerierende Versorgung einzuschließen und so zum Erkenntnisgewinn beim familiär bedingten Brust- und Eierstockkrebs beizutragen.

Das Zertifikat der DKG setzt unter anderem voraus, dass ein FBREK-Zentrum über ein spezialisiertes humangenetisches Labor mit molekulargenetischer und bioanalytischer Expertise in der human-genetischen Diagnostik für Betroffene bzw. Familien mit familiärem Brust- und Eierstockkrebs-Risiko verfügt. Das Zertifikat wird für drei Jahre verliehen. *pm*

ARZNEIVERSORGUNGSVERTRAG

Bei Lieferengpässen schnellere Versorgung

Auf eine noch schnellere und unkompliziertere Arzneimittelversorgung können die Versicherten der Ersatzkassen seit dem 1. März 2021 zurückgreifen, wenn sie ihre Rezepte in der Apotheke einlösen. Die Apotheke muss bei Lieferengpässen von Arzneimitteln dann nur noch einen statt bislang zwei Großhändler anfragen, bevor sie ein vorrätiges Alternativmedikament an den Patienten abgeben darf. Bei Nichtverfügbarkeit eines Präparats darf die Apotheke nach Rücksprache mit dem Arzt auch die Packungsgröße und die -anzahl ändern, um den Versicherten sofort versorgen zu können. Das regelt der neue Arzneiversorgungsvertrag (AVV) zwischen dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der nach zweijährigen Verhandlungen an den Rahmenvertrag sowie gesetzliche Neuregelungen angepasst wurde.

„Die schnelle Versorgung des Patienten mit dem richtigen Arzneimittel ist gerade in Pandemiezeiten extrem wichtig, um unnötige Kontakte zu vermeiden“, sagt DAV-Vorsitzender Thomas Dittrich. Aber auch jenseits der Pandemie beeinträchtigten Lieferengpässe die Versorgung und erhöhten den Aufwand in der Apotheke. Der neue Arzneiversorgungsvertrag zwischen Apotheken und Ersatzkassen sei eine Win-win-Situation, da die Versicherten schneller versorgt werden könnten und die Apotheken von unnötiger Bürokratie entlastet würden, so Dittrich.

„Der Vertrag erleichtert nicht nur unter Corona-Bedingungen die Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit Medikamenten“, ergänzt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Er vereinfacht und beschleunigt auch die Abläufe für die Apotheken. So erhalten die Ersatzkassenversicherten in dringenden Fällen auch bei Nichtverfügbarkeit des verordneten Präparates umgehend ein gleichwertiges Medikament, ohne dass die Apotheke hier noch einmal Rücksprache mit der Arztpraxis halten muss.“ *pm*

EINWURF

Umbau der Krankenhausstrukturen ist überfällig

98, 85, 85 – diese Prozentsätze werden relevant für die Ermittlung des Erlösausgleichs der Krankenhäuser im zweiten Coronajahr. Die besondere Bedeutung des Erlösausgleichs infolge der Corona-Pandemie führt erneut vor Augen, dass wir in Deutschland einen Umbau der Krankenhausstrukturen brauchen. Notwendig sind eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung mit bundesweiten Rahmenseetzungen und ein gemeinsames Verständnis der Bundesländer zum Umfang der Investitionsfinanzierung.

/Text/ **Ulrike Elsner**

Richtigerweise hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Freihaltepauschalen und Mechanismen zur Abfederung von Mindererlösen den besonderen Herausforderungen der Krankenhäuser während der Corona-Pandemie Rechnung getragen. Mit der am 7. April 2021 verkündeten Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser wird bei der Ausgestaltung der Erlösausgleiche für 2021 jedoch die Chance verpasst, einen Anreiz zur Versorgung von Patientinnen und Patienten zu setzen.

Die Krankenhausbehandlung von Covid-19-Patienten findet vornehmlich in Schwerpunkt-häusern statt. Andere Krankenhäuser könnten ihre bisherige Versorgung wieder aufnehmen. Ob es bei üppiger Refinanzierung von Mindererlösen dazu kommt, ist offen. Doch neben dem mangelnden Leistungsanreiz dürfte auch der sich aus 2020 fortsetzende Fallzahlrückgang insbesondere bei planbaren Eingriffen das Versorgungsgeschehen beeinflussen. Die im ersten Lockdown politisch verordnete Verschiebung von nicht akuten Behandlungen hat bis heute nicht zum

erwarteten Nachholeffekt geführt. Dies lässt auf ein deutliches Fehlbelegungspotenzial schließen, viele dieser Patienten werden seither ambulant weiterversorgt.

Diese Entwicklung zeigt erneut, dass es eines Strukturwandels und einer Modernisierung der Versorgungsstrukturen bedarf. 1.702 Krankenhäuser mit insgesamt 2.571 Standorten hierzulande sind deutlich zu viel. Überkapazitäten sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung des deutschen Krankenhausbereichs führen zu Defiziten in der Behandlungsqualität, Effizienzverlusten und damit einer unwirtschaftlichen Verwendung von Beitragsgeldern.

Wir brauchen daher einen Bund-Länder-Pakt, der es ermöglicht, die Krankenhausversorgung über Bundeslandgrenzen hinweg zu gestalten. Eine Krankenhausplanung mit bundeseinheitlicher Rahmenseetzung bietet die Chance, Qualität und Effizienz der Krankenhauslandschaft erheblich zu steigern. Dazu gehört die Bereitschaft, über Bundeslandgrenzen hinweg zu planen und bedarfsnotwendige Krankenhäuser mit Investitionsmitteln zukunftsfest zu machen. ■



Foto: iStock/Georg J. Lopata

Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende
des vdek

Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was Sie von einer Modernisierung der Krankenhausstrukturen erwarten.

redaktion@vdek.com



STUDIE

Kinder erhalten immer mehr Psychotherapie

Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland sind in psychotherapeutischer Behandlung. Innerhalb von elf Jahren hat sich die Zahl der jungen Patientinnen und Patienten mehr als verdoppelt. Das zeigt der aktuelle Arztreport der BARMER. Die Corona-Pandemie und der Lockdown verschärfen die Situation.

/ Text / Annabelle Michy

Die Anzahl an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis einschließlich 24 Jahren, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, steigt. Wie aus dem aktuellen BARMER-Arztreport hervorgeht, hat sich die Zahl der jungen Patientinnen und Patienten in Deutschland innerhalb von elf Jahren mehr als verdoppelt. Demnach benötigten im Jahr 2019 rund 823.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutische Hilfe, 104 Prozent mehr als im Jahr 2009. Die Corona-Pandemie samt strikter Kontaktbeschränkungen dürfte die Situation dabei noch ein Stück weit verschärfen, denn besonders Kinder und Jugendliche leiden unter den Auswirkungen der Corona-Krise. Das zeigt sich vor allem an der steigenden Anzahl von Anträgen auf psychotherapeutische

Leistungen bei jungen BARMER-Versicherten, unter anderem für die erstmalige Therapie und deren mögliche Verlängerung sowie bei Akutbehandlungen ohne Vorabgenehmigung. Während diese Gesamtzahl im vergangenen Jahr bei den Erwachsenen ab 25 Jahren stagnierte, stieg sie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis einschließlich 24 Jahren im Vergleich zum Vorjahr um gut sechs Prozent auf mehr als 44.000 Anträge an.

Dabei gibt es deutliche regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Am größten war im Jahr 2019 der Bedarf in Berlin mit 5,19 Prozent aller Kinder und Jugendlichen, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Hessen. Den geringsten Anteil verzeichnete Mecklenburg-Vorpommern mit 3,33 Prozent aller jungen Menschen. Allerdings war hier die Steigerungsrate bei der Inanspruchnahme seit dem Jahr 2009 mit 239 Prozent am größten, gefolgt von Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Die niedrigste Steigerungsrate verzeichnete Bremen mit 52 Prozent. Psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche nehmen folglich in allen Bundesländern immer mehr zu. Hohe Steigerungsraten gibt es dabei vor allem in den Bundesländern, in denen der Abstand zum Bundesschnitt besonders groß war. Die regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme haben sich zwar bis zum Jahr 2019 verringert, sind jedoch nach wie vor erheblich und rein medizinisch nicht erklärbar.

Mobbing als eine von mehreren Ursachen für Psychotherapie

Den Ergebnissen des Arztreports zufolge haben im Jahr 2019 rund 162.300 Kinder und Jugendliche erstmals eine Richtlinientherapie erhalten. Die Gründe sind vielschichtig und sehr individuell. In knapp 37.400 Fällen waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen ausschlaggebend. Die Ursachen dafür sind unterschiedlich und können von Trauererlebnissen bis hin zum Mobbing in der Schule, im Freundeskreis oder im Internet reichen. Bis zu welchem Grad einzelne Faktoren wie Mobbing eine Rolle spielen, lässt sich dabei nicht genau beziffern. Die zweithäufigste Ursache für eine erstmalige Therapie waren im Jahr 2019 Depressionen,



Annabelle Michy
Unternehmens-
kommunikation BARMER

und zwar in rund 23.100 Fällen, gefolgt von emotionalen Störungen im Kindesalter in gut 22.000 Fällen.

Auf Alarmsignale achten

Die hohen Fallzahlen zeigen, dass psychische Probleme für Kinder und Jugendliche ernste Folgen haben können. Deshalb ist es wichtig, auf Alarmsignale zu achten. Zeitnahe Hilfe und Prävention können viel dazu beitragen, dass psychische Probleme erst gar nicht entstehen oder sich verstetigen und zu einer psychischen Erkrankung führen. Eine enge Zusammenarbeit von Eltern, Bezugspersonen, Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist daher während der Pandemie wichtiger denn je, denn gerade jetzt sind Kinder und Jugendliche stark psychisch belastet. Besonders für junge Menschen, die ohnehin schon psychisch angeschlagen sind, ist eine schnelle und unkomplizierte Hilfe besonders wichtig. Die BARMER bietet dies zum Beispiel über ihr Kinder- und Jugend-Programm (KJP), bei dem derzeit fast 580.000 Kinder und Jugendliche eingeschrieben sind. Das KJP beinhaltet mehrere Extra-Vorsorgeuntersuchungen, die weit über den Leistungen der Regelversorgung liegen. Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte achten gezielt auf psychische Auffälligkeiten der jungen Menschen. Zudem unterstützt die BARMER das Online-Angebot krisenchat.de für Menschen bis 25 Jahren. Bei psychischen Problemen, etwa durch Cybermobbing, können sie sich unkompliziert und anonym an geschulte Psychologinnen und Psychologen wenden. Die Angebote der BARMER sollen dazu beitragen, dass sich psychische Probleme nicht verfestigen.

Professionelle Hilfe, um jahrelanges Leiden zu vermeiden

Viele junge Menschen leiden den Ergebnissen des Arztreports zufolge über Jahre an psychischen Störungen. Dies belegt eine Langzeitbetrachtung von Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2014 erstmals eine Psychotherapie erhalten haben und mindestens zwei Jahre zuvor

keine anderweitige therapeutische Hilfe benötigten. Nur bei 40,7 Prozent beschränkten sich die Psychotherapiesitzungen auf maximal ein Jahr, 36,4 Prozent erhielten auch mehr als zwei Jahre nach Start der Behandlung noch Psychotherapien. Oftmals haben die betroffenen Kinder und Jugendlichen schon eine lange Leidensgeschichte hinter sich. So wurde bei mehr als jedem dritten unter ihnen bereits fünf Jahre vor Start der Richtlinien-therapie zumindest eine psychische Störung dokumentiert. 7,7 Prozent bekamen schon zu diesem Zeitpunkt Psychopharmaka verordnet und 1,8 Prozent von ihnen wurden stationär im Krankenhaus behandelt. Diese Prozentwerte stiegen in den Folgejahren sprunghaft an, je näher der Start der Therapie rückt. Eine Psychotherapie wird also nicht leichtfertig in Anspruch genommen, sondern ist häufig nach einer jahrelangen Vorgeschichte dringend erforderlich.

Fest steht: Je früher junge Menschen professionelle Hilfe bekommen, desto größer ist die Chance auf einen minder schweren Verlauf. Denn die Behandlung wird schwieriger und langwieriger, sollten sich die Probleme chronifiziert haben. Beispielsweise wurden in der Langzeitbetrachtung bei 62,5 Prozent aller Betroffenen auch fünf Jahre nach Start der Psychotherapie noch psychische Störungen diagnostiziert. All dies zeigt, dass psychische Probleme bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ernst genommen werden müssen. ■





DAK-GESUNDHEIT

Planbare Knie- und Hüft-OPs stark rückläufig

Die Corona-Pandemie hat massive Auswirkungen auf planbare Operationen in deutschen Krankenhäusern. So wurden im Januar und Februar 2021 im Vergleich zum Vorjahr rund 40 Prozent weniger Knie- und Hüft-Operationen durchgeführt. Das ist das Ergebnis einer Sonderanalyse der DAK-Gesundheit zu den Krankenhausdaten 2019, 2020 und 2021.

Besonders deutlich zeigte sich der Rückgang der Behandlungszahlen im ersten Frühjahrs-Lockdown Mitte März bis Mitte April 2020: So fielen im Zeitfenster der 12. bis zur 17. Kalenderwoche drei Viertel der Operationen aus. Bei den Knie-Operationen wurde ein Rückgang von 74 Prozent verzeichnet. Bei den Hüft-OPs waren es 75 Prozent. Ab Mitte Dezember näherten sich die Zahlen wieder etwas dem Vorjahresniveau an, bevor sie im Januar und Februar 2021 mit knapp 40 Prozent weniger Knie- und Hüft-Operationen wieder spürbar abnahmen.

„Der Rückgang planbarer Operationen in der Corona-Pandemie zeigt sich am Beispiel der Knie- und Hüft-Operationen sehr deutlich“, so Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. Dies liege vor allem an der Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten, in Pandemie-Zeiten nicht dringend notwendige Operationen im Krankenhaus durchführen zu lassen. Die Angst vor einer Ansteckung mit Covid-19 sei ein wichtiger Faktor.

„Gleichzeitig sehen wir, dass viele Krankenhäuser Kapazitäten freigehalten, um die Betten auf den Intensivstationen für Corona-Infizierte nutzen zu können“, so Storm weiter. „Wir können auf Basis der Datenlage zum jetzigen Zeitpunkt nur spekulieren, ob der Rückgang der stationären Behandlungen gleichzeitig zu einem Anstieg ambulanter Operationen führte. Fakt ist: Ein Nachholeffekt bei stationären Knie- und Hüft-OPs sehen wir aktuell noch nicht. Das wirft die Frage auf, ob viele angesetzte elektive Operationen überhaupt notwendig gewesen wären.“ *pm*

www.dak.de

KKH

Herzkrankheiten auf dem Vormarsch

Sie zählen zur Hauptrisikogruppe für einen schweren Verlauf von Covid-19 und sind deshalb besonders gefährdet: Herzpatienten. Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zeigen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzschwäche, Herzinfarkt und Verengungen der Herzkranzgefäße (Koronare Herzkrankheit) auf dem Vormarsch sind: Vor der Corona-Krise verzeichnet die KKH teils einen erheblichen Anstieg – alarmierend, denn Herzkrankheiten sind nach wie vor die Todesursache Nummer eins in Deutschland.

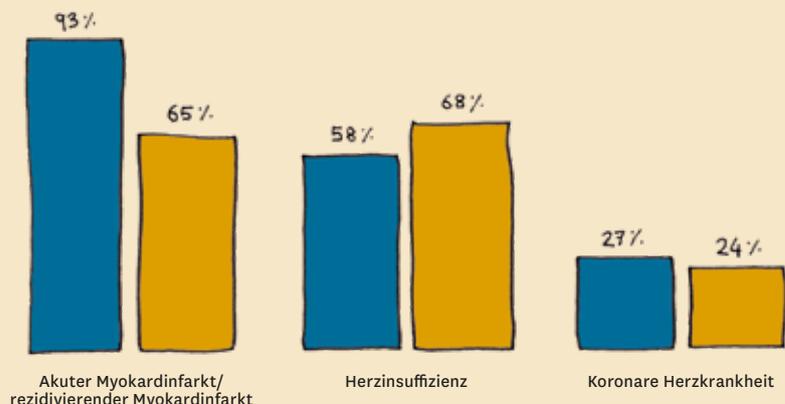
Das größte Plus von 2009 auf 2019 mit knapp 80 Prozent registriert die KKH beim Herzinfarkt, gefolgt von Herzschwäche mit plus 61 Prozent und der Koronaren Herzkrankheit mit plus 27 Prozent. Umso besorgniserregender ist es, dass seit der Pandemie viele Patienten mit Herzerkrankungen aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Virus wichtige Arztbesuche meiden. Dadurch gehen zwar aktuell die Diagnosen zurück, aber auch die Chance auf eine rechtzeitige Prävention und Behandlung.

Insgesamt hat mittlerweile rund jeder zwölfte KKH-Versicherte schon einmal einen oder mehrere Herzinfarkte erlitten, ist an einer Verengung der Herzkranzgefäße oder an Herzschwäche erkrankt oder hat gleich mehrere dieser Diagnosen erhalten. In der Generation 70 plus ist sogar knapp jeder Dritte betroffen.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich insbesondere bei der Diagnose Herzinfarkt: Betroffen sind etwa doppelt so viele Männer wie Frauen, allerdings hat die Zahl der Fälle bei den Frauen deutlich stärker zugenommen: 2019 erlitten fast doppelt so viele KKH-versicherte Frauen einen Herzinfarkt als noch zehn Jahre zuvor. Bei den Männern sind es rund 65 Prozent mehr. Bei Verdacht auf einen Herznotfall sollte auch in Corona-Zeiten niemand zögern, den Notarzt zu rufen. Herzinfarkt und andere Herznotfälle sind keine aufschiebbaren Krankheiten, sondern müssen sofort behandelt werden. *pm*
www.kkh.de

Zunahme bei häufigen Herzerkrankungen von 2009 auf 2019: Frauen und Männer im Vergleich

Basis: Von diesen Herzerkrankheiten rund 150.000 betroffene KKH-Versicherte in 2019 sowie rund 130.000 in 2009; Auswertung nach ICD-10 I21, I22, I25 und I50.



Quelle: KKH

TK

Einfach mal abschalten

Mal eben kurz die News checken, im Gruppen-Chat eine Nachricht schreiben oder einen Beitrag in den sozialen Medien posten: Die digitalen Medien bestimmen mittlerweile einen Großteil unserer Freizeit. Laut der aktuellen Studie „Schalt mal ab, Deutschland!“ der Techniker Krankenkasse (TK) sind drei Viertel der Erwachsenen (76 Prozent) in ihrer Freizeit mehrmals täglich bzw. fast immer online – Männer (83 Prozent) nochmal mehr als Frauen (69 Prozent). Die jüngere Generation der 18- bis 33-Jährigen ist mit einem Anteil von 92 Prozent überdurchschnittlich häufig im Netz. Aber auch die Älteren scheinen immer mehr in der „Onlinewelt“ angekommen zu sein. 63 Prozent der befragten 50- bis 65-jährigen Männer und Frauen gaben an, zu privaten Zwecken mehrmals täglich bzw. fast immer online zu sein.

Doch „always on“ hat seinen Preis. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Internetkonsum und körperlichen und vor allem psychischen Problemen. So leiden VIEL-Surfer (fünf Stunden am Tag und mehr) deutlich häufiger unter Nervosität bzw. Gereiztheit (38 Prozent) oder sogar Depressionen (40 Prozent). Bei den Wenig-Nutzern (unter einer Stunde am Tag) sind die Zahlen wesentlich niedriger (Nervosität: 19 Prozent; Depressionen 16 Prozent). Muskelverspannungen, zum Beispiel Nacken- oder Rückenschmerzen, sind bei einem Großteil aller Befragten ein Problem (62 Prozent). Die Nutzer von Onlineangeboten, die in der Regel viel Zeit in Anspruch nehmen, sind allerdings auffällig häufiger betroffen.

TK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jens Baas: „Das Internet und die Digitalisierung sind in vielen Lebensbereichen ein großer Gewinn und erleichtern uns den Alltag enorm – gerade jetzt in der Corona-Pandemie. Doch unser Online-Leben darf nicht zulasten der Gesundheit gehen. Da ist jeder Einzelne gefragt, sein Digitalverhalten kritisch zu hinterfragen und auch für regelmäßige Pausen und Offline-Zeiten zu sorgen.“ ✍ pm

www.tk.de

BARMER

Männer bleiben Vorsorgemuffel

Männer gehen nach wie vor deutlich seltener zur Krebsfrüherkennung als Frauen. Das geht aus einer Auswertung der BARMER hervor. Im Jahr 2019 nahmen demnach beispielsweise bundesweit 4,73 Millionen Männer (zwölf Prozent) eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs wahr. Demgegenüber stehen 16,73 Millionen teilnehmende Frauen (40 Prozent), die sich auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs hin testen ließen.



Foto: contrastwerkstatt/Adobe Stock

„Eine Krebsvorsorgeuntersuchung kann Leben retten. Je früher Krebs erkannt wird, desto eher ist er heilbar. Vor allem Männer sollten sich überlegen, häufiger zur Vorsorge zu gehen“, sagt Dr. Ursula Marschall, Leitende Medizinerin bei der BARMER. Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 500.000 Menschen an Krebs. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter anderem die Kosten für Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs bei Frauen ab 20 Jahren und für die Abtastung der Brust ab 30 Jahren. Bei Männern sei zum Beispiel ab 45 Jahren der Test auf Prostatakrebs Kassenleistung.

Laut der Analyse gibt es deutliche regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs bei Frauen sowie auf Prostatakrebs bei Männern. Im Analysezeitraum wiesen bei Frauen das Saarland (36,5 Prozent) und Niedersachsen (38,3 Prozent) die niedrigsten Untersuchungsraten auf. Bei den Männern gab es die geringsten Raten im Saarland (9,3 Prozent) und in Bayern (10,3 Prozent). ✍ pm

www.barmer.de

ERZÄHLUNG

Aus dem Leben einer Pflegegutachterin



Rudolf Hauke stellt in Form einer Erzählung eine Berufsgruppe in den Mittelpunkt der Betrachtung, die in der Regel aus dem Raster fällt, wenn es um Gesundheitsberufe geht: die Pflegegutachterinnen und -gutachter, die

im Rahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und den jeweiligen Pflegegrad durch Besuche bei den Pflegebedürftigen vor Ort feststellen.

Am Beispiel der Pflegegutachterin Martha Liebscher führt Hauke kompetent und behutsam in das sensible Feld der Pflegebegutachtung ein. Martha ist 38 Jahre alt und hat zwei Kinder, Alina (13 Jahre) und Tommy (elf Jahre). Sie ist verheiratet mit Paul. Pflege ist ihr ein Anliegen und eine Berufung.

Als Pflegegutachterin ist sie für den MDK unterwegs und erlebt bei ihren Besuchen in den verschiedenen Haushalten der zu Pflegenden die spannendsten und unwahrscheinlichsten Geschichten. Mit allen Mitteln versucht sie ihren aufregenden und manchmal aufreibenden Beruf und ihr Privatleben so zu managen und gestalten, dass es allen in der Familie gut geht.

Der Autor Rudolf Hauke wurde 1954 in Augsburg geboren. Nach der Schulzeit und Berufsausbildung lebte er in München und Halle/Saale, bevor er 1998 nach Hannover ging und dort im Jahr 1999 in den Vorstand der Kaufmännischen Krankenkasse gewählt wurde. Inzwischen ist er nicht mehr berufstätig. Seit 2002 unterstützt er als Beisitzer den Verein für krebskranke Kinder in Hannover und zudem leitet er seit 2018 den Patientenbeirat am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg.

Hauke, Rudolf:

Auf Distanz und doch so nah – Aus dem Leben der Pflegegutachterin Martha

Liebscher, 2021, 197 S., € 9,99
Books on Demand, Norderstedt



NAMSE

Ein Bündnis für die Seltenen

Das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) wurde im März 2010 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE e. V.) ins Leben gerufen. Beteiligt sind 28 Akteure aus dem Bereich des deutschen Gesundheitssystems – ausschließlich Spitzen- und Dachverbände.

/Text/ **Miriam Schlangen**

Seit 2009 haben sich 28 Akteure im NAMSE zusammengefunden, um durch gemeinsames Handeln dazu beizutragen, die Lebenssituation jedes einzelnen Menschen mit einer seltenen Erkrankung (SE) zu verbessern. Ein wesentliches Ziel

ist es, die Versorgung und auch die Forschung zu seltenen Erkrankungen nicht dem Zufall und dem freien Wettbewerb zu überlassen. Es liegt im gesamtgesellschaftlichen Interesse, die Versorgung in koordinierter und strukturierter Form unter Berücksichtigung der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems in Deutschland so zu organisieren, dass den Fortschritten in der Medizin, aber auch den Bedürfnissen der Daseinsfürsorge für diese besondere Gruppe von Patientinnen und Patienten Rechnung getragen wird.



Dr. Miriam Schlangen
Leiterin der Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)

Was sind seltene Erkrankungen?

In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Derzeit werden etwa mehr als 8.000 Erkrankungen als selten eingestuft. Schätzungen zufolge leiden etwa vier Millionen Menschen in Deutschland an einer seltenen Erkrankung. In der gesamten Europäischen Union sind es rund 30 Millionen Betroffene.

Seltene Erkrankungen bilden eine sehr heterogene Gruppe von zumeist komplexen Krankheitsbildern. Gemeinsam ist allen seltenen Erkrankungen, dass sie meist chronisch verlaufen, mit Invalidität und/oder eingeschränkter Lebenserwartung einhergehen und häufig bereits im Kindesalter zu Symptomen führen. Etwa 80 Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt oder mitbedingt, selten sind sie heilbar.

Die Seltenheit der einzelnen Erkrankungen erschwert aus strukturellen, medizinischen und ökonomischen Gründen sowohl die medizinische Versorgung der Betroffenen als auch die Forschung zur Verbesserung von Diagnose und Therapie. Diese besonderen Herausforderungen können nur durch eine verbesserte Koordination der Anstrengungen aller Beteiligten überwunden werden.

Nationaler Aktionsplan

Seit 2013 gibt es einen Nationalen Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (www.namse.de). Dieser adressiert in sechs Handlungsfeldern Empfehlungen in den Bereichen Versorgung, Zentren, Netzwerke, Forschung, Diagnose, Register, Informationsmanagement und Patientenorientierung. Eine zentrale Maßnahme des Aktionsplans ist die Einführung eines dreistufigen Zentrenmodells (siehe Abbildung). Damit sollen Versorgungslücken geschlossen und Forschung und Versorgung besser vernetzt werden. Patienten mit unklarer Diagnose erhalten so eine Anlaufstelle.

Aufbau von Zentren

Mit der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans sollen Menschen mit seltenen Erkrankungen ihren gleichberechtigten Platz im medizinischen Alltag finden. Die Arbeit des

NAMSE basiert dabei auf der „Gemeinsamen Erklärung und Vereinbarung zur Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)“, die am 5. März 2010 von den Bündnispartnern unterzeichnet wurde. Das dieser Erklärung zugrundeliegende Selbstverständnis – die Versorgung von Menschen mit seltenen Krankheiten zu verbessern und die Forschung zu seltenen Krankheiten gemeinsam mit den Bündnispartnern zu entwickeln und umzusetzen – hat bedeutsame Fortschritte bewirkt. So wurde durch Entscheidungen des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ermöglicht, Zentren für Seltene Erkrankungen unter Berücksichtigung der Vorarbeiten des NAMSE (Qualitätskriterien für Zentren) zu etablieren.

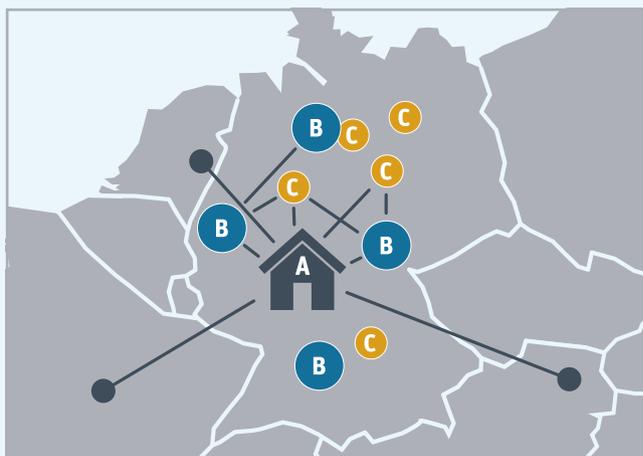
Die fortlaufende Überprüfung durch die NAMSE-Geschäftsstelle hat ergeben, dass eine Reihe von Maßnahmen erfolgreich umgesetzt wurde. So wurden zum Beispiel die Voraussetzungen dafür geschaffen, seltene Erkrankungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung stärker zu berücksichtigen. Andere Maßnahmen, wie beispielsweise die Verankerung von Zentren für Seltene Erkrankungen im Versorgungssystem, befinden sich auf dem Wege der Umsetzung. Zudem ist eine freiwillige Zertifizierung der Zentren zurzeit in der Entwicklung. Dabei hat sich das Konzept des NAMSE bewährt, alle Entscheidungen über Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Krankheiten sowie deren Erforschung im breiten Konsens zu treffen. ■

Strategische Ziele des NAMSE

1. Das NAMSE fördert die Strukturentwicklung und die Transparenz in der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen.
2. Das NAMSE trägt zur Verbesserung der Informationen über und zu Fortschritten in der Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen bei und setzt sich für deren Anwendung in der Versorgung ein.
3. Das NAMSE setzt sich für eine kontinuierliche und nachhaltige Forschung zu seltenen Erkrankungen und ihre Integration in die Versorgung ein.
4. Das NAMSE trägt zu einer Erhöhung der Aufmerksamkeit für seltene Erkrankungen in der Bevölkerung und Fachöffentlichkeit bei. Die Öffentlichkeitsarbeit umfasst dabei sowohl versorgungsrelevante Aspekte als auch die Bedeutung der Forschung zu SE.

Um diese Ziele zu erreichen, beraten sich Experten regelmäßig in insgesamt fünf Arbeitsgruppen und tragen dafür Sorge, dass das Thema Seltene Erkrankung in den zurzeit stattfindenden Initiativen Berücksichtigung findet. Eine große Chance wird hier vor allem den Themen Digitalisierung, Codierung und Vernetzung beigemessen. Ein Überblick über die Ergebnisse seit 2010 ist auf der Internetseite des NAMSE dargestellt unter www.namse.de/zum-aktionsbuenndnis/aktivitaeten-und-entwicklungen-im-zeitverlauf

Versorgung in vernetzten Zentren



NAMSE empfiehlt die Bildung von Zentren in drei arbeitsteilig gegliederten und miteinander vernetzten Ebenen (Einteilung nach Typ A, Typ B und Typ C). Die Zentrentypen werden nach ambulant/stationär und krankheits(gruppen)spezifisch/krankheitsübergreifend unterschieden. So sind Typ-A-Zentren als übergeordnete Einrichtung z. B. auch für Patienten mit unklarer Diagnose zuständig. Die Versorgung bei klarer Diagnose erfolgt dann in krankheitsspezifischen Typ-B-Zentren, die wohnortnahe Versorgung perspektivisch auch in Typ-C-Zentren. Das dreistufige Zentrenmodell sieht auch eine Zusammenarbeit mit Expertenzentren auf europäischer Ebene vor. Die Grafik deutet die Systematik des NAMSE-Zentrenmodells an. Eine Übersicht, welche Versorgungsangebote in Deutschland bereits zur Verfügung stehen, bietet das Portal se-atlas (www.se-atlas.de).



EXOM-DIAGNOSTIK

Auf der Suche nach der Nadel im Heuhaufen

Etwa 80 Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt. Die Exom-Diagnostik kann für viele Patienten mit bisher unklarer Diagnose die Suche nach der Krankheitsursache beenden. Dabei ist hohe Expertise gefragt, die von den Ersatzkassen durch einen besonderen Versorgungsvertrag sichergestellt wird.

/Text/ Ute Leonhardt und Christin Liebreuz



Ute Leonhardt
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek



Christin Liebreuz
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

Wenn von einer Erkrankung nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen betroffen sind, wird diese als „selten“ definiert. Dabei ist „selten“

hierbei nur relativ. Zwar betreffen die meisten der seltenen Erkrankungen tatsächlich nur eine kleine Gruppe von Patienten. Aufgrund der großen Zahl unterschiedlicher seltener Erkrankungen – man geht schätzungsweise von 6.000 bis 8.000 aus – treten sie jedoch in Summe häufig auf. In Deutschland leiden etwa vier Millionen Menschen an einer seltenen Erkrankung. Damit liegt die Zahl der Betroffenen hierzulande insgesamt so hoch wie bei mancher Volkskrankheit.

Sichere Diagnosen stellen

Doch wie findet man heraus, welche Krankheit hinter der Leidensgeschichte eines Patienten oder gar einer ganzen Familie steckt? Da die meisten (ca. 80 Prozent) der seltenen Erkrankungen genetisch bedingt sind, treten die ersten Symptome bei Betroffenen häufig bereits sehr früh im Kleinkind- oder Kindesalter auf. Die Kinder und Familien müssen dann oft eine lange Liste mit unzähligen Diagnostikmaßnahmen und Therapieversuchen bei verschiedensten Ärzten und Therapeuten über sich ergehen lassen, bis die richtige Diagnose gefunden wird – wenn sie denn gefunden wird. In vielen Fällen kann trotz umfangreicher Untersuchungen keine Diagnose gestellt werden. Eine Diagnosestellung ist jedoch Voraussetzung, um eine gegebenenfalls zur Verfügung stehende zielgerichtete Therapie einleiten und die Entwicklungsprognose des Patienten abschätzen zu können. Auch stellt sich Eltern und Angehörigen die Frage, welches Wiederholungsrisiko für die Familie besteht.

Für die behandelnden Ärzte sind seltene Erkrankungen ebenfalls eine besondere Herausforderung. Meistens sind die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufwändig und in der klinischen Routine vergleichsweise wenig standardisiert. Gerade wenn mehrere Organsysteme betroffen sind, ist die Expertise verschiedener Fachrichtungen gefragt. Deshalb ist eine enge Zusammenarbeit sowohl zwischen den verschiedenen Behandlern als auch zwischen der klinischen Medizin und der Forschung von großer Bedeutung für eine frühzeitige und sichere Diagnosestellung. In Deutschland hat sich in den letzten Jahren eine flächendeckende Vernetzung von Zentren für Seltene Erkrankungen unterschiedlicher Versorgungsschwerpunkte und -stufen entwickelt.

Ersatzkassen schließen Versorgungsvertrag

Es gibt jedoch auch in diesen spezialisierten Zentren noch Patienten, bei denen trotz aller vorhandenen Kompetenzen und des verfügbaren Know-hows bisher keine klare Diagnosestellung möglich war, aber der Verdacht auf eine seltene Erkrankung besteht.

Für diese Versicherte hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Bonn und dem Universitätsklinikum Tübingen einen besonderen Versorgungsvertrag geschlossen. Durch einen gestuften Prozess und zielgerichtete Maßnahmen zur Diagnosestellung sollen insbesondere lange Leidenswege der Patienten verkürzt werden. Weitere Zentren, die die Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, können dem Vertrag beitreten. Das gilt auch für andere Krankenkassen.

Befunde von allen Seiten beleuchten

Im Fokus des Versorgungskonzepts stehen Fallkonferenzen erfahrener Experten aus dem Bereich der Humangenetik mit Fachärzten der betroffenen Fachdisziplinen wie der Kinderheilkunde, der Neurologie oder der Inneren Medizin, um so eine fachübergreifende Beurteilung bzw. Diagnosestellung zu erreichen. Die Experten analysieren die Anamnese und die bisherigen Befunde der Patienten. Durch die Vernetzung der Zentren finden einzelne Fallkonferenzen auch zentrenübergreifend statt.

Die Suche nach der genetischen Ursache

Führen die gemeinsamen Fallkonferenzen noch nicht zum Ziel, kann eine Gendiagnostik Aufschluss über die Krankheitsursache geben. In Deutschland wird zumeist eine „Panel-Diagnostik“ angewandt, die eine definierte Anzahl von Genen untersucht, welche je nach Erkrankungsspektrum festgelegt wird. Bei seltenen, heterogenen Erkrankungen mit hunderten assoziierten Genen ist eine Begrenzung der zu analysierenden Gene nicht immer ausreichend. In ausgewählten Fällen kann die Analyse des gesamten kodierenden genetischen Materials durch eine Exom-Sequenzierung sinnvoll sein. Bei der Exom-Sequenzierung werden die sogenannten Exons des menschlichen Genoms untersucht, also jene Teile, die den Bauplan für Enzyme oder andere Eiweiße enthalten. Die Exons umfassen ca. 1 Prozent des Genoms und ca. 85 Prozent der bisher bekannten krankheitsursächlichen genetischen Varianten.

Die Anzahl der in einer Exom-Diagnostik gefundenen Varianten ist sehr hoch. Die Sequenzierung selbst und insbesondere die Einordnung der Ergebnisse bedürfen daher einer besonderen hochspezialisierten Expertise aus einem Team von Wissenschaftlern und Fachärzten für Humangenetik, die gegenwärtig ausschließlich an universitären Zentren sichergestellt werden kann.

Wie bei der Entscheidung für oder gegen eine Exom-Sequenzierung werden auch die genetischen Befunde in den multidisziplinären Fallkonferenzen besprochen und die identifizierten genetischen Varianten mit möglicher Krankheitsrelevanz im Kontext der Anamnese und Symptome bewertet. Bei spezifischen Fragestellungen werden zudem weitere Experten hinzugezogen (beispielsweise Neuroradiologen) oder weiterführende spezifische klinische Untersuchungen eingeleitet, um eine genetische Variante differenzierter beurteilen zu können. In 25 bis 50 Prozent der Fälle kann auf diese Weise eine eindeutige Diagnose gestellt werden und gegebenenfalls eine verfügbare Therapie eingeleitet werden.

Erprobung im Innovationsfondsprojekt

Basis des Versorgungsvertrags sind erste Ergebnisse des Projektes TRANSLATE-NAMSE, das von 2016 bis 2020 durch den Innovationsfonds (G-BA) mit insgesamt 13,4 Millionen Euro gefördert wurde. In TRANSLATE-NAMSE wurde im Verbund von acht universitären Zentren für Seltene Erkrankungen die koordinierte Zusammenarbeit zur Diagnosestellung und Versorgung von Patienten mit seltenen angeborenen Erkrankungen erprobt. Zudem wurde der Übergang von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenmedizin besser strukturiert. Der Projektname TRANSLATE-NAMSE bezieht sich auf die Umsetzung von Strukturen und Prozessen, wie sie das Nationale Aktionsbündnis für Seltene Erkrankungen (NAMSE) entwickelt und vorgeschlagen hat, um bestehende Initiativen zu bündeln, Forscher und Ärzte zu vernetzen und Informationen zusammenzuführen. ■

Für die behandelnden Ärzte sind seltene Erkrankungen eine besondere Herausforderung.





SELTENE ERKRANKUNGEN

Höchste Anforderungen an Diagnostik und Therapie

Die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen (SE) stellt das Gesundheitssystem vor große Aufgaben. Rasche Fortschritte in Diagnostik und ursächlichen Therapien sowie die Digitalisierung bieten große Chancen für eine verbesserte Versorgung.

/Text/ Pamela Okun

Seltene Erkrankungen zeichnen sich durch eine geringe Prävalenz aus. Nach der in Europa gültigen Definition gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. In Deutschland sind etwa vier Millionen Menschen von einer der mehr als 8.000 verschiedenen seltenen Erkrankungen betroffen. Es handelt sich oft um komplexe Krankheitsbilder, die überwiegend chronisch verlaufen und mit eingeschränkter Lebensqualität und/oder Lebenserwartung verbunden sind. Häufig treten Symptome bereits im Kindesalter auf. Etwa 80 Prozent dieser Krankheiten sind genetisch bedingt, selten sind sie heilbar¹.

Sichere Diagnose entscheidend

Naturngemäß ist der Bekanntheitsgrad der einzelnen seltenen Erkrankungen auch unter Ärzten gering, zumal eine Diagnosefindung häufig durch ein breites phänotypisches Spektrum mit Beeinträchtigung mehrerer Organsysteme

erschwert wird. Viele Patienten mit einer SE durchlaufen jahrelange Odysseen von Arzt zu Arzt, bis die korrekte Diagnose gestellt wird. So geht oft wertvolle Zeit für eine wirkungsvolle Therapie verloren. Es stehen in der Folge ebenfalls nur wenige Spezialisten zur Verfügung. Für eine qualitativ hochwertige Diagnose und Therapie ist daher eine frühzeitige Überweisung und Behandlung in spezialisierten Einrichtungen zielführend.

Zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Patientenvereinigung Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V. initiierte das Bundesministerium für Gesundheit im März 2010 das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE). Das übergreifende Ziel von NAMSE ist die Verbesserung der Patientenversorgung für Menschen mit SE. Deutschlandweit haben sich mittlerweile 36 Zentren für Seltene Erkrankungen, sogenannte A-Zentren, an den Universitätsklinika gebildet². Diese koordinieren jeweils mehrere B-Zentren, die als Fachzentren jeweils auf bestimmte seltene Erkrankungen oder Krankheitsgruppen spezialisiert sind.

Die Zentren für Seltene Erkrankungen sind zentrale Anlaufstelle und Informationsplattform für Patienten und Ärzte und können so Daten zu bestimmten seltenen Erkrankungen sammeln und auswerten. Hier werden unter anderem interdisziplinäre Fallkonferenzen zu unklaren Diagnosen abgehalten und der Aufbau von standardisierten Registern mit strukturierten Behandlungsdaten forciert. Durch die zentrale Erfassung von Patienten und deren Daten verspricht man sich, Studien besser durchzuführen und durch die gewonnenen Erkenntnisse die Erstellung von Diagnose- und Behandlungsleitlinien zu unterstützen³.

Optimierte Versorgung für Europa

Parallel wurden auf europäischer Ebene seit 2017 durch die EU geförderte Europäische Referenznetzwerke für seltene Erkrankungen geschaffen. Inzwischen gibt es 24 nach Krankheitsgruppen geordnete Netzwerke, die die nationalen Expertenzentren verbinden. Über eine Onlineplattform leisten Experten virtuelle Konsultationen zu unklaren und komplexen Fällen. Übergeordnetes Ziel ist die Optimierung der Versorgung von Patienten



Foto: Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. phil. nat. Pamela Okun
Koordinatorin des Zentrums für Seltene Erkrankungen, Universitätsmedizin Heidelberg



Quelle: Dr. Pamela Okun

mit SE in Europa durch Harmonisierung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens, strukturierte Wissensvermittlung sowie eine effizientere klinische Forschung.

Innovative Therapien gefragt

Die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen sind mit besonderen Herausforderungen verbunden. Die breite geografische Verteilung der Patienten und Wissenschaftler, die sich mit seltenen Erkrankungen befassen, und die kleinen Patientengruppen erschweren die Durchführung klinischer Prüfungen und Zulassungsprozesse. Bis Ende 2020 wurden rund 180 Orphan Drugs gegen 130 Krankheiten in der EU zugelassen. Diese behandeln bisher jedoch nur knapp drei Prozent der heute bekannten SE. Erfolgreiche Beispiele sind Medikamente gegen die spinale Muskelatrophie, die chronische myeloische Leukämie oder den Lungenhochdruck.

Erfolgreiche Beispiele für innovative Therapien sind Medikamente gegen spinale Muskelatrophie, chronische myeloische Leukämie oder Lungenhochdruck.

Digitalisierung als Chance

Die Digitalisierung nimmt zunehmend Einzug in das Gesundheitssystem. Menschen mit seltenen Erkrankungen müssen häufig sektorenübergreifend behandelt werden. Eine gute Kommunikation zwischen den Versorgern ist unerlässlich. Im Rahmen des Versorgungsprojektes TRANSLATE-NAMSE wurde am Heidelberger Standort eine persönliche, einrichtungübergreifende Gesundheits- und Patientenakte geschaffen. Diese ermöglicht den behandelnden Ärzten den Zugriff auf Arztbriefe und Laborbefunde gemeinsamer Patienten über Einrichtungsgrenzen hinweg.

Menschen mit seltenen Erkrankungen müssen im Gesundheitssystem für Versorgung und Forschung gleichermaßen sichtbar sein. Eine präzise Kodierung von SE sollte auf der Grundlage von internationalen Klassifikationen deutschlandweit einheitlich erfolgen. Der Forschungsverbund CORD-MI der Medizininformatikinitiative hat sich zum Ziel gesetzt, die Dokumentation in Kliniken zu verbessern und zu vereinheitlichen. Dies ermöglicht, Daten standortübergreifend zu nutzen. Dadurch sollen neue patientennahe Forschungsprojekte, z. B. klinische Studien, angestoßen und seltene Erkrankungen sichtbarer gemacht werden. Auch Selbsthilfegruppen entwickeln sich mehr und mehr zu einer zentralen Versorgungssäule. Deren internationale Vernetzung steht ebenfalls auf dem Plan: Sie soll künftig schneller und intensiver erfolgen.

Fazit: Patienten mit seltenen und komplexen Erkrankungen stellen höchste Anforderungen an Diagnose, Therapie und Infrastruktur der Medizin und sind zumeist in Universitätsklinika zentralisiert. Eine sektorenübergreifende Versorgung ist unerlässlich. Neben Bündelung des Expertenwissens am Standort muss die Vernetzung mit nationalen und internationalen Experten vorangetrieben werden. ■

1) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>. Abgerufen 11.03.2021

2) G. F. Hoffmann et al: Seltene Erkrankungen in der Pädiatrie – von der Diagnostik und Behandlung einzelner Erkrankungen zum Aufbau von Netzwerkstrukturen. *Monatsschr Kinderheilkd* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00978-w>

3) <https://www.data4life.care/de/bibliothek/journal/diagnose-unterstuetzung-seltene-erkrankungen>. Abgerufen 09.03.2021



Drei Fragen an

Prof. Josef Hecken

In Deutschland leben etwa vier Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung. Nach einer europaweit gültigen Definition liegt eine seltene Erkrankung vor, wenn maximal fünf von 10.000 Menschen davon betroffen sind. Derzeit zählen rund 8.000 Krankheiten zu den seltenen Erkrankungen. Warum der Ausbau der Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen wichtig ist, erläutert Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).



Foto: Georg J. Lopaty/G-BA

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

Welche konkreten Ansätze verfolgt der G-BA, um die Situation für Betroffene in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verbessern?

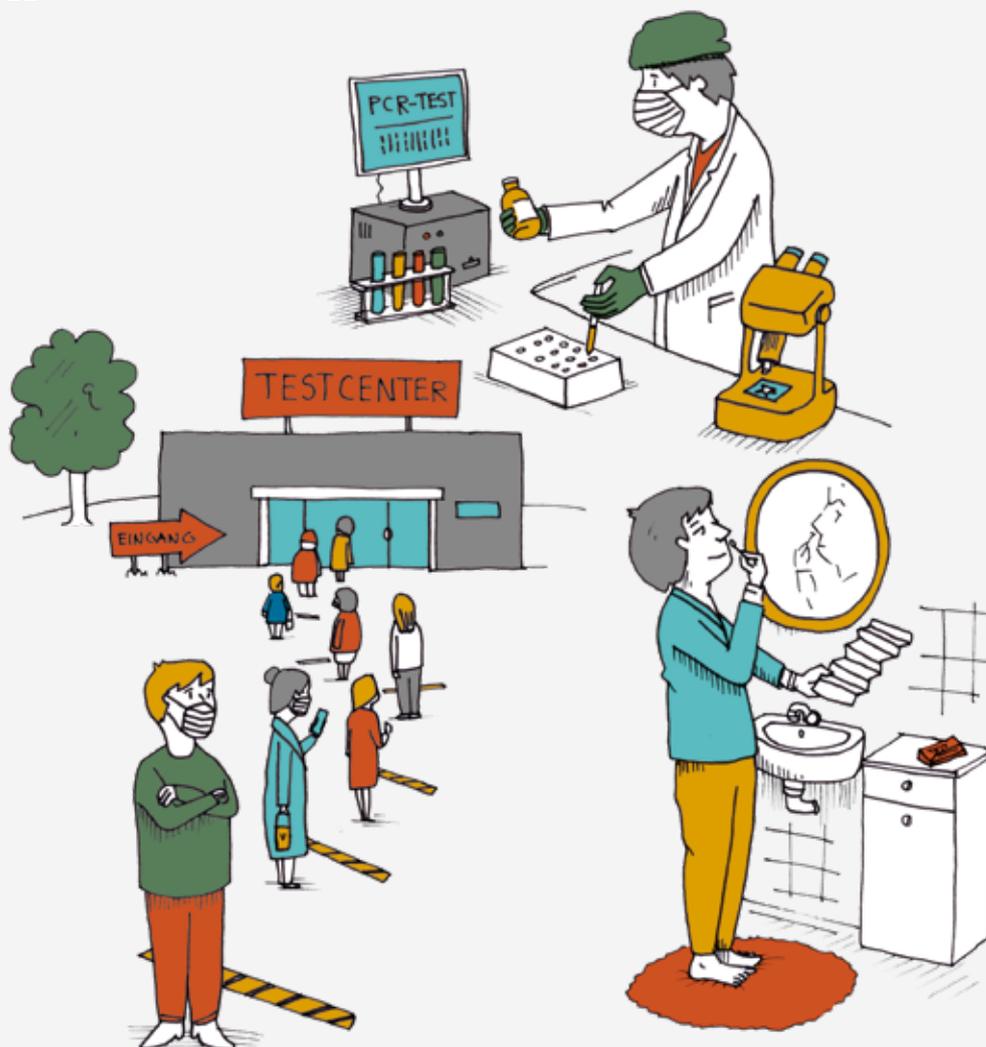
Der G-BA ist hier als Gestalter für die Angebote der GKV ganz maßgeblich gefordert. Stichwort Früherkennung: Bestandteil der vom G-BA verantworteten Kinder-Untersuchungen ist das Erweiterte Neugeborenen-Screening, mit dessen Hilfe bereits 15 seltene Krankheiten frühestmöglich entdeckt und dadurch auch zielgerichtet behandelt werden können. Stichwort Behandlung: Gerade bei seltenen Erkrankungen ist oftmals ein vernetztes fachärztliches und interdisziplinäres Expertenwissen notwendig. Für eine solche ambulante spezialfachärztliche Versorgung, kurz ASV, schafft der G-BA die Voraussetzungen. Und damit Spezialwissen zu seltenen Erkrankungen auch in die breite Versorgung gelangt, haben wir für die Zentren für Seltene Erkrankungen die Finanzierungsgrundlage dieser Sonderleistungen definiert. Das sind einige wichtige Beispiele, neben der Bewertung von neuen Arzneimitteln für seltene Erkrankungen.

Wo liegen die besonderen Herausforderungen mit Blick auf Diagnostik und Therapie?

Nützliche neue Untersuchungen und Therapien in die Versorgung zu bringen und qualitätsgesichert anzubieten, ist immer eine Herausforderung, bei kleinen Patientengruppen aber in besonderer Weise. Denn es ist schwierig, aus einer Studie mit wenigen Teilnehmern einen auf die gesamte Patientengruppe verallgemeinerbaren medizinischen Nutzen abzuleiten. Genau das ist aber die Entscheidungsgrundlage für den G-BA bei der Frage, ob eine neue Leistung aufgenommen werden soll oder nicht. Losgelöst von einzelnen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden versuchen wir aber auch, neue Versorgungsangebote für Menschen mit seltenen Erkrankungen zu entwickeln. So fördern wir über den Innovationsausschuss beim G-BA Projekte mit neuen strukturellen Ansätzen und überprüfen, ob sie für die Regelversorgung geeignet sind. Dabei geht es beispielsweise um schnelle und gesicherte Diagnosestellungen bei einem Verdacht auf eine seltene Erkrankung. Derzeit dauert es oft viel zu lang, bis die Betroffenen Klarheit haben.

Welche Herausforderungen bestehen bei Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen (Orphan Drugs)?

Hier ist es ähnlich wie bei neuer Diagnostik und Therapie: Es gibt naturgemäß nur eine kleine Patientengruppe, an der untersucht werden kann, wie sicher und zuverlässig das neue Arzneimittel ist. Abgesichertes Wissen über den genauen, auch langfristigen Nutzen gibt es oftmals nicht – die Hoffnungen bei den Betroffenen sind natürlich dennoch riesengroß. Der G-BA flankiert die Anwendung eines neuen Orphan Drugs dann bei Bedarf mit qualitätssichernden Anforderungen an die medizinischen Einrichtungen oder behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Oder er sieht verpflichtend vor, Daten aus der laufenden Patientenbehandlung zu gewinnen, um den therapeutischen Stand des Medikaments im Vergleich zu Alternativen besser beurteilen zu können.



Testen und Impfen gegen Corona

Da die Impfquote der vollständig geimpften Menschen in Deutschland noch sehr niedrig ist und Impfstoffe nicht für alle Altersgruppen in der Bevölkerung zur Verfügung stehen, werden PCR-Tests, Antigen-Schnelltests und Antigen-Selbsttests immer wichtiger. Das unterstreicht auch die geänderte Coronavirus-Testverordnung (TestV), die im März 2021 in Kraft getreten ist. Sie sieht unter anderem den Anspruch auf einen kostenlosen Schnelltest pro Woche für alle Bürgerinnen und Bürger vor. Zudem sollen die einzelnen Bundesländer Schnelltests in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen ermöglichen und Unternehmen ihren Mitarbeitenden Schnelltests anbieten.

Gleichzeitig laufen die Anstrengungen auf Hochtouren, die Impfstoffmenge deutlich zu erhöhen und neben den verwendeten Corona-Impfstoffen von BioNTech/Pfizer, AstraZeneca und Moderna weitere Impfstoffe einzusetzen. Für das Impfen sind die Länder zuständig. Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. lobt Dr. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), die hervorragende Organisation der Impfzentren in einigen Bundesländern. Es gebe aber leider auch weniger gute Beispiele ohne Beteiligung der erprobten Strukturen von Hilfsorganisationen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).



FAQ

Impfstoff ist nicht gleich Impfstoff

Boten-RNA, Spike-Proteine, Adenoviren: Die bisher zugelassenen Corona-Impfstoffe funktionieren anders als bisherige Vakzine. In *ersatzkasse magazin*. beantworteten Expert*innen vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) häufig gestellte Fragen aus Sicht von Immunologie und Biologie. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des MDC.

Wie funktioniert ein Impfstoff?

Eine Impfung bereitet den Körper auf eine mögliche Infektion vor. Dazu wird meist ein Impfstoff gespritzt. Seine Bestandteile haben Merkmale des Virus, können aber die Krankheit nicht auslösen. Seit dem 19. Jahrhundert sind verschiedene Impfstoffe entwickelt worden, die sehr erfolgreich sind; schwere bis tödliche Viruserkrankungen wie die Masern konnten so in weiten Teilen Amerikas und Europas fast ausgerottet werden.

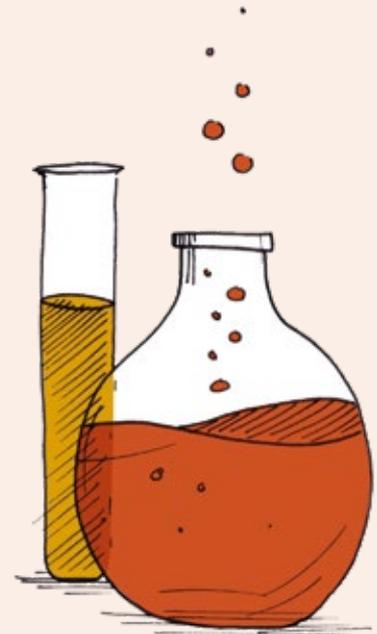
Impfstoff ist nicht gleich Impfstoff. Manchmal wird nur ein Teil des Virus genutzt, manchmal das vollständige, aber beispielsweise durch Hitze abgetötete Virus (ein Beispiel ist die Hepatitis-B-Impfung), manchmal eine harmlose Virusvariante, die für den Körper ähnlich genug aussieht (wie bei der Rötelnimpfung). Diese „traditionellen“ Impfstoffe sind weltweit auch gegen das Coronavirus in der Entwicklung. Doch ihre Produktion ist oft sehr langwierig.

Während der SARS-CoV-2-Pandemie konnten Impfstoffe, die auf neuen Plattform-Technologien beruhen, am schnellsten auf das neue Virus angepasst und entwickelt

werden. Dazu gehören die RNA-Impfstoffe der Firmen BioNTech/Pfizer bzw. Moderna oder der vektorbasierte Impfstoff der Universität Oxford und der Firma AstraZeneca. Der RNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer wird seit Ende Dezember 2020 in Deutschland angewandt, der Moderna-Impfstoff sowie der Impfstoff der Universität Oxford/AstraZeneca ist seit Januar 2021 für den europäischen Markt zugelassen. Die Daten zu einem weiteren RNA-Impfstoff der Firma CureVac sowie zu den vektorbasierten Impfstoffen Sputnik V (Gamaleya) und dem proteinbasierten Impfstoff Novavax (Johnson & Johnson) liegen der Europäischen Zulassungsbehörde EMA zur Beurteilung vor.

Wie funktionieren RNA-Impfstoffe?

RNA-Impfstoffe wie der von BioNTech bestehen aus zwei Teilen: einem RNA-Molekül sowie „Verpackungsmaterial“. Die Verpackung ist nötig, damit diese RNA-Moleküle in die Zellen des Körpers hineinkommen und nicht abgebaut werden. RNA-Moleküle sind als kurzzeitiger Speicher unserer Erbinformation



wichtiger Bestandteil aller menschlichen Körperzellen. Wenn man sich unser Erbgut, das aus DNA-Molekülen im Zellkern besteht, als ein Kochbuch vorstellt, dann sind

RNA-Moleküle daraus abgeschriebene Notizzettel, die im Zellplasma genutzt und wieder entsorgt werden.

Das Erbgut des Corona-Virus besteht aus RNA, die neuen Impfstoffe nutzen einen Ausschnitt daraus. Statt des kompletten Gänge-Menüs (das Erbgut des ganzen Virus) umfasst der Notizzettel nur das Rezept für die Vorspeise: die kleinen Stacheln des Virus. Wenn unsere Körperzellen den Impfstoff aufnehmen, „kochen“ sie damit im Zellplasma ein Protein (Eiweiß), das normalerweise auf der Oberfläche der Viren sitzt, und präsentieren es anschließend auf ihrer Hülle. Das Immunsystem kann nun Antikörper und andere Immunzellen gegen die Stacheln bilden. Sobald nach einer Ansteckung das richtige Virus in den Körper gelangt, wird er von den Antikörpern erkannt und bekämpft. So kann es viel weniger Schaden anrichten.

Das RNA-Molekül im Impfstoff ist so konstruiert, dass es möglichst oft abgelesen werden kann. Es ist quasi ein sehr robuster Notizzettel. Das macht die Impfung so effizient.

Kann die Boten-RNA unser Genom verändern?

Im Durchschnitt enthält jede Körperzelle im Zellplasma etwa 360.000 Boten-RNA-Moleküle. Und bei jeder Virusinfektion, also auch bei jeder leichten Erkältung, gelangt fremde RNA in unsere Zellen. Sie dringt aber nicht in den Zellkern vor, wo unser Erbgut lagert.

Eine Integration von RNA in DNA ist unter anderem aufgrund der unterschiedlichen chemischen Struktur äußerst unwahrscheinlich. Die beiden Biomoleküle passen nicht zusammen und können keine Ketten bilden. Die wichtigsten Abweichungen: DNA besteht aus einem Doppelstrang, RNA aus einem Einzelstrang. Beide verwenden zudem unterschiedliche Zuckermoleküle als Gerüst. RNA und DNA unterscheiden sich auch in einer der jeweils vier organischen Basen, welche die „Sprossen“ der wie Leitern aussehenden Biomoleküle bilden.

Wie funktionieren die vektorbasierten Impfstoffe?

Die bereits verfügbaren Impfstoffe liefern also kein vollständiges Gänge-Menü, sondern nur das Rezept für die Vorspeise: die kleinen Stacheln des Virus. Wie dieses Rezept genau aussieht und in unsere Zellen kommt, ist nicht immer gleich: Bei den RNA-Impfstoffen ist ein RNA-Molekül in einem Fettkügelchen (Lipid-Nanopartikel) verpackt. Bei den vektorbasierten Impfstoffen der Universität Oxford/AstraZeneca oder Sputnik V von Gamaleya ist das Rezept ein DNA-Molekül und die Verpackung ein Adenovirus. Das Adenovirus ist also der Träger („Vektor“) für den Impfstoff.

Adenoviren sind weit verbreitete Viren, und sie verursachen vor allem Erkältungen. Dem Adenovirus im Impfstoff fehlen allerdings einige Gene, sodass es sich nicht vermehren kann. Es infiziert also einmal unsere Zellen, schaltet schon mal das Immunsystem an und bringt das Rezept für den Coronavirus-Stachel (Spike-Protein) mit in die Zelle, kann sich dann aber nicht im menschlichen Körper ausbreiten.

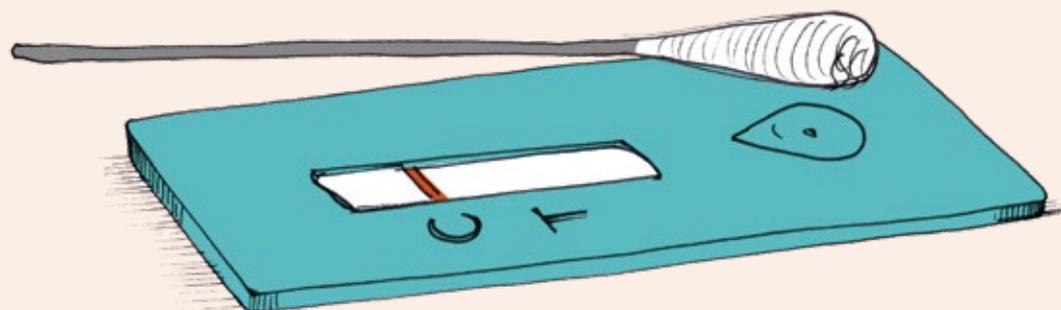
In der Zelle entlässt das Adenovirus seine DNA in den Zellkern, wo sie auf Boten-RNA abgeschrieben und dann wieder ins Zellplasma geschleust wird. Dort werden die kleinen Coronavirus-Stacheln hergestellt. Schließlich präsentiert die Zelle dieses Erkennungsmerkmal auf seiner Hülle dem Immunsystem.

Verglichen mit den RNA-Impfstoffen hat die andere Zusammensetzung des Impfstoffes mehrere Vorteile: Seine Bestandteile sind robuster, und so muss der Impfstoff nicht so kalt lagern wie die mRNA-Impfstoffe. Ein normaler Kühlschrank reicht, auch über Monate hinweg. Das vereinfacht die Logistik. Die biotechnologische Herstellung ist zwar langwieriger, aber auch deutlich billiger.

Wird das Adenovirus-Erbgut in unser Erbgut eingebaut?

Anders als bei Coronaviren oder den mRNA-Impfstoffen von BioNTech/Pfizer und Moderna besteht das Erbgut der Adenoviren wie unser eigenes Erbgut aus DNA-Molekülen. Das Impfvirus bringt sie außerdem in den Zellkern. Solche zellfremde DNA wird mit der Zeit abgebaut. Dennoch ist nicht komplett auszuschließen, dass sie sich – so wie es auch bei einer Infektion mit einem Adeno-Erkältungsvirus geschehen kann –, ganz oder teilweise in unser Erbgut einbaut.

Die häufigste Ursache für Veränderungen im Erbgut sind UV-Strahlungen, Schadstoffe aus Rauch, aber auch zufällige Schäden, die sich im Laufe des Lebens ansammeln. So können Krebserkrankungen entstehen. Es ist daher grundsätzlich möglich, dass nach einer Adenovirus-Impfung beispielsweise eine erhöhte Neigung zu einer Krebserkrankung vorkommen kann.





Es ist allerdings sehr unwahrscheinlich. Diese Einschätzung beruht unter anderem auf zwei Beobachtungen: Zum einen wurden Adenoviren bisher nicht als eine von sehr vielen bekannten Krebs-Ursachen beim Menschen identifiziert. Zum anderen fehlen die Gene E1A und E1B im nicht vermehrungsfähigen Adenovirus im Impfstoff. Diese Gene waren in Tierversuchen aber notwendig, damit der Impfstoff ein krebserregendes Potenzial hatte.

In Südafrika, Großbritannien und Brasilien wurden SARS-CoV-2-Varianten entdeckt, die deutlich ansteckender und teilweise auch gefährlicher sind. Vor allem die britische Variante verbreitet sich auf dem europäischen Kontinent.

Schützt die Impfung dagegen?

Durch die Impfung wird unser Immunsystem auf eine mögliche Infektion vorbereitet. Es stellt verschiedene „Werkzeuge“ her. Der Körper setzt sie ein, wenn er mit dem Virus in Berührung kommt, und sorgt mit den Werkzeugen dafür, dass die Infektion gar nicht erst stattfinden kann oder zumindest schnell

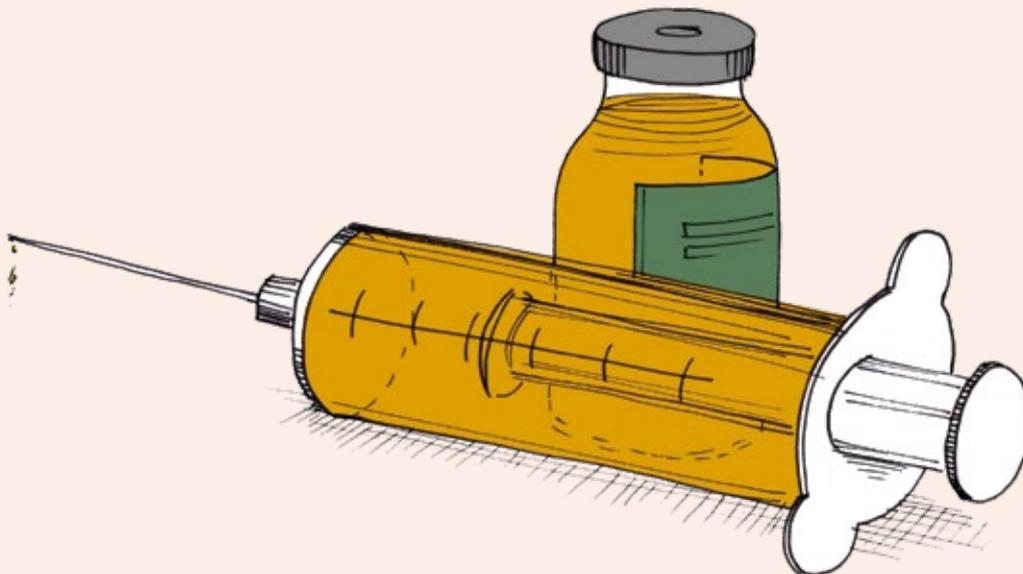
vorübergeht und nur milde Symptome auftreten. Bei den Varianten passen die Werkzeuge nicht mehr perfekt, denn einzelne Buchstaben im Erbgut des Virus sind ausgewechselt. Bei den jetzt bekannten Virusvarianten heißt das aber nicht, dass alle Werkzeuge gar nicht mehr passen.

Das Immunsystem erkennt die britische Variante B1.1.7 beispielsweise noch ähnlich gut, die in Südafrika entdeckte Variante B1.351 hingegen weniger. Das könnte zum Beispiel bedeuten, dass man bei einer Infektion nicht ganz symptomfrei bleibt, sondern einen milden Verlauf hat – etwa einen Husten – und dass sich B1.351 in einer geimpften Bevölkerung verbreiten kann, die mit dem ersten verfügbaren Impfstofftyp geimpft wurde.

Bei jeder neuen Variante wird daher genau untersucht, wie sehr die Impfstoffe sie noch erfassen und ob das Virus noch ausreichend neutralisiert werden kann. Die Hersteller erarbeiten Entwicklungspipelines, mit denen sie ihre Impfstoffe innerhalb von sechs bis acht Wochen an eine neu aufgetretene Variante anpassen können.

Viele der bisher entdeckten SARS-CoV-2-Varianten weisen aber genau die gleichen Mutationen auf – und zwar unabhängig davon, wo

sie ihren Ursprung haben. Das könnte darauf hindeuten, dass das Virus nur ein begrenztes Repertoire hat. Forscher*innen sind außerdem optimistisch, dass die bestehenden Impfstoffe zum Beispiel dank der anpassungsfähigen B-Gedächtniszellen vor Verläufen schützen, die nur im Krankenhaus behandelt werden können. Die B-Gedächtniszellen erinnern sich nicht nur an das Virus, sondern sie verändern sich und entwickeln sich weiter. So bilden sie vielfältige neue Antikörper.



3 FRAGEN AN

Prof. Dr. Gernot Marx

Im Zuge der Corona-Pandemie ist die Situation in der Intensivmedizin regelmäßig Gegenstand auch öffentlicher Debatten. Der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) kommt dabei unter anderem durch das DIVI-Intensivregister, das die Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter Covid-19-Fälle in Echtzeit erfasst, eine Schlüsselrolle zu. Der Anästhesist Prof. Dr. Gernot Marx ist seit Januar 2021 neuer Präsident der Fachgesellschaft.

Vor welchen Herausforderungen steht die Intensiv- und Notfallmedizin im Jahr 2021?

Zuallererst gilt es natürlich, gemeinsam die Corona-Pandemie zu bewältigen! Die Aufgabe von uns Intensivmedizinern ist es, dafür zu sorgen, dass Covid-19-Patienten optimal versorgt werden, damit wir sie trotz dieser besonders schweren Erkrankung wieder zurück ins Leben bringen können. Zudem geht es selbstverständlich darum, dass wir uns um alle Belange der intensivmedizinischen Teams kümmern – das umfasst Ärzte und Pfleger, aber auch alle anderen, zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Reinigungskräfte und die Logistik, die dahintersteht.

Gleichzeitig ist es eine wichtige Aufgabe der Intensiv- und Notfallmedizin, die anderen schwerkranken Patienten nicht zu vergessen. Wir versorgen pro Jahr mehr als zwei Millionen Intensivpatienten. Natürlich dürfen wir auch die Weiterentwicklung der Strukturen und Wissenschaft nicht aus den Augen verlieren. Hier seien beispielhaft genannt: die Neustrukturierung der Notfallmedizin und der Notfallaufnahmen in Deutschland, die Weiterentwicklung der Telemedizin in der Intensivmedizin und die Weiterentwicklung unserer Qualitätsindikatoren.

Noch nie war die Intensivmedizin derart im öffentlichen Fokus wie während der Corona-Pandemie. Was bedeutet diese erhöhte Aufmerksamkeit für die Arbeit der DIVI?

Der öffentliche Fokus hat gezeigt, was die Intensivmedizin eigentlich beinhaltet und wie relevant – man sagt ja heute gerne „systemrelevant“ – dieser medizinische Bereich ist. Gemeinsam mit den Verantwortlichen der Gesundheitspolitik und anderen wichtigen Partnern wie den Krankenkassen, den Ärztekammern und der Krankenhausgesellschaft gilt es, diese Aufmerksamkeit zu nutzen, um für die Intensivmedizin zukunftsichere Strukturen zu entwickeln. Dazu zähle ich

insbesondere die Digitalisierung, deren Bedeutung im Rahmen der Pandemie besonders zutage getreten ist.

Einer Ihrer erklärten Schwerpunkte als DIVI-Präsident soll das Thema Künstliche Intelligenz (KI) sein. An welche Einsatzbereiche denken Sie dabei?

Die Intensivmedizin ist in Deutschland bereits sehr digital und bietet sich daher für dieses Thema besonders an: Wir nutzen digitale Dokumentations- und Managementsysteme und erfassen umfangreiche Datensätze für jeden Patienten. Es geht nun darum, diese Datensätze – natürlich ohne Personenbezug und unter Berücksichtigung des Datenschutzes – für die Weiterentwicklung der Medizin zu nutzen.

Beispielsweise beim Thema Sepsis konnten wir in Studien ermitteln, dass die Diagnose durch KI-Algorithmen um mehr als zwölf Stunden nach vorne gezogen werden kann. Das eröffnet wirklich unglaubliche Möglichkeiten, die Therapie und deren Erfolg zu verbessern, sodass noch mehr Menschen eine Sepsis überleben. Neben zahlreichen weiteren therapeutischen Bereichen glaube ich fest daran, dass künstliche Intelligenz auch in der Nachsorge mit großer Wirkung zum Einsatz kommen kann. So könnten beispielsweise mit Gesundheits-Apps frühzeitig Optimierungspotenziale oder auch gesundheitliche Verschlechterungen identifiziert werden. Als DIVI denken wir hier einmal mehr sektorenübergreifend und damit über den stationären Aufenthalt hinaus.



Photo: DIVI/Daniel Cornejo

„Ich glaube fest daran, dass künstliche Intelligenz auch in der Nachsorge mit großer Wirkung zum Einsatz kommen kann.“

Prof. Dr. Gernot Marx
Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)



STRATEGIE

Testen als Baustein der Pandemiebekämpfung

Selbsttests an der Supermarktkasse, kostenlose Schnelltests einmal wöchentlich: Eine große Hoffnung im Kampf gegen die Pandemie liegt auf wiederholten und flächendeckenden Testungen. Doch was genau unterscheidet einen Antigen-Test von einem PCR-Test, wie zuverlässig sind die verschiedenen Tests und welche Chancen könnten sie eröffnen?

/Text/ Sophie Rabe und Martin Kluxen

Mit der Neufassung der Corona-Testverordnung im März 2021 erhielten sogenannte Antigentests eine gewichtige Rolle in der nationalen Teststrategie: Beschäftigten sowie Kindern in Schulen und Kitas wurde der Anspruch auf zwei Testungen pro Woche gewährt, Unternehmen sollen in Präsenz arbeitenden Beschäftigten regelmäßige Testangebote machen. Außerdem hat jeder Bürger Anspruch auf einen kostenlosen Test pro Woche. Der in diesen Fällen eingesetzte Antigen-Schnelltest ist jedoch nur eines von drei derzeit eingesetzten Testverfahren.



Dr. Sophie Rabe
Abteilung Gesundheit
beim vdek



Dr. Martin Kluxen
Abteilung Gesundheit
beim vdek

Der Antigen-Selbsttest

Noch niedrigschwelliger als der Schnelltest ist der Selbsttest. Die Probenentnahme und Auswertung erfolgen durch einen Laienanwender. Dabei wird häufig ein Abstrich im vorderen Nasenbereich durchgeführt. Weiterhin kann die Probenentnahme auch durch einen Wangenabstrich, Gurgeltest oder Spucktest erfolgen. Diese Verfahren können etwa Testungen in der Kita oder einem Pflegeheim vereinfachen. Die Tests schlagen vor allem bei hoher Viruslast kurz vor Auftreten der Symptome bzw. in der frühen symptomatischen Phase an. **Zugang und Verfügbarkeit:** Antigen-Selbsttests sind zum Beispiel in Supermärkten, Drogerien und Apotheken ab ca. fünf Euro pro Test erhältlich.

Testergebnis: nach 15–30 Minuten

Gültigkeit: 24 Stunden

Der Antigen-Schnelltest

Die Probenentnahme erfolgt über einen Nasen- oder Rachenabstrich durch geschultes Personal. Die Auswertung kann direkt vor Ort erfolgen.

Zugang und Verfügbarkeit: Die Durchführung findet beispielsweise in Arztpraxen und Testzentren statt. Der Test kann dort ohne Symptome zur vorbeugenden Testung und als Fremdschutz durchgeführt werden. Der Getestete erhält eine Bescheinigung über das Testergebnis. Auch der Antigen-Schnelltest schlägt vor allem bei einer hohen Infektiosität an.

Testergebnis: nach 15–30 Minuten

Gültigkeit: 24 Stunden

Der PCR-Test

Der PCR-Test gilt als Goldstandard der Corona-Testverfahren. Medizinisches Fachpersonal führt dabei einen Nasen- oder Rachenabstrich durch. Die Auswertung findet im Labor statt. Der PCR-Test kann das Virus auch längere Zeit nach einer Erkrankung nachweisen.

Zugang und Verfügbarkeit: Die Durchführung erfolgt in Arztpraxen, Testzentren oder Kliniken bei Symptomen, im Verdachtsfall oder zur Bestätigungsdiagnostik nach einem positiven Antigentest.

Testergebnis: nach etwa 24 Stunden

Gültigkeit: 48 Stunden

Zuverlässigkeit der Testverfahren

Antigentests können wesentlich schneller als die laborbasierten PCR-Tests durchgeführt werden. Im Vergleich mit der PCR-Testung erkennen die Antigentests jedoch sowohl infizierte Personen schlechter (niedrigere Sensitivität) als auch nicht-infizierte Personen schlechter (niedrigere Spezifität). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die Zulassung der Antigentests. Dabei gelten die Mindestkriterien des Paul-Ehrlich-Instituts. Demnach muss die Sensitivität der Tests mindestens 80 Prozent und die Spezifität mindestens 97 Prozent betragen.

Neben der Sensitivität und Spezifität hängt die Aussagekraft der Antigentests zudem vom Anteil der Infizierten unter den getesteten Personen ab. Gemäß dem statistischen Prinzip der sogenannten Vortestwahrscheinlichkeit gilt: Sind unter den Getesteten nur wenige Personen tatsächlich infiziert, dann sind positive Testresultate unzuverlässiger. Wenn unter den getesteten Personen sehr viele Personen infiziert sind, dann sind positive Testresultate zuverlässiger.

Umgang mit den Testergebnissen

Ein positives Testergebnis nach Durchführung eines Antigentests stellt zunächst einen Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion dar und sollte zur eigenverantwortlichen häuslichen Quarantäne führen. Für eine gesicherte Diagnose muss das Ergebnis durch einen PCR-Test bestätigt werden. Die Labore sind auf den möglichen Anstieg der PCR-Tests durch die erweiterte Teststrategie vorbereitet. Bei negativen Testergebnissen dürfen herkömmliche Maßnahmen wie Hygiene- und Abstandsregeln jedoch in keinem Fall vernachlässigt werden.

Chancen umfangreicher Testungen

Ein Großteil der Übertragungen wird durch symptomfreie Personen verursacht. Antigentests können bei niedrigschwelliger Anwendung zur Entdeckung dieser sonst unerkannten Fälle führen. Somit können sie zeitnah auf Übertragungsknoten hinweisen und zur Unterbrechung von Übertragungsketten führen. Studien weisen darauf hin, dass häufig wiederholte und flächendeckende Testungen mit schnellen

Sensitivität

Die Sensitivität beschreibt die Fähigkeit des Tests, Infizierte korrekt zu erfassen. Bei einer Sensitivität von 80 Prozent erkennt ein Antigentest 80 von 100 Infizierten korrekt.

Spezifität

Die Spezifität beschreibt die Fähigkeit des Tests, Nicht-Infizierte korrekt zu erfassen. Bei einer Spezifität von 97 Prozent erkennt der Antigentest 97 von 100 Nicht-Infizierten

Ergebnissen die Verbreitung des Coronavirus verlangsamen können. Dieser Effekt kann trotz der eingeschränkten Sensitivität der Antigentests erzielt werden.

Antigentests besitzen zudem das Potenzial Öffnungsschritte abzusichern. Im März 2021 wurde beschlossen, dass die Länder im Rahmen von zeitlich befristeten Modellprojekten in einigen ausgewählten Regionen mit strengen Schutzmaßnahmen und einem Testkonzept einzelne Bereiche des öffentlichen Lebens wieder öffnen. Tübingen hat als eine der ersten Städte die Umsetzbarkeit von Öffnungsschritten unter Nutzung eines konsequenten Testregimes erprobt. Das Prinzip: Wer an einer der Teststationen in der Stadt einen Schnelltest macht, bekommt bei einem negativen Ergebnis ein Tagesticket. Mit diesem Tagesticket dürfen die Getesteten dann in Geschäften shoppen oder ins Kino gehen. Die herkömmlichen Hygiene- und Abstandsregeln müssen jedoch weiterhin eingehalten werden.

Zumal Impfstoffe noch nicht in ausreichenden Mengen für alle Altersgruppen zur Verfügung stehen, können Antigentests die Sicherheit erhöhen. Gerade in Hinblick auf steigende Infektionszahlen und neue Virusmutationen ist es sinnvoll, die Anwendung der Tests als Baustein in der Pandemiebekämpfung in die flächendeckende und zielgerichtete Umsetzung zu bringen. Gleichzeitig sind gezielte und breitflächige Informationskampagnen zur verantwortungsvollen Nutzung der Tests durch Laien sowie zum Umgang mit den Testergebnissen essenziell. Denn wenn die Bürger nicht ausreichend über die Grenzen und den Nutzen der Tests aufgeklärt sind, kann das Vertrauen in die Testungen schnell verloren gehen. ■

Ein Großteil der Übertragungen wird durch symptomfreie Personen verursacht.





INTERVIEW

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat neue Anerkennung erfahren“

Mit einem Vierklang aus Impfen, Testen, Kontaktnachverfolgung und Öffnungen wollen Bund und Länder ein Stück Normalität in den Alltag der Menschen zurückbringen. Eine zunehmend elektronische Kontaktnachverfolgung soll die Gesundheitsämter entlasten. Expertin für die Gesundheitsämter ist **Dr. Ute Teichert**, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD). Im Interview bewertet sie die Situation der Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie, wie die digitale Kontaktnachverfolgung vorankommt und ob das Öffnungskonzept von Bund und Ländern tragfähig ist.

/ Interview / Annette Kessen und Dr. Tanja Gloom



Frau Dr. Teichert, was reizt Sie persönlich daran, im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens tätig zu sein?

DR. UTE TEICHERT Tatsächlich finde ich, es gibt nichts Spannenderes. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat ein breites Betätigungsfeld. Ich kann dort alle Medizinbereiche überblicken und habe alle Bevölkerungsgruppen im Blick, unabhängig vom Versichererstatus. Hinzu kommt die Aktualität der Arbeit. Über die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen können wir viele Brücken bauen und Forschungsvorhaben oder andere Projekte anstoßen, auch gemeinsam mit den Krankenkassen. Denn wir sind in einer guten Schlüsselposition, weil wir die Kontakte in alle Gesundheitsämter haben.

Wie haben Sie das vergangene Pandemie-Jahr aus Sicht des ÖGD erlebt?

Dazu gibt es zwei Betrachtungsweisen. Einerseits haben wir lange vor der Pandemie darauf hingewiesen, dass der ÖGD im Gesundheitssystem schlecht aufgestellt ist. Über die letzten Jahrzehnte hinweg wurde er durch Personalabbau und den Wegfall von Aufgaben sukzessive geschwächt. Auch vor Pandemien haben wir immer wieder gewarnt. Denn es gab durchaus Vorboten wie EHEC und die Schweinegrippe. Andererseits staunen wir darüber, was die Pandemie in puncto öffentlicher Aufmerksamkeit bewirkt hat. Die Arbeit des ÖGD wird jetzt von vielen Menschen wahrgenommen. Früher musste ich mich gelegentlich dafür rechtfertigen, dass ich als Amtsärztin arbeite. Heute erleben wir eine gesellschaftliche Anerkennung, die ich so nie erwartet hätte.

Der ÖGD bzw. die rund 375 kommunalen Gesundheitsämter waren und sind vor allem für die Erfassung und Nachverfolgung von Infektionen verantwortlich. Damit waren sie jedoch schnell überfordert. Woran lag das?

Grundsätzlich ist die Personenkontaktnachverfolgung eine Aufgabe der Gesundheitsämter, die im Infektionsschutzgesetz festgelegt ist. Sie findet bei Tuberkulose, Masern und auch bei allen anderen meldepflichtigen Erkrankungen statt. Diese Aufgabe ist daher nichts Neues und nicht erst durch die Corona-Pandemie entstanden. Neu sind aber die enorm hohen Fallzahlen. Vor der Pandemie hat die

Kontaktnachverfolgung gut funktioniert. Aber dass es innerhalb eines Tages plötzlich bis zu 5.000 Kontaktpersonen gibt, damit konnte niemand rechnen. Im Rahmen einzelner Corona-Ausbrüche, etwa beim Fleischverarbeiter Tönnies im Kreis Gütersloh, gab es aber innerhalb kürzester Zeit solche Fallzahlen. Wie soll ein Gesundheitsamt diese auf einmal abarbeiten können? Zu einem großen Problem wurden plötzlich auch die jahrelang praktizierten Wege der Kontaktübermittlung, angefangen von Faxen über das Mailen von Word- oder Excel-Tabellen bis hin zu Telefonaten. Bei der Menge der Fallbearbeitungen kamen die Gesundheitsämter nicht mehr hinterher – was nach außen den falschen Eindruck der Rückständigkeit erweckte.

Welche Unterstützung haben Sie bei der Bewältigung der schleppend verlaufenen Kontaktverfolgung von der Politik erhalten?

Im Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben wir im vergangenen Jahr eine vom Bund finanzierte Freiwilligenbörse aufgebaut, die sich an Medizinstudierende richtete. Seit diesem Jahr können sich auch Studierende aus anderen Fachrichtungen melden, wenn sie im Gesundheitsamt aushelfen wollen. Zudem finanziert der Bund ein eigenes Programm von bislang 1.500 sogenannten Containment-Scouts, die in Vollzeit für einen bestimmten Zeitraum in den Gesundheitsämtern eingestellt werden. Beide Programme laufen separat und ergänzen sich gut. Auch die ÖGD-eigenen Verwaltungen haben reagiert, ein Teil ihrer Mitarbeiter unterstützte die Gesundheitsämter bei der Kontaktnachverfolgung. Im Sommer kamen die Bundeswehrsoldaten hinzu und auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen hat Ärzte geschickt, die bis in den Herbst hinein in den Gesundheitsämtern tätig waren.

Eine eher kurzfristig angelegte Personalplanung...

Ja, die Idee, Hilfskräfte schnell einzusetzen, nützt auf jeden Fall bei einer kurzfristigen Krise. Aber die Pandemie dauert bereits seit einem Jahr an und wird sich voraussichtlich noch über Monate hinziehen. Deshalb müssen wir von der kurzfristigen Personalpolitik wegkommen, die getrieben ist von der Idee, dass weniger Arbeit anfällt, wenn die



Foto: Bettina Engel-Albusin

Infektionszahlen sinken. Aber diese Annahme ist falsch. Viele Tätigkeiten, die normalerweise im Gesundheitsamt anfallen, liegen derzeit brach. Es finden zum Beispiel derzeit keine Einschulungsuntersuchungen und keine Trinkwasseruntersuchungen statt. Das wird negative Folgen haben. Oder nehmen wir das Beispiel der Zahngesundheit: Seit einem Jahr gibt es keine Kariesprophylaxe mehr. In ein paar Jahren werden wir eine Generation von Kindern haben, in der Zahnkaries wieder verstärkt auftritt.

Muss die Kontaktnachverfolgung digitaler werden?

Ja, mit der Digitalisierung können wir den Prozess beschleunigen. Zum Teil sind schon Schritte erfolgt, und Labore melden auf digitalem Weg. Wir können dasselbe auch für die Kontaktdokumentation machen, indem wir Systeme nutzen, die es bereits gibt, wie die Luca-App. Diese App ermöglicht eine schnelle Kontaktverfolgung für private Treffen, öffentliche Veranstaltungen, Geschäfte und Gastronomie. Die Gäste können sich mit ihrem Handy in der Luca-App anmelden und mit einem QR-Code in eine Veranstaltung einchecken. Wird ein Gast positiv auf das Coronavirus getestet, werden seine verschlüsselten Daten an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt und dort in die

Ich halte es für ganz wichtig, die Gesundheitsämter grundsätzlich adäquat mit mehr und ausreichendem Fachpersonal auszurüsten.





Foto: Bettina Engel-Albratin

Dr. med. Ute Teichert ist Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) und Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. Nach einer klassischen Klinikkarriere wechselte Teichert in den Öffentlichen Gesundheitsdienst, wo sie **von 2002 bis 2012 das Gesundheitsamt in Ahrweiler leitete.** Anschließend übernahm sie die **Fachaufsicht für die Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz.** Seit **2014** bringt sie als **Direktorin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf** ihre berufliche Erfahrung in die Aus- und Weiterbildung ein.



Pandemiesoftware SORMAS übertragen. Die Kombination aus Luca-App und SORMAS ist perfekt und spart Zeit.

Aber bislang gibt es einen digitalen Flickenteppich, weil viele Gesundheitsämter die kostenlose Pandemiesoftware SORMAS gar nicht nutzen.

Das hängt damit zusammen, dass die Gesundheitsämter mittlerweile eigene Systeme haben, die gut funktionieren. Es ist mit einigem Aufwand verbunden, Mitarbeiter für neue Systeme zu schulen. Allerdings fände ich es besser,

wenn SORMAS bundesweit von allen Gesundheitsämtern genutzt würde, um damit das volle Potenzial zu entfalten. Dann bekämen wir auch eine bessere Vernetzung untereinander hin, die bislang leider fehlt. Wie SurvNet und DEMIS sollte die Einführung einer Software gesetzlich geregelt sein.

Stichwort Pandemiebekämpfung: Welche Bausteine sind aus Ihrer Sicht notwendig?

Zu den Bausteinen zählen neben der Digitalisierung und der Kontaktpersonenverfolgung eine effektive Schnelltest- und Impfstrategie. Dies alles muss zusammenwirken. Ich halte es auch für ganz wichtig, die Gesundheitsämter grundsätzlich adäquat mit mehr und ausreichendem Fachpersonal auszurüsten, da diese eine wichtige Rolle in der Pandemiebekämpfung haben.

Wie schätzen Sie die bisherige Impfstrategie ein?

Ähnlich wie bei der Digitalisierung haben wir einen Flickenteppich. Für das Impfen sind die Länder zuständig. In einigen Ländern klappt das sehr gut. Die Berliner Impfzentren beispielsweise sind hervorragend organisiert und stemmen die Arbeit mit Unterstützung von Hilfsorganisationen. Ich kenne aber auch andere Beispiele, wo es nicht so gut läuft und weder die Hilfsorganisationen noch der ÖGD beteiligt sind. Das ist schade, denn damit wird auf diejenigen Strukturen verzichtet, die in der Vergangenheit Erfahrungen gesammelt haben. Im Jahr 2000 hatte ich im Gesundheitsamt beispielsweise schon damit begonnen, die ersten

Pockenimpfstellen aufzubauen. Heute sehe ich bezüglich der Corona-Impfungen zwei Probleme: Erstens haben wir ein Organisationsproblem bei den Impfstoffen und ihrer Verteilung. Zweitens haben wir ein großes Kommunikationsproblem rund um die Impfung. Beides hätte viel früher angegangen werden müssen.

Viele Menschen setzen auch auf die Schnellteststrategie, um ein Stück „Normalität“ in ihren Alltag zurückzubringen. Ist das berechtigt?

Grundsätzlich finde ich Schnelltests sehr gut. Ich selbst habe vor einiger Zeit an einer Präsenzveranstaltung teilgenommen, in deren Vorfeld ich getestet wurde. Zehn Personen nahmen an der Diskussionsveranstaltung vor Ort teil, alle anderen waren digital zugeschaltet. In Richtung solcher Hybridveranstaltungen wird es sicherlich weitergehen. Das halte ich auch für sinnvoll. Konterkariert wird dieser gute Ansatz, wenn in anderen Bereichen wie dem öffentlichen Nahverkehr die Sicherheit durch zu viel Gedränge gefährdet wird. Das habe ich auf dem Weg zur besagten Tagung ebenfalls selbst erlebt. Es reicht eben nicht, nur in einigen Bereichen vorbildliche Hygienekonzepte einzuführen.

Beim Corona-Modellprojekt in Tübingen werden Schnelltests gezielt eingesetzt, damit die Menschen in der Stadt wieder einkaufen gehen können und die Zahl der Neuinfektionen trotzdem niedrig bleibt. Ist das ein gutes Vorbild?

Ich finde das Tübinger Beispiel sehr beeindruckend. Endlich gibt es Menschen, die etwas anpacken, anstatt alles zu zerreden. Wir brauchen mehr positive Beispiele, die wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um auch anderen die Chance zu geben mitzumachen. Immer wieder nur auf den nächsten Lockdown zu warten, ist der falsche Weg. Allerdings reicht es nicht aus, nur auf Schnelltests zu setzen, es müssen verschiedene Maßnahmen ergriffen werden. Und wenn die Schnelltests nur eingesetzt werden, um flächendeckende Öffnungsstrategien bei hohen Fallzahlen einzuführen, halte ich das sogar für gefährlich.

Wegen der dritten Welle sind große Öffnungsschritte in weite Ferne gerückt. Was empfehlen Sie stattdessen?

Das Öffnungskonzept von Bund und Ländern wird in der Praxis nicht umgesetzt. Was wir

brauchen, ist ein anderer Öffnungsansatz. Diejenigen Kommunen und Gemeinden, die eine stabile 7-Tage-Inzidenz unter 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern haben – und davon gibt es einige –, können mit einem vernünftigen Konzept aus Teststrategie, Kontaktpersonennachverfolgung und Digitalisierung Öffnungsschritte einleiten. Alle anderen über dem Wert von 50 dürfen nicht öffnen. Es gibt ein Prinzip und eine Vision, an der alle mitarbeiten können. Derzeit bängen alle, wenn sie über den Inzidenzwert von 100 kommen. Warum macht man es also nicht umgekehrt und sagt all denjenigen, die unter dem Wert von 50 sind, dass sie öffnen können? Dann würden sich die Menschen vielleicht mehr anstrengen, weil es eine klare Öffnungsperspektive gibt, wenn die Zahlen niedrig sind.

Uns interessieren zum Schluss die Zukunftsperspektiven des ÖGD. Im September 2020 wurde der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beschlossen. Bis Ende 2021 sollen 1.500 Stellen zusätzlich geschaffen werden und dann noch mal 3.500 Stellen. Für wie realistisch halten Sie, dass diese Stellen dann überhaupt besetzt werden können?

Ein deutlicheres Signal vonseiten des Bundes als jetzt, nämlich Geld in das System geben zu wollen, habe ich noch nie erlebt. Das ist eine historische Chance. Ich begrüße das sehr. Ich bin aber skeptisch, ob diese Zahlen eingehalten werden. Dass Akteure auf allen Ebenen die entsprechende Umsetzung ausbremsen – dafür habe ich kein Verständnis.

Sie setzen sich seit Jahren für bessere Gehälter für die Amtsärzte ein. Wie ist der Stand: Wie viele Amtsärzte gibt es derzeit und wohin geht die Tendenz?

Wir haben bundesweit rund 2.500 Ärzte und Ärztinnen, die in den Gesundheitsämtern arbeiten, bei einer Gesamtzahl von rund 380.000. Also handelt es sich nur um einen verschwindend geringen Teil. Wir haben auch ein erhebliches Nachwuchsproblem – und dies liegt auch entscheidend mit daran, dass Fachärzte im Gesundheitsamt deutlich weniger verdienen als im Krankenhaus. Wenn Sie ins Gesundheitsamt wechseln wollen, müssen Sie alleine Gehaltseinbußen von bis zu 1.000 Euro pro Monat einrechnen.

Wo verorten Sie den ÖGD künftig im deutschen Gesundheitssystem?

Hier muss ein komplettes Umdenken stattfinden, weil wir bisher immer nur in den Bereichen ambulante und stationäre Versorgung denken. Wir müssen den ÖGD in diesem System stärker berücksichtigen. Wenn ich krank bin, erwarte ich, dass ich in der Arztpraxis oder im Krankenhaus gut versorgt werde. Aber um festzustellen, ob dort nach Hygienestandards gearbeitet wird, ob medizinische Grundsätze eingehalten werden, ob überhaupt genügend Praxen und Krankenhäuser vorhanden sind, braucht es einen Blick auf die Gesamtversorgung. An dieser Stelle ist der ÖGD in die gesamte Versorgungsplanung viel zu wenig einbezogen, obwohl er als lokaler Player vor Ort eigentlich genau diesen Überblick hat.

Der ÖGD ist mit seinen Gesundheitsämtern dezentral organisiert. Vor einiger Zeit kam der Vorschlag auf, in Anknüpfung an das ehemalige Bundesgesundheitsamt wieder ein zentrales Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit einzuführen. Was denken Sie darüber?

Wir brauchen beides – die kommunale Struktur und den Ausbau der Strukturen auf Landes- und Bundesebene. Der ÖGD ist an die kommunale Struktur angebunden. Das ist wichtig und sinnvoll, bezogen auf die regionale Einbindung. Was jedoch fehlt, sind fachliche Leitlinien. Denn jedes Gesundheitsamt arbeitet bislang in seiner dezentralen Struktur. Das Robert Koch-Institut kann zwar Empfehlungen aussprechen, aber diese decken nicht den Gesamtbereich der öffentlichen Gesundheit ab. Gesundheit ist Ländersache, aber die wenigsten Länder verfügen über eine fachliche Leitstruktur. ■





BIBLIOTHEK

MDK-REFORM

Auswirkungen auf die Praxis

Die Autoren stellen präzise dar, was sich mit dem MDK-Reformgesetz geändert hat, vor allem aber, welche Auswirkungen diese Änderungen in der Praxis haben. Hinzu kommen die erheblichen Veränderungen im konkreten Ablauf von Abrechnungsprüfungen (Stichworte „Falldialog“ und „Präklusion“). Einen zentralen Stellenwert werden in Zukunft die Strukturprüfungen haben – auch hierzu gibt das Buch entsprechende Erklärungen und Empfehlungen. Ein Glossar mit Erläuterungen aller zentralen Begriffe zur MDK-Reform rundet das Werk ab.



Prof. Dr. Boris Augurzky, Maurice Berbuir, Prof. Dr. Bernd Halbe, Dr. Uwe K. Preusker und Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher (Hg.)

MDK-Reform und Krankenhausabrechnung - Auswirkungen auf die Praxis

2020, XI, 212 S., € 69,99
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

KOMMENTAR

Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz

Der Kommentar erläutert die Vorschriften des SGB X, das sich mit dem sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren, dem Schutz der Sozialdaten sowie der Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihren Beziehungen zu Dritten befasst. Die Neuauflage berücksichtigt Änderungen unter anderem durch das Zweite Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU, das Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften sowie das Bundesteilhabegesetz. Ein Randnummernsystem hilft beim Zitieren und erleichtert den Zugriff auf die jeweils maßgebliche Kommentierung.



Prof. Dr. Bernd Schütze
SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
9. Auflage 2020, XXVI,
1.414 S., € 89
Verlag C. H. Beck, München

KOMMENTAR

Grundlagen des Verwaltungsaktes

Der Handkommentar erläutert das Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) gut verständlich. Die Neuauflage berücksichtigt die Änderung des §3a VwVfG durch Art. 5 Abs. 25 des Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweisgesetzes und weiterer Vorschriften vom 21.06.2019. Auch neue Entscheidungen z. B. zum Planfeststellungsrecht sowie Entwicklungen im Bau-, Umwelt- und Datenschutzrecht werden erfasst. Aktuelle Rechtsprechung und Literatur sind eingearbeitet.



Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (†) und Prof. Dr. Ulrich Ramsauer (Hg.)
Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) - Kommentar
21. Auflage 2020, XXXV,
2.036 S., € 67
Verlag C. H. Beck, München

Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

In der Abrechnungsprüfung oder anderen Fragen im Kontakt zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern sind die benötigten Informationen breit gefächert. Im ÄGUV sind alle relevanten Grundlagen schnell zur Hand. Ob GOÄ, Gesetze zum Berufsrecht der Ärzte oder Vertragswesen zwischen Ärzten und Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften – auf alle Fragen kennt das ÄGUV die Antwort.

Karl-Heinz Andro und Norbert Fischer
ÄGUV

202. Lfg., 08/2020, € 229; 203. Lfg., 10/2020, € 239.
Gesamtwerk 4.070 S. in zwei Ordnern, € 189
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Schadensersatz im Fokus

Im Schadensfall mit Drittbeteiligung stellt sich regelmäßig die Frage, ob und, falls ja, in welchem Umfang ein Schadensersatzanspruch für welchen der Beteiligten besteht. Das SGB SF setzt genau an diesem Punkt an. Im umfangreichen Erläuterungsteil werden sämtliche Fragen zu Haftung, Umfang und Durchsetzung von Erstattungsansprüchen, Teilungsabkommen oder zur Verjährung beantwortet.

SGB SF - Schadensersatz und Forderungen

67. Lfg., 04/2020, € 189,90; 68. Lfg., 09/2020, € 143,90.
Gesamtwerk 1.640 S. in einem Ordner, € 149
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

Regelungen des SGB V

Das Handbuch kommentiert ausführlich und praxisnah die Vorschriften des SGB V und bietet Auskunft zu allen Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es liefert Informationen für Gerichte, Rechtsanwälte, Mitarbeiter in den Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Sozialverwaltung sowie für alle im Sozialrecht tätigen Berater.

Dr. Ruth Düring, Hermann Frehse und Prof. Dr. Ernst Hauck (Hg.)

Handbuch der Krankenversicherung - Teil II - Sozialgesetzbuch V

93. Lfg., 03/2020, € 134; 94. Lfg., 10/2020, € 275.
Gesamtwerk 6.689 S. in vier Ordnern, € 309
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

LEHRBUCH

Basiswissen Gesundheitsökonomie/-politik

Das Lehrbuch behandelt acht Kapitel mit folgenden Themen: Grundlegende Aspekte des deutschen Sozialsystems; das Gesundheitssystem als wesentlicher Bestandteil des Sozialsystems; vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft; Managed Care als alternatives Konzept der Gesundheitsversorgung; politische Aspekte der Gesundheitsversorgung; Versorgungssektoren des ersten Gesundheitsmarktes; gesundheitsökonomische Evaluationen und Berichterstattungssysteme im Gesundheits- und Sozialbereich.



Manfred Haubrock
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
2020, 566 S., € 49,95
Hogrefe Verlag, Bern

GESUNDHEITSBRANCHE

Digitale Geschäftsmodelle

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eines der relevantesten Themen der nächsten Jahre und wird von allen Marktteilnehmern neue Denkweisen und Kompetenzen erfordern. Das Buch nimmt den Leser mit auf die Reise durch die letzten 20 Jahre Digitalisierungsgeschichte des Gesundheitsmarktes, erklärt die fünf wichtigsten Zukunftstrends und wagt den Blick auf alle wichtigen Marktteilnehmer und wie sich deren Rollen wandeln werden. Abschließend diskutieren die Autoren, wie und ob sich eine Plattformökonomie auch im Gesundheitswesen durchsetzen wird und wer die relevanten Player sein können.



Nils Seebach und
Luisa Wasilewski
Digitaler Puls – Warum der Gesundheitsmarkt jetzt digital handeln muss!
2021, 475 S., € 44,95
Hogrefe Verlag, Bern

RATGEBER

Rechtliche Vorsorge für jedermann

Die Broschüre erläutert verständlich die wichtigsten Bereiche, die jeder für sich regeln sollte, und stellt die entsprechenden Verbundformulare zum Heraustrennen zur Verfügung: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Sorgerechtsverfügung, Testament und Erbfolge. Ein Extra-Kapitel befasst sich mit „Meine Daten für den Ernstfall“. Hier können behandelnde Ärzte, einzunehmende Medikamente, Allergien, Versicherungen, Bankverbindungen, Internetpasswörter und vieles mehr eingetragen werden.



Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Hg.)
Der große Vorsorgeberater
3. Auflage 2019, 128 S., € 13,90
Verlag C. H. Beck, München

Medizinprodukte-Recht

Dieser Kommentar bietet umfassende Informationen zum Medizinprodukterecht und den dazugehörigen EU-Vorschriften, darunter Text und ausführliche Kommentierung des Medizinproduktegesetzes unter Einschluss dazu ergangener Rechtsprechung und Literatur, Texte der zum Medizinproduktegesetz ergangenen Verordnungen und Verwaltungsvorschriften sowie nationale und europäische Leitlinien und Beschlüsse.

Gert Schorn (Begr.), Volker Lückner und
Hans Georg Baumann (Hg.)

Medizinprodukte-Recht – Kommentar und Materialien
33. Lfg., 07/2020, € 89. Gesamtwerk 3.550 S.
in vier Ordnern, € 178

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Begleiter für sozialpolitisch Tätige

Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des SGB XII geben die Autoren wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung. Der Kommentar enthält eine umfangreiche Einführung zu den Strukturprinzipien, wichtige Materialien der Gesetzgebungsverfahren und viele Informationen zu aktuellen, sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthé (Hg.)

SGB XII – Sozialhilfe

1. Lfg., 03/2020, € 61,20; 2. Lfg., 04/2020, € 65,80;
3. Lfg., 05/2020, € 63,60; 4. Lfg., 06/2020, € 66,40.
Gesamtwerk 3.678 S. in zwei Ordnern, € 111

Erich Schmidt Verlag, Berlin

Grundsicherung für Arbeitsuchende

Der Kommentar enthält alle notwendigen Informationen rund um die aktuellen Regelungen und zeigt die Zusammenhänge des SGB II zum übrigen Sozialrecht auf, gibt viele lösungsorientierte Hinweise zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und behandelt jede nur denkbare Fallkonstellation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende

3. Lfg., 04/2020, € 64,80; 4. Lfg., 05/2020, € 68,80;
5. Lfg., 06/2020, € 64,40. Gesamtwerk 5.606 S.
in vier Ordnern, € 136

Erich Schmidt Verlag, Berlin



GKV-HILFSMITTELVERZEICHNIS

4.000 neue Produkte aufgenommen



Foto: durrenmaier/Adobe Stock

Um die 36.200 Produkte umfasst das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis (HMV) des GKV-Spitzenverbandes. Die 41 Produktgruppen werden anlass- und turnusmäßig fortgeschrieben, um relevante medizinische und technische Erkenntnisse sowie neueste Entwicklungen bei der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen.

„Im Jahr 2020 erhielten GKV-Versicherte Hilfs- und Pflegehilfsmittel in Höhe von 9,25 Milliarden Euro, das sind durchschnittlich rund 126 Euro für jeden. Mit der aktuellen Überarbeitung wurden fast 4.000 Hilfsmittel neu aufgenommen. So sorgen die turnusmäßigen und anlassbezogenen Fortschreibungen dafür, dass unsere Versicherten stets Zugang zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in hoher medizinischer und technischer Qualität und zu innovativen Produkten erhalten“, so Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

„Unsere Versicherten sollen weiterhin umfassend mit innovativen Produkten wie etwa digitalen Assistenzsystemen versorgt werden. Daher meine dringende Aufforderung an alle Hilfsmittelhersteller, sich mit neuen und innovativen Produkten rasch bei uns zu melden und die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis zu beantragen. Wir können nur die Produktneuheiten ins Verzeichnis aufnehmen, die wir kennen. In den letzten zwölf Monaten hat uns lediglich ein Antrag erreicht“, so Kiefer weiter. *pm*

www.gkv-spitzenverband.de

IGA

Die neue Arbeitswelt gesund gestalten

Digitalisierung, demografischer Wandel und Globalisierung verändern die Arbeitswelt tiefgreifend. Für Unternehmen und Beschäftigte ergeben sich aus diesem Wandel Chancen, aber auch Herausforderungen. „New Work“ ist ein Konzept, um die neue Arbeitswelt so zu gestalten, dass sowohl Beschäftigte als auch die Unternehmen davon profitieren. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zeigt mit einer Publikationsreihe, wie mit New-Work-Ansätzen die Gesundheit der Mitarbeiter gefördert und die veränderte Arbeitswelt gesund gestaltet werden kann.

New Work umfasst viele Bereiche: Ein zeitgemäßes Führungsverhalten, neue flexible Arbeitsformen und digitale Arbeitsprozesse gehören dazu. Wesentlicher Bestandteil der „neuen Arbeit“ ist ein starker Fokus auf Unternehmensleitlinien oder -werte wie Vertrauen, Offenheit und die Selbstentwicklung der Mitarbeiter. Studien zeigen: Machen Unternehmen diese Werte zu ihrer Unternehmenskultur, kann sich das positiv auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten auswirken, Fehltagel verringern sich, die Arbeitszufriedenheit steigt.

Die Publikationsreihe beinhaltet ein Interview mit dem New-Work-Experten Sven Franke, einen psychologischen Fachartikel, der auch Forschungsergebnisse zum Zusammenhang Gesundheit und Unternehmenswerte vorstellt, sowie einen Fragenkatalog, der dabei hilft, herrschende Wertevorstellungen im Unternehmen zu ermitteln.

In der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) arbeiten gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung zusammen, unter anderem auch der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Ziel der Initiative ist es, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung vorzubeugen. *pm*
www.iga-info.de unter Themen/New Work

AMNOG

G-BA vergibt Aufträge ans IQWiG

Zwei Aufträge hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kürzlich an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegeben: Zum einen soll es ein Konzept entwickeln, um das noch relativ neue Instrument der anwendungsbegleitenden Datenerhebung (abD) zielgerichtet auch für Arzneimittel einer Wirkstoffklasse einsetzen zu können. Zum anderen wird das IQWiG mit der wissenschaftlichen Nutzenbewertung für die drei Wirkstoffe Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor beauftragt. Handelt es sich beim ersten inhaltlich um „Neuland“, ist der zweite Auftrag als „klassische“ Nutzenbewertung einzustufen. Angesichts neuer Studieninformationen soll das IQWiG das Binnenverhältnis dieser drei Wirkstoffe klären.

Bei neuen Arzneimitteln, die mit einer geringen Aussagekraft zu Nutzen und Risiken auf den Markt kommen, kann der G-BA seit Kurzem vom pharmazeutischen Unternehmer eine abD verlangen. Der Hersteller muss dann Daten aus der Behandlung mit diesem neuen Medikament nach bestimmten Kriterien erheben. Mit diesen „versorgungsnahen“ Daten wird eine bessere Datenbasis zur Bewertung des Zusatznutzens ermöglicht.

Um die abD auch beim Markteintritt von mehreren neuen Arzneimitteln aus einer Wirkstoffklasse erfolgreich einzusetzen, wird das IQWiG auch für solche Situationen ein Konzept zum Datenerheben und Auswerten entwickeln. Bisher wird die abD erst bei einem einzelnen neuen Medikament eingesetzt und nicht bei mehreren neuen Therapeutika aus einer Wirkstoffklasse. Beispielhaft soll das IQWiG ein wissenschaftliches Konzept für die CAR-T-Zelltherapien zur Behandlung hämatoonkologischer Erkrankungen (u. a. Leukämien) erarbeiten. Vorgesehen ist, dass das Konzept nach sechs Monaten vorliegen soll. *pm*



STECKBRIEF

Daniela Behrens

Alter 52

Wohnort Bokel

Tätigkeit Niedersächsische Ministerin für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (SPD)

Ausbildung Politikwissenschaftlerin

Hobbys Lesen, Tauchen

Lieblingsgericht Pasta

Gesundheit bedeutet für Sie ...

... körperlich und geistig fit zu sein, auf die eigene Seele zu achten und sich in einem stressigen Job wichtige Pausen zu gönnen.

Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?

Vor allem Freude am Job zu haben und immer wieder tolle Menschen kennenzulernen, mit denen man die Welt ein kleines Stückchen besser machen bzw. etwas bewegen kann.

Was ist Ihr ungesundes Laster?

Ich mag Wein und Schokolade.

Wogegen wären Sie gerne versichert?

Ich habe alle Versicherungen, die ich brauche.

Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?

Die Verlässlichkeit, das gute Netz an Ärztinnen und Ärzten sowie die grundlegende Absicherung.

Als Versicherte wünschen Sie sich ...

... einen guten persönlichen Service. Gesundheit ist so wichtig und man möchte darauf vertrauen können, dass man in schwierigen gesundheitlichen Zeiten gut begleitet wird.

Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?

Besserwisser und Nörgler nerven mich unheimlich.

Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?

Ich bin mit meinem Leben ganz zufrieden.

Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?

Ich mag den Spruch von Charlie Chaplin: „Ein Tag ohne Lächeln ist ein verlorener Tag.“



Anregungen zum Glücklichsein

Der Frühling lädt uns ein, sich wieder an den kleinen Dingen des Lebens zu freuen und Kraft zu tanken in dieser Zeit. Bunte Blumentupfer, ergrünende Natur und wärmende Sonnenstrahlen sind Momente des Glücks, die wir still oder euphorisch genießen können. Und überhaupt ist die Klaviatur für seelisches Wohlergehen in Pandemiezeiten um einiges vielfältiger, als wir vielleicht glauben.

Die Kraft der sozialen Verbundenheit ist dafür ein gutes Beispiel: Durch soziale Nähe, den Austausch mit einem Freund oder einer Freundin über den Alltag in der Corona-Krise können Ängste, Sorgen und andere negative Gefühle besser bewältigt werden. Das zeigt eine Studie am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck.

Besonders spannend daran ist, dass sich die soziale Verbundenheit sogar ohne persönliche Anwesenheit auf das Zusammenspiel verschiedener Gehirnregionen auswirkt. Ein Telefongespräch, ein Videomeeting mit Freunden bei einem Glas Tee oder Wein oder eine aufbauende Botschaft auf elektronischem Weg können also kleine Wunder bewirken. Wer neugierig bleibt und sich umschaute, wird am Wegesrand immer wieder eine „Hoffnungspflanze“ für sich entdecken können. Auch lohnt es sich, von anderen zu lernen.

Apropos Glück – warum belegen eigentlich die Finnen seit mehreren Jahren im Weltglücksreport den ersten Platz? In Finnland gebe es einen hohen Gemeinsinn und viel gegenseitiges Vertrauen, schreiben die Autoren im diesjährigen Bericht. Dieses Verständnis und die Einsatzbereitschaft für die Allgemeinheit hätten während der Pandemie geholfen, Leben und Lebensunterhalte zu schützen.

Vielleicht trägt auch die finnische Lebensphilosophie des „Sisu“ ihren Teil zum Glücklichsein bei. Gemeint ist ein außerordentlicher Mut, Entschlossenheit und die Mobilisierung verborgener Kräfte, um Widrigkeiten zu überwinden. Anregungen gibt es mehr als genug, aber auf den Weg zu mehr Zufriedenheit begibt sich jeder selbst. Mögen einen dabei auch die Worte des englischen Dichters Samuel Taylor Coleridge begleiten: „Das Glück des Lebens setzt sich aus winzigen Kleinigkeiten zusammen – den kleinen, bald vergessenen Wohltaten eines Kusses oder Lächelns, eines freundlichen Blicks, eines von Herzen kommenden Kompliments –, zahllosen, unendlich kleinen Dosen angenehmer und belebender Freuden.“

Ihre Redaktion



IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

Redaktion

Annette Kessen, Dr. Tanja Glootz,
Matthias Wannhoff

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 030/2 69 31-12 05
Fax 030/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
www.vdek.com/magazin
@vdek_Presse

Layout

ressourcenmangel Hamburg GmbH
Lange Reihe 29 | 20099 Hamburg
www.ressourcenmangel.de

Repro und Druck

X-PRESS Grafik & Druck GmbH
Nunsdorfer Ring 13 | 12277 Berlin
www.x-press.de

Erscheinungsdatum

April 2021 / 101. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

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

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

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

Mitgliedskassen

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



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 040-69 09-17 83
Fax: 040-69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
@TK_Presse



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 040-2364 855-0
Fax: 040-334 70-123456
service@dak.de
www.dak.de
@DAKGesundheit



hkk – Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 0421-36 55-0
Fax: 0421-36 55-3700
info@hkk.de
www.hkk.de
@hkk_Presse



BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 0800-333 1010
Fax: 0800-333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
@BARMER_Presse



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 0511-28 02-0
Fax: 0511-28 02-9999
service@kkh.de
www.kkh.de
@KKH_Aktuell



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 0800-0213213
Fax: 040-656 96-1237
kontakt@hek.de
www.hek.de
@HEKonline



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Redaktion *ersatzkasse magazin*.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel 030/26931-1206

Fax 030/26931-2900

www.vdek.com/magazin

[@vdek_Presse](https://twitter.com/vdek_Presse)