

ersatzkasse magazin.

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

G20634

5. AUSGABE 2023



Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

Künstliche Intelligenz (KI) birgt großes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung und Prozessoptimierung

»Mehr Daten allein reichen nicht«

Dr. Thomas Kaiser, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), im Interview

Krankenhaus- transparenzgesetz

Interaktive Landkarte soll Qualität und Leistungsniveau darstellen

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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

BARMER

BARMER

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



DAK-Gesundheit

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

KKH

KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk-Handelskrankenkasse

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



HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

X **@vdek_Presse** Nach **#Sozialwahl** bilden sich die Parlamente der Krankenkassen neu. Verbandsvorsitzender Uwe Klemens gibt Einblicke in die wichtige Tätigkeit der Versichertenvertreter in der **#GKV**. Mehr Infos → [sozialwahl.de](https://www.vdek.de/sozialwahl.de)

X **@vdek_Presse** Tagung beim vdek: Reger Austausch über digitale Vernetzung des Gesundheitswesens mit **@kbv4u**, **@GKV_SV**, **@BMG_Bund**, **#DAV** und vdek. Es geht voran, z.B. bei Videosprechstunden, **#eRezept**, eAU und **#Digitalgesetz** mit Opt-out für **#ePA**, aber auch Hürden zu überwinden.



EDITORIAL

Großes Potenzial, aber auch Risiken

Der Herbst ist da, und die Bundesregierung zeigt weiterhin Reformeifer. Gleich mehrere Gesetzes- und Reformvorhaben sorgten zum Ende der Sommerpause für Gesprächsstoff: Von der zuständigen Regierungskommission kam ein Rettungsdienst-Konzept. Das BMG stellte mit dem geplanten Transparenz-Atlas einen weiteren Baustein der Krankenhausreform vor. Nicht zuletzt sollen zwei Gesetze die Digitalisierung des Gesundheitswesens und die Nutzung von Gesundheitsdaten vorantreiben. Dass mehr Daten allein nicht reichen, betont der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Dr. Thomas Kaiser mit Blick auf Europa: Ebenso wichtig sei eine ausgebaute Forschungsinfrastruktur, gerade was Studien für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln angeht. Wenn von Datenerschließung die Rede ist, ist der Schritt zu Künstlicher Intelligenz (KI) nicht weit. KI-Anwendungen zeigen großes Potenzial – von medizinischer Forschung über Versorgung hin zum praktischen Nutzen für Krankenkassen. Bei aller Faszination von ChatGPT und Co.: Gerade im Gesundheitsbereich müssen mögliche Risiken aber immer mitbedacht werden.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) schafft eine überfällige Grundlage für die Nutzung von Gesundheitsdaten. Die vorgesehene Frequenz der Datenlieferung durch die Krankenkassen wirft jedoch Fragen auf. → [Mehr dazu auf Seite 16](#)

Never Events sind schwerwiegende, gleichzeitig aber gut vermeidbare Behandlungsfehler. Eine Meldepflicht für sie ist unverzichtbar, um die Patientensicherheit in Deutschland voranzubringen. → [Mehr dazu auf Seite 20](#)

32

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

SCHWERPUNKT Künstliche Intelligenz (KI) hält zunehmend Einzug in den Gesundheitsbereich. Schon heute trägt sie dazu bei, die Versorgung zu verbessern und Prozesse effizienter zu gestalten. Künftig werden sich viele weitere Anwendungsfelder ergeben. Dabei gilt es, neben den Potenzialen und Chancen von KI auch die Risiken und ethischen Fragestellungen in den Blick zu nehmen.

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



26

»Mehr Daten allein reichen nicht«

POLITIK & VERSORGUNG Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen. Seit April dieses Jahres ist Dr. Thomas Kaiser Leiter des IQWiG. Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. spricht er über die Bedeutung von Evidenz und Forschung, den Umgang mit Studien und die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung.



AKTUELL

- 6 Erhöhung der Impfquote
- 7 Alzheimer: Deutlicher Anstieg
- 8 Folgen des Klimawandels
- 9 Aus dem G-BA
- 10 Lebhaftes Diskussionen
- 11 Aktuelle Gesetzesvorhaben

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Krankenhaustransparenzgesetz
- 14 Reform des Rettungsdienstes
- 16 Mehr Qualität und Patientensicherheit
- 19 1,6 Milliarden Euro mehr Honorar
- 20 Immer wieder die gleichen Fehler
- 22 #regionalstark
- 26 Interview: Dr. Thomas Kaiser
- 31 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 34 Großes Potenzial für das Gesundheitswesen
- 38 Sichere digitale Gesundheitsinformationen
- 40 Drei Fragen: Prof. Dr. Judith Simon
- 41 Optimierung im Sinne der Versicherten
- 42 Fragen & Antworten

ERSATZKASSEN

- 44 Unnötigen Einsatz von Antibiotika vermeiden
- 45 Krebsfrüherkennung kann Leben retten
- 46 Autismusfälle gestiegen

VERMISCHTES

- 48 Mehr Patientensicherheit durch Teilhabe
- 49 Podcast: Fellfreundschaften fürs Leben
- 50 PS: Raus aus dem Schneckenhaus
- 50 Impressum

Autismusfälle bei Kindern & Jugendlichen gestiegen

ERSATZKASSEN Autismus wird als Entwicklungsstörung des zentralen Nervensystems angesehen. Daten der hkk Krankenkasse zeigen, dass sich die Anzahl gemeldeter Autismusfälle pro Jahr verdoppelt hat. Auch international werden deutliche Anstiege verzeichnet. Dabei sind Jungen häufiger als Mädchen betroffen. Die Gründe für die Zunahme sind vielfältig.



Erhöhung der Impfquote

Pünktlich zum Start der Grippesthemen stellt das Projekt ALIVE („ALtersspezifische Impfanspruchnahme VERbessern“) den 676 teilnehmenden Arztpraxen weitere Materialien zum Thema Impfen ab 60 Jahren zur Verfügung. Im Fokus steht die standardisierte Erinnerung der Patientinnen und Patienten an die anstehende

Grippeimpfung. ALIVE ist ein gemeinsames Projekt des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das 2021 angestoßen wurde mit dem Ziel, die Impfquoten bei Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren durch gezielte Ansprache und Aufklärung zu erhöhen. Dabei geht es um die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standardimpfungen mit einem besonderen Augenmerk auf Influenza und Pneumokokken. Die Impfquoten in der vulnerablen Gruppe älterer Menschen ab 60 Jahren sind zwar in den letzten Jahren etwas gestiegen, werden aber von Expertinnen und Experten nach wie vor als zu niedrig angesehen. ALIVE wird zunächst in den KV-Regionen Nordrhein, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe umgesetzt. Die Laufzeit endet zum 31. März 2024, im Erfolgsfall kann der Ansatz bundesweit ausgerollt werden. Der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fördert das Projekt mit insgesamt 5,6 Millionen Euro. pm

Deutlicher Anstieg bei Alzheimer-Behandlungen

Die Zahl der stationären Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose Alzheimer ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) binnen 20 Jahren stark gestiegen. Rund 18.700 Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 wegen Alzheimer in Kliniken hierzulande stationär behandelt. Das waren 82 Prozent mehr Alzheimer-Behandlungen als 20 Jahre zuvor. Entgegen dem langfristigen Trend sind die stationären Behandlungsfälle in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der Corona-Pandemie und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zurückgegangen. Im Jahr 2021 starben an Alzheimer mehr als 9.200 Menschen in Deutschland. Im Laufe der letzten 20 Jahre hat sich die Zahl der Todesfälle infolge der unheilbaren Demenzerkrankung fast verdoppelt (+94 Prozent). Der langfristig deutliche Anstieg sowohl bei den Behandlungs- als auch bei den Todesfällen ist auch auf den demografischen Wandel zurückzuführen: So nahm etwa die Zahl der Menschen ab 65 Jahren gegenüber 2001 um 31 Prozent auf 18,4 Millionen im Jahr 2021 zu. Die Altersgruppe ab 80 Jahren wuchs im selben Zeitraum sogar um 88 Prozent auf 6,1 Millionen. *pm*



Seit Mitte September 2023 wird der an die neuen Varianten angepasste Covid-19-Impfstoff in den Praxen angeboten.

Das Bundesgesundheitsministerium und das Robert Koch-Institut (RKI) rufen gemeinsam die Bevölkerung auf, sich über die Empfehlungen zur Covid-19-Impfung zu informieren und in Abstimmung mit ihrem Arzt beziehungsweise ihrer Ärztin impfen zu lassen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI, die für ihre Empfehlungen das Nutzen-Risiko-Verhältnis für die zu impfende Gruppe bewertet, empfiehlt eine jährliche Covid-19-Auffrischimpfung für Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf (Personen ab 60 Jahren, Personen ab sechs Monaten mit relevanten Grunderkrankungen, Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen) sowie für Personen mit erhöhtem SARS-CoV-2-Infektionsrisiko (medizinisches und pflegerisches Personal) in der Regel in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten nach letzter Impfung oder Infektion. Diesen Gruppen empfiehlt sie auch die jährliche Influenza-Impfung. Covid-19- und Influenza-Impfung sind am gleichen Impftermin möglich und beeinträchtigen sich nicht gegenseitig. *pm*



3.000.000

DIE ZAHL Mehr als drei Millionen Mal haben gesetzlich Versicherte das elektronische Rezept (E-Rezept) genutzt. Damit nimmt die Nutzung zu: Wurden im Juni 2023 noch knapp 250.000 E-Rezepte eingelöst, waren es im Juli 2023 fast 350.000. Ein Grund für diese Dynamik dürfte der vereinfachte Prozess sein. Seit 1. Juli 2023 können Versicherte ihr E-Rezept offiziell mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einlösen. Inzwischen sind auch fast alle Apotheken technisch bereit dafür. *pm*



Folgen des Klimawandels für die Gesundheit

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat den zweiten Teil seines Berichts „Klimawandel und Gesundheit“ veröffentlicht. Dieser fokussiert auf nicht-übertragbare Erkrankungen. Dabei geht es um gesundheitliche Risiken durch Hitze und andere Extremwetterereignisse, den Einfluss des Klimawandels auf allergische Erkrankungen und auf die psychische Gesundheit sowie die Folgen veränderter UV-Strahlung und höherer Luftschadstoffbelastungen. 37 Autorinnen und Autoren aus 23 Institutionen betrachten Risiko- und Schutzfaktoren, Risikogruppen, die Auswirkungen des Klimawandels auf das Gesundheitswesen und die Infrastruktur und geben Handlungsempfehlungen. Es zeigt sich, dass die Folgen des Klimawandels für die Gesundheit der Bevölkerung umfassend sind, die einzelnen Faktoren Auswirkungen in unterschiedlichsten Bereichen haben und Teil komplexer Risikokaskaden sind. Im Fokus des ersten Teils standen Infektionskrankheiten. Im dritten und letzten Teil des Berichts, der Ende 2023 veröffentlicht wird, untersuchen die Forschenden die gesundheitliche Chancengleichheit im Hinblick auf Auswirkungen des Klimawandels sowie die Bedeutung der zielgruppenspezifischen Klimawandelkommunikation und formulieren Handlungsbedarf auf Basis der in den anderen Beiträgen formulierten Handlungsempfehlungen. *pm*

→ t1p.de/7rxc6

 **15.–17.10.2023** International renommierte Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft diskutieren auf dem **World Health Summit** in Berlin und auf digitalem Wege drängende Aufgaben der globalen Gesundheitsversorgung. → t1p.de/72z7

 **9.–10.11.2023** Insbesondere die aktuellen Herausforderungen in der stationären Versorgung, aber auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens in Deutschland stehen im Mittelpunkt des **17. Nationalen Qualitätskongresses Gesundheit** in Berlin. → t1p.de/k7q6s



PRESSESCHAU

Patientensicherheit

„Die Qualität einer Operation verhindert nicht die Seitenverwechslung und die rein fachlich sowie technisch durchgeführte Herzkatheteruntersuchung verhindert nicht die Klinikinfektion nach der Intervention. Es besteht jetzt [...] die Chance, die Sicherheit der Versorgung als Ziel zu fokussieren. ‚Patientensicherheit‘ kommt in keinem der aktuell geplanten oder verabschiedeten Gesetze vor.“

TAGESSPIEGEL, 20.09.2023

Krankenhausreform

„Es wäre zynisch zu sagen, Insolvenzen bereinigen [...] den Markt – denn in einem kalten Kliniksterben trifft es eben auch Kliniken, die für die Versorgung notwendig sind. Deshalb sollte der Bund prüfen, ob kurzfristig weitere Unterstützung zum Ausgleich krisenbedingter Kosten nötig ist. Aber vor allem stehen die Bundesländer in der Pflicht, ihre Investitionen auf eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft zu fokussieren.“

TAZ, 21.09.2023

Gesundheitskioske

„Jeder Kiosk soll sich selbst ein Versorgungsnetzwerk schaffen und kann die GKV zur Finanzierung verpflichten. In Zeiten knapper Kassen und hoher Finanzierungsbedarfe in der ambulanten und stationären Regelversorgung, denen der Minister die kalte Schulter zeigt, ist das ein provokantes Signal. Hier wird die Optik aufgehübscht, anstatt die tragenden Teile der Versorgung zu erhalten.“

ÄRZTE ZEITUNG, 21.09.2023



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Einbindung der Patientenperspektive

Anlässlich des Welttags der Patientensicherheit am 17. September 2023 hat Karin Maag, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung, betont, dass die Stimme der Patientinnen und Patienten gestärkt werden müsse. Der G-BA trage genau dazu bei, indem er bei der Qualitätsbeurteilung die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aktiv einhole. Mit der ersten Patientenbefragung ging der G-BA im letzten Jahr bei den Herzkathetereingriffen an den Start, weitere sollen in Kürze folgen. Dabei gehe es nicht nur um Beurteilungen zum Ablauf rund um einen Eingriff, sondern

beispielsweise auch um die Kommunikation und Einbeziehung in Entscheidungen. Dieses Feedback fließt in die Qualitätsbeurteilung der Einrichtungen mit ein.

Änderungen zur außerklinischen Intensivpflege

Die im Juli 2023 durch den G-BA beschlossenen Änderungen zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) sind Mitte September 2023 in Kraft getreten. Ziel der Anpassungen ist es, zu einer kontinuierlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten beizutragen. Der G-BA reagierte damit auf die weiterhin zu niedrige Zahl verordnender und potenzialerhebender Ärztinnen und Ärzte. Zwar stieg die Anzahl insbesondere in den letzten Monaten an, allerdings ist der Bedarf bislang noch nicht gedeckt. Bis Ende 2024 gilt nunmehr eine Ausnahmeregelung für die vom Gesetzgeber vorgesehene Potenzialerhebung bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und

Patienten. Darüber hinaus erweiterte der G-BA den Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die das Entwöhnungspotenzial erheben können, sowie den Kreis der verordnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte.

Prüfung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchung

Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sind ein fester Bestandteil des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die erste Kinderuntersuchung ist unmittelbar nach der Geburt (U1), die bislang letzte vor dem 5. Geburtstag (U9). Die Jugenduntersuchung J1 erfolgt im Alter von 13 bis 14 Jahren. Um die zeitliche Lücke zwischen Kinder- und Jugenduntersuchung zu schließen, prüft der G-BA nun, eine zusätzliche U10 für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren einzuführen. Er folgt damit dem Antrag der Patientenvertretung im G-BA. *pm*

Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie



Bundesseniorenministerin Lisa Paus und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach haben anlässlich des Welt-Alzheimer-tages am 21. September 2023 gemeinsam zur Entstigmatisierung von Alzheimer und Demenz aufgerufen. Zudem legten sie einen Zwischenstand zur Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie vor. Diese wurde 2020 unter gemeinsamer Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Co-Vorsitzes der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz entwickelt. Ein Bündnis aus 74 Akteuren aus Bund und Ländern, Pflege, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft will die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz verbessern. Dafür sollen bis 2026 insgesamt 162 Maßnahmen umgesetzt werden. In den Projekten und Initiativen der Strategie werden die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort auf- und ausgebaut, Beratung und Unterstützung auch für Angehörige systematisch verbessert und die medizinische und pflegerische Versorgung weiterentwickelt. Darüber hinaus wird die Forschung zu Demenz gefördert. *pm*

→ t1p.de/xzci7

Lebhafte Diskussionen

Reger Austausch beim vdek in Berlin: Mitglieder der vdek-Landesausschüsse (Ausschüsse der Ersatzkassen auf Landesebene), die Leiterinnen und Leiter der vdek-Landesvertretungen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Verbandszentrale haben Mitte September 2023 gemeinsam mit hochkarätigen Gästen über aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik debattiert. Im Fokus der Tagung in der vdek-Zentrale standen drei Podiumsdiskussionen, eingeleitet jeweils von anschaulichen und informativen Impulsvorträgen. Dabei ging es zunächst um eine Zwischenbilanz der Legislaturperiode mit Blick auf das Gesundheitswesen, die aufzeigte, dass noch viel zu tun bleibt, etwa bezüglich der

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auf der Agenda der Veranstaltung stand auch die Digitalisierung: Die zweite Podiumsdiskussion widmete sich der Frage, wie die gemeinsame Selbstverwaltung dazu beitragen kann, die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Und nicht zuletzt war die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft von großer Bedeutung und Dringlichkeit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der dritten Podiumsdiskussion waren sich einig darüber, dass an einer grundlegenden Krankenhausreform kein Weg vorbeiführt. Die Aktualität sowie die Relevanz der diskutierten Themen zeigten sich anschließend auch in den Gesprächen mit dem Publikum. *ake*



Zogen eine Zwischenbilanz der Legislaturperiode (v.l.): Henning Stötefalke (DAK-Gesundheit), Prof. Dr. Volker Möws (TK), Kai Gudra-Mangold (BARMER), Antje Kapinsky (vdek), Hogné-Holm Heyder (KKH) und Dr. Cornelius Erbe (hkk).



Warfen einen Blick auf die digitale Vernetzung (v.l.): Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband), Anke Rüdiger (DAV), Ulrike Elsner (vdek), Björn-Ingemar Janssen (vdek), Dr. Susanne Ozegowski (BMG) und Dr. Stephan Hofmeister (KBV).



Diskutierten die Krankenhausreform (v.l.): Michael Weller (BMG), Ingo Morell (DKG), Ulrike Elsner (vdek), Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg (Regierungskommission Krankenhaus) und Stefan Wöhrmann (vdek).



In den Räumen der vdek-Zentrale in Berlin tauschten sich die Mitglieder der vdek-Landesausschüsse und Vertreterinnen und Vertreter des vdek mit hochkarätigen Gästen aus der Gesundheitspolitik und dem Gesundheitswesen aus.

Digital-Gesetz – DigiG

 **Kabinettsentwurf** vom 30. August 2023

 **Inkrafttreten** nach Verkündung, voraussichtlich im Februar 2024, in Teilen am 1. Januar 2025

Zentraler Inhalt des Gesetzes ist die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch Anwendung des Opt-out-Verfahrens. Die ePA soll als Austauschplattform zwischen Leistungserbringer:innen und Versicherten sowie als sogenanntes Gesundheitsmanagementsystem für Versicherte eine zentrale Rolle einnehmen. Weitere Regelungen sind unter anderem:

- Weiterentwicklung des E-Rezepts: Neben der gematik sollen auch die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, eine Kassen-E-Rezept-App anzubieten.
- Ausbau der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA): Vorgesehen ist eine Ausweitung des Versorgungsanspruchs auf Medizinprodukte höherer Risikoklassen. Die Preisgestaltung soll stärker an Erfolgskriterien geknüpft werden.
- Die Begrenzung der Videosprechstunden wird flexibilisiert sowie die Vergütung stärker an Qualitätsgesichtspunkten ausgerichtet. Es wird ein neuer Leistungsanspruch der „assistierten Telemedizin in der Apotheke“ geschaffen.
- Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte (DMP) sollen um zwei DMP mit digitalisierten Versorgungsprozessen zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ I und II ergänzt werden.
- Der Innovationsfonds sowie seine begleitenden Regelungen zur Evaluation sollen verstetigt, die Fördermöglichkeiten flexibilisiert werden.



AKTUELLE GESETZESVORHABEN*

Krankenhaustransparenzgesetz

 **Kabinettsentwurf** vom 13. September 2023

 **Inkrafttreten** nach Verkündung, voraussichtlich im 1. Quartal 2024

Mit dem Gesetz plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Krankenhausverzeichnis, das ab dem 1. April 2024 im Internet zur Verfügung gestellt werden soll. Dabei sollen auch eine Zuordnung der Krankenhäuser zu Versorgungsstufen erfolgen sowie die Verteilung von Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte dargelegt werden. Im Verzeichnis sollen die von den Krankenhausstandorten erbrachten Leistungsgruppen und Fallzahlen, das Level des Standortes, die personelle Ausstattung und Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden. Die eigentliche Datenzusammenstellung soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für das BMG übernehmen.

[→ Mehr dazu auf Seite 12](#)

Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG

 **Kabinettsentwurf** vom 30. August 2023

 **Inkrafttreten** voraussichtlich im Februar 2024

Zentraler Inhalt des Gesetzes ist die Einrichtung einer nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Sie soll als eigene Organisationseinheit örtlich und organisatorisch getrennt vom Forschungsdatenzentrum (FDZ) entstehen. Die Stelle soll verfügbare Datenquellen so aufbereiten, dass sie Datennutzende zu geplanten Forschungsvorhaben und der Antragstellung beraten können. Geplant ist außerdem der Aufbau eines Metadatenkatalogs, mit dessen Hilfe mehr Transparenz über die in Deutschland verfügbaren Datenquellen im Gesundheitswesen hergestellt werden soll. An einzelnen Stellen sollen die Datenflüsse im Gesundheitswesen beschleunigt werden. Weitere Regelungen sind unter anderem:

- Die Verknüpfung und Verarbeitung von pseudonymisierten Daten des Forschungsdatenzentrums und der klinischen Krebsregister der Länder sollen für bestimmte Forschungsvorhaben zulässig sein.
- Leistungserbringer:innen der Gesundheitsversorgung dürfen rechtmäßig gespeicherte Gesundheitsdaten weiterverarbeiten.
- Die Kranken- und Pflegekassen erhalten mehr Möglichkeiten, die Daten ihrer Versicherten zur Versorgungsverbesserung weiterzuverarbeiten. So können die Daten zur Erkennung von potenziell schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken genutzt werden.

[→ Mehr dazu auf Seite 16](#)

*Stand Redaktionsschluss

Entscheidungshilfe bei der Krankenhaussuche

Text von **Antje Kapinsky**

Der Bundestag hat am 21. September 2023 in erster Lesung über den Entwurf eines **Krankenhaustransparenzgesetzes** beraten. Ziel ist es, durch eine interaktive Landkarte des stationären Versorgungsangebots mehr Transparenz über Leistungsniveau und Qualität in den einzelnen Häusern zu schaffen.

Während hinter den Kulissen zwischen Bund und Ländern um die Details der Krankenhausstruktur- und Vergütungsreform gerungen wird, stellt sich Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach mit der schnellen Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch mehr Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) wieder an die Spitze des Reform-Marathons im stationären Bereich. Die konkrete Gesetzgebung beginnt somit in einem Bereich, in dem man, zumindest auf den ersten Blick, nicht auf die Unterstützung der Länder angewiesen ist. Gleichwohl handelt es sich dennoch um eine Maßnahme des Eckpunktepapiers, das zwischen Bund und Ländern geeint war und in dem der Umsetzungsweg über ein zustimmungsfreies Gesetz vorgesehen ist. Inhaltlich adressiert der Gesetzentwurf mit der Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungslevel jedoch exakt jenen Reformbaustein, den die Länder von Beginn an nicht mittragen wollten. Insofern birgt das forsche Vorgehen des Bundesministers erhebliche Risiken,

das Verhandlungsklima zwischen den Beteiligten weiter zu belasten.

Das Krankenhaustransparenzgesetz soll die Einschätzung von Leistungsniveau und Qualität der stationären Versorgungsangebote erleichtern und mithilfe einer interaktiven Landkarte besser zugänglich machen. Diese Karte enthält dann eine Zusammenstellung bereits verfügbarer Qualitätsinformationen und wird ergänzt um die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Leistungsgruppen, die nach einheitlichen Standards erbracht werden, sowie die Personalausstattung. Zusätzlich erfolgt eine Einteilung in Versorgungsstufen (Level).

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln wird operationalisiert, indem Maßzahlen vorgegeben werden. Um ein Krankenhaus beispielsweise dem Level 2 zuzuordnen, muss es Leistungen aus mindestens zwei internistischen und zwei chirurgischen Leistungsgruppen anbieten sowie Leistungen der Intensivmedizin und Notfallmedizin und drei weitere Leistungsgruppen. Die Einteilung soll keine Auswirkung auf die Krankenhausplanung der Länder

und die Krankenhausvergütung haben. Die dafür erforderliche Datenzusammenstellung soll durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit Zuarbeit des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geleistet werden.

Bemerkenswert ist der große Widerstand, der dem Plan von Ländern und Krankenhasträgern entgegenschlägt. Dies wurde schon in den Verhandlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe deutlich. Doch welche Sorge steckt hinter diesem Widerstand gegen allgemeinverständlichere Formen der Qualitätsberichterstattung, den sich auch die Landesgesundheitsminister:innen zu eigen machen? Werden hier die Interessen der Patient:innen denen der Leistungsanbieter untergeordnet? In Diskussionen wird die These vertreten, die Einordnung von Krankenhäusern in „niedrige“ Level könne rufschädigend wirken und zu einer Abwanderung der Patient:innen führen. Aber könnte umgekehrt nicht auch eine Chance darin liegen, durch eine allgemeinverständliche Darstellung des Leistungsvermögens für Patient:innen attraktiver zu sein, deren Leistungsbedarf abgedeckt ist und die somit dort am besten aufgehoben sind?

Die Ersatzkassen engagieren sich gemeinsam mit allen Krankenkassen und ihren Verbänden seit geraumer Zeit dafür, Qualitätsdaten viel stärker auch zur Leistungssteuerung zu nutzen. Im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung unter dem Dach des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden viele Richtlinien entwickelt und umgesetzt. Deshalb wäre es auch eine Option gewesen, die vorhandene Rechtsgrundlage des G-BA deutlich zu stärken und ihm weitere, auch mit Zeitzielen versehene Befugnisse zu erteilen. Doch für Lauterbach scheint es prioritär zu sein, das Transparenzverzeichnis nun mit seinem Handeln in der Krankenhausreform zu verknüpfen. Um eine sehr schnelle Umsetzung schon zum 1. April 2024 zu erreichen, soll das IQTIG die Aufgabe laut Gesetzentwurf vorrangig zu allen anderen Aufgaben erfüllen. Das könnte zu Nachteilen für viele andere wichtige Aufgaben des IQTIG führen, die ebenfalls der Qualitätstransparenz dienen und mitunter direkter wirksam sind als die Leveleinteilung. Dies gilt zum Beispiel für das Instrument der Mindestmengen. Dass diese direktive Aufgabenteilung erneut die Rechte der Selbstverwaltung verletzt und die Beitragszahlenden der gesetzlichen

Die Ersatzkassen engagieren sich gemeinsam mit allen Krankenkassen und ihren Verbänden seit geraumer Zeit dafür, Qualitätsdaten viel stärker auch zur Leistungssteuerung zu nutzen.

Krankenversicherung (GKV) dafür zur Kasse gebeten werden (weil sich die genannten Institute über GKV-Mittel finanzieren), ist ein weiterer Aspekt, der jedoch bei der Politik kaum eine Rolle zu spielen scheint.

Das Transparenzverzeichnis ist dennoch ein guter Schritt. Wünschenswert wäre es, wenn es auch Informationen enthielte, wie die Krankenhäuser zur Zuweisung ihrer Leistungsgruppen gelangt sind – ob alle Qualitätsvorgaben erfüllt waren oder Planungsbehörden von den im Rahmen der Krankenhausreform angedachten Ausnahmeregelungen Gebrauch gemacht haben. Auch das ist für Patient:innen und Einweisende eine wichtige Information.

Bis dieses Gesetz seinen Weg in das Bundesgesetzblatt findet, dürfte allerdings noch Zeit vergehen. Die Länder haben umfassenden Widerstand angekündigt. Derzeit wird der Entwurf als Initiative des Bundestags beraten. Die sonst übliche Einholung einer Stellungnahme des Bundesrats war hier nicht erforderlich und man konnte sich die erwartbare, umfassende Kritik der Länderkammer zu diesem frühen Zeitpunkt ersparen. Nach Beschluss des Bundestages, der schon Ende Oktober 2023 erfolgen soll, wird das Gesetz aber der Länderkammer zugeleitet werden und diese dürfte nach heutigem Stand der Dinge zunächst ein Stoppschild in Form einer Anrufung des Vermittlungsausschusses aufstellen. Wie es dann weitergeht, wird nur in der Gesamtschau mit den bis dahin vorangeschrittenen Arbeiten an der großen Krankenhausreform zu beurteilen sein. ■



Antje Kapinsky
ist Referatsleiterin
Verbandspolitik/
Gesetzgebung und
stellvertretende
Abteilungsleiterin
Politik/Selbstver-
waltung beim vdek



Reform des Rettungs- dienstes

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte **Krankenhausversorgung** hat eine Stellungnahme und Empfehlung zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ vorgelegt. Aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist dies ein wichtiger Schritt, denn Probleme der Notfallversorgung können nur durch einen funktionierenden Rettungsdienst gelöst werden. Dabei gehen die Vorschläge in die richtige Richtung, jetzt kommt es auf die Umsetzung an.

Mit ihrer neunten Stellungnahme fordert die Regierungskommission einheitliche Vorgaben zu Organisation, Leistungsumfang, Qualität und Bezahlung des Rettungsdienstes. Erreicht werden soll ihr zufolge eine transparente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte patientenzentrierte präklinische Notfallversorgung nach bundesweit vergleichbaren Vorgaben. Dies diene zugleich dem Ziel von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Vorschläge im Einzelnen:

1. Regelung des Rettungsdienstes im SGBV

Der konkrete Leistungsanspruch soll in einer eigenständigen Norm im SGBV geregelt werden. Berücksichtigt werden sollen dabei die Leistung der Leitstelle, die Notfallversorgung vor Ort, der Notfalltransport sowie komplementäre Notfallversorgungsangebote wie zum Beispiel pflegerische Notfallversorgung oder psychiatrisch-psychosoziale Krisenintervention.

2. Mehr Transparenz und bessere Qualitätssicherung

Festgelegt werden sollen Vorgaben für die Mindestpersonalausstattung, Qualifikation und Weiterqualifizierung sowie für Rettungsmittel.

3. Einheitliche Qualitätsstandards

Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und soweit möglich Ergebnisqualität sowie die Qualifikation des eingesetzten Personals in Leitstellen und der Notfallrettung sollen länderübergreifend vereinheitlicht werden. Anzustreben ist die Etablierung eines Notfallversorgungsregisters mit



Kerndaten zum Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), zum Rettungsdienst, zu den Notaufnahmen und Notfallzentren.

4. Digitales Ressourcenregister

Um Patient:innen besser steuern zu können, soll ein digitales Echtzeit-Register über vorhandene Ressourcen aufgebaut werden.

5. Leitstellen-Organisation

Die Bundesländer sollen die Koordinierung des Rettungsdienstes straffen. Richtwert ist dafür eine Leitstelle pro etwa eine Million Einwohner.

6. Personalmanagement

Die Befugnisse von Notfallsanitäter:innen sollen ausgeweitet werden (mit Blick auf Medikamentengabe und invasive Maßnahmen). Besonders qualifizierte Notfallsanitäter:innen sollen mit eigener fachgebundener Heilkundebefugnis („advanced paramedic practitioner“, Bachelor/Master-Niveau) den jetzigen Notarztendienst substituieren und die ärztlichen Spezialressourcen nur bei Bedarf anfordern müssen. Notärzt:innen sollen nur in besonders komplexen Fällen eingesetzt werden.

7. Notfallversorgung in ländlichen Regionen

Für eine hochwertige Notfallversorgung auch in ländlichen Regionen und in Abhängigkeit der Krankenhausplanung des Bundeslandes soll der Luftrettungsdienst, insbesondere durch Ausbau von Landemöglichkeiten und Nachtbetrieb, erweitert werden.

8. Allgemeine Gesundheitskompetenz

Erste-Hilfe-Kurse sollen in den Grund- und weiterführenden Schulen und am Arbeitsplatz angeboten werden und verpflichtend sein. Zudem sollen Ersthelfer-Apps flächendeckend eingeführt und öffentlich zugängliche Defibrillatoren flächendeckend aufgestellt werden.

9. Finanzierung des Rettungsdienstes

Krankenkassen sollen die Leistungen der Leitstelle, die Notfallversorgung vor Ort, den Notfalltransport sowie zusätzliche Dienste (wie die pflegerische Notfallversorgung) vergüten. Die Vergütung des Rettungsdienstes sollte sich aus Vorhalte- und Leistungsanteil zusammensetzen. Neben bundesweit geltenden Entgelten sollten regionale Anpassungsfaktoren vereinbart werden.

Der vdek begrüßt, dass die Regierungskommission nun auch Vorschläge für eine Reform des Rettungsdienstes als Teil der Reform der Notfallversorgung vorgelegt hat. „Die Probleme der Notfallversorgung können nur gelöst werden, wenn die verschiedenen Säulen – ambulanter, stationärer und rettungsdienstlicher Bereich – Hand in Hand zusammenarbeiten und der Rettungsdienst als gleichberechtigte Säule der Notfallversorgung angesehen wird“, erklärt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner.

Die Vorstellungen der Regierungskommission, die bisher unterschiedlichen Rettungsdienststrukturen in den einzelnen Bundesländern zu harmonisieren sowie transparenter und patientenzentrierter zu gestalten, unterstützt der vdek. Auch die Stärkung der telemedizinischen Versorgung ist ein wichtiger Impuls. Die vorgeschlagenen Maßnahmen wie einheitliche Standards in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie einheitliche Vorgaben für Mindestpersonalausstattung, die Festlegung von Qualifikationsanforderungen oder die Erweiterung der Kompetenzen für das Personal sind geeignete Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen. Auch die bessere Steuerung der Patient:innen über ein digitales Ressourcenregister und die straffere Koordinierung der Leitstellen mit einem Richtwert von einer Million Einwohner:innen sind notwendig, um die Strukturen effizienter zu gestalten.

Folgerichtig ist nach Ansicht des vdek auch, dass die Regelungen des Rettungsdienstes zukünftig im Sozialgesetzbuch mit einer eigenständigen Norm kodifiziert werden sollen, welche die verschiedenen Aspekte der Notfallversorgung berücksichtigt. Eine wirkliche Idee, um den gordischen Knoten zu lösen zwischen der Zuständigkeit von Ländern und Kommunen für den Rettungsdienst auf der einen Seite und der notwendigen bundeseinheitlichen Standardisierung auf der anderen Seite, findet man in den Empfehlungen der Regierungskommission aber leider weiterhin nicht.

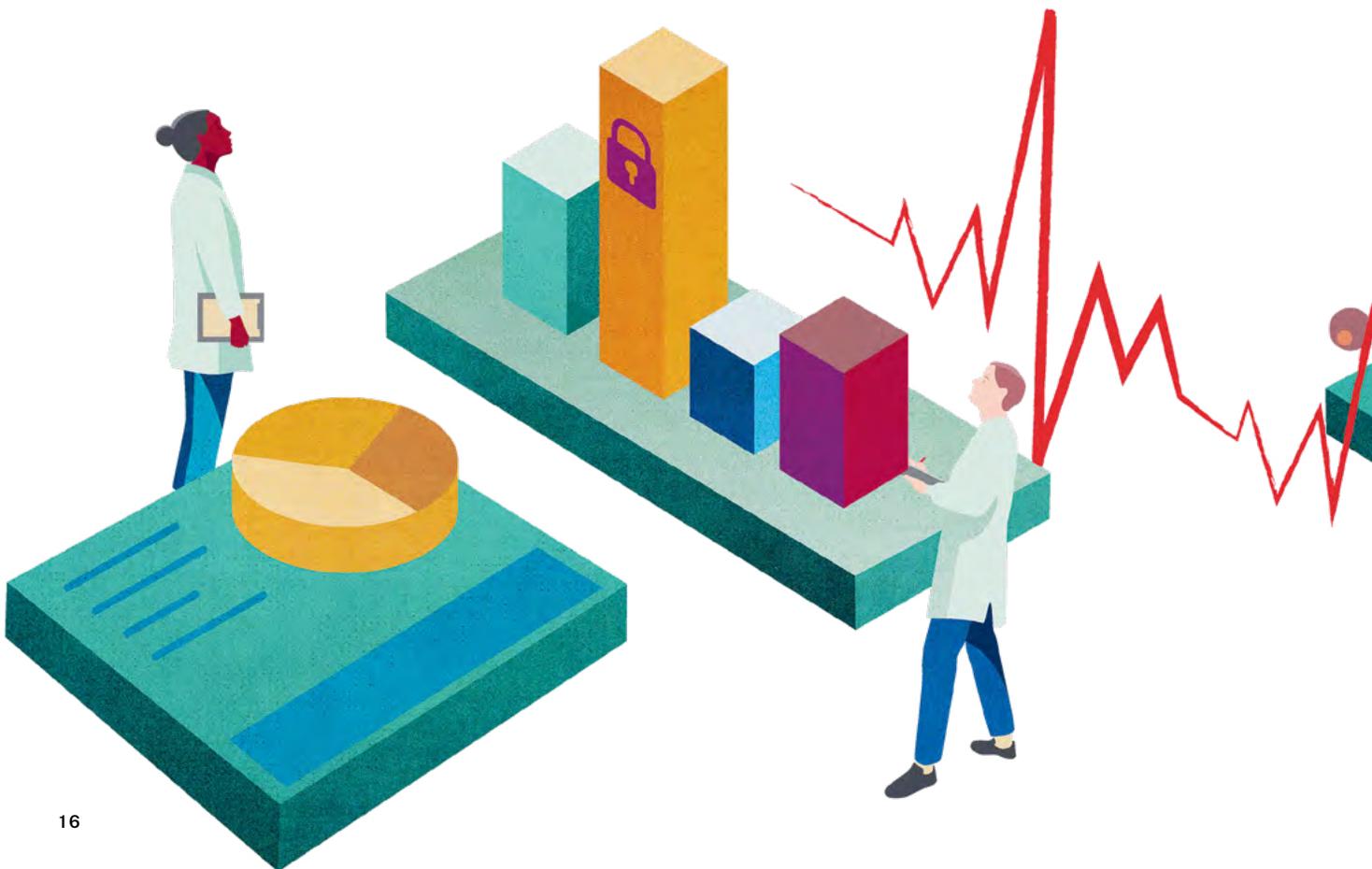
„Es kommt jetzt entscheidend auf die Umsetzung an“, so Elsner. Zwingend notwendig sei es, die Überlegungen zur Reform des Rettungsdienstes mit den generellen Reformen zur Verbesserung der Notfallversorgung und der Krankenhausreform zu synchronisieren. Dazu gehöre die geplante flächendeckende Errichtung von Integrierten Leitstellen (ILS) und die Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an geeigneten Krankenhäusern.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach betont die Dringlichkeit einer Reform und klarer Strukturen des Rettungsdienstes und kündigt an, dass die Überlegungen der Regierungskommission in die Reformpläne einfließen würden. Im Notfall müsse der Rettungsdienst schnell und zielgenau helfen, betont er. „Die Notfallversorgung darf nicht weiter selbst ein Reformnotfall bleiben.“ pm

Mehr Qualität und Patientensicherheit

Text von Judith Hild

Mit der Verabschiedung des Kabinettsentwurfes für ein **Gesundheitsdaten-nutzungsgesetz (GDNG)** am 30. August 2023 ist endlich die längst überfällige Grundlage geschaffen worden, die im Gesundheitswesen vorhandenen Daten effektiver für die Verbesserung der Patientensicherheit, die Qualitätssicherung und die Forschung zu nutzen. Damit erhalten Krankenkassen zusätzliche Befugnisse zur Verarbeitung der bereits vorliegenden Gesundheitsdaten. Gleichzeitig wirft jedoch die festgelegte Datenlieferfrequenz Fragen auf und steht den guten Absichten der Förderung der Forschung entgegen.



Bereits seit langer Zeit fordert die Wissenschaft eine konsequente Erschließung von Gesundheitsdaten, um datenbasierte Forschung voranzutreiben. Dadurch sollen die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessert und Deutschland im Bereich der Gesundheitsforschung international führend werden. Der Entwurf zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz legt nun die Rahmenbedingungen für die verbesserte Nutzung von Gesundheitsdaten fest, einschließlich der Erschließung und Verknüpfung bereits vorhandener Datenquellen.

Eine besonders wichtige Neuerung betrifft die Verknüpfung von Daten im Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) mit den Daten aus den klinischen Krebsregistern. Diese Zusammenführung ermöglicht eine bessere Nutzung für hochwertige Krebsforschung. Sie eröffnet die Möglichkeit, neue Fragen in der Krebsforschung zu entwickeln und zu untersuchen. Auf lange Sicht kann dies die Versorgung von Krebspatienten erheblich verbessern, da beispielsweise therapiebedingte onkologische Folgeerkrankungen besser untersucht werden können.

Nicht nur die medizinische Forschung profitiert von diesen neuen Möglichkeiten, sondern auch Versicherte. Neben den neuen Möglichkeiten für die Forschung werden den Krankenkassen erweiterte Rechte zur Analyse von Gesundheitsdaten ihrer Versicherten eingeräumt. Sie können nun die vorhandenen Daten zur persönlichen Gesundheitsvorsorge nutzen, was eine längst überfällige und notwendige Möglichkeit darstellt, das Potenzial der Gesundheitsdaten besser auszuschöpfen.

Entgegen der teilweise geäußerten Kritik aus der Ärzteschaft ist es sinnvoll, den Krankenkassen mehr Befugnisse im Gesundheitsmanagement zu geben. Sie sind die einzigen, die Daten auf Individualebene aus verschiedenen Sektoren und von verschiedenen Leistungserbringern analysieren können. Die Anwendungsmöglichkeiten sind vielfältig und reichen von Prognosemodellen zur Identifikation von Versicherten mit hohen Gesundheitsrisiken bis zur Analyse von Wechselwirkungsrisiken bei der Verordnung hoch wirksamer Medikamente durch verschiedene Leistungserbringer.



Judith Hild ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Es ist wichtig zu betonen, dass die Informationsangebote für Versicherte, die auf Grundlage von Datenauswertungen generiert werden, nur ergänzende Angebote darstellen sollen und keinesfalls die ärztliche Konsultation ersetzen können. Im Gegenteil, der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Information über konkrete Gesundheitsgefährdungen immer auch die Empfehlung ausgesprochen werden muss, die Beratung eines Leistungserbringers in Anspruch zu nehmen. Die Interessen von Versicherten, die keine individuelle Beratung durch ihre Krankenkasse wünschen, werden dabei natürlich berücksichtigt.

Die vorgeschlagene Neuregelung zur Frequenz der Datenlieferung durch die Krankenkassen an das FDZ sieht vor, dass die Krankenkassen die Daten viermal im Jahr, bereits zehn Wochen nach Quartalsende, statt einmal im Jahr bereitstellen sollen. Das angestrebte Ziel, eine höhere Datenaktualität und einen Mehrwert für die Forschung zu erreichen, wird jedoch aus zwei Gründen nicht ausreichend berücksichtigt:

Erstens wird übersehen, dass die Krankenkassen die Daten von den Leistungserbringern zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten erhalten, und einige Leistungserbringer liefern mit erheblichem zeitlichem Verzug nach Abschluss der Behandlung oder Therapie. Dies resultiert aus den unterschiedlichen Regelungen zu Fristen zur Abrechnung von Leistungen.

Zweitens können Therapien oder Behandlungen, die im letzten Quartal begonnen, aber nicht im selben Quartal abgeschlossen wurden, nicht erfasst werden, da sie oft erst nach ihrem Abschluss mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Dies bedeutet, dass die Daten zehn Wochen nach Quartalsende noch lange nicht vollständig vorliegen. Diese unvollständige Datengrundlage macht es zu diesem Zeitpunkt sowohl auf individueller Ebene als auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext unmöglich, ein angemessenes Bild der Versorgungssituation zu zeichnen. Vor diesem Hintergrund drängt sich die Frage nach dem tatsächlichen Wert dieser neuen Regelung auf, insbesondere angesichts des gleichzeitig erforderlichen ressourcenintensiven Aufwands für die Datenaufnahme und -weiterleitung.

Das Gesetz schafft die Grundlage für eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten, die nicht nur die Patientensicherheit und die Qualitätssicherung verbessern, sondern auch die medizinische Forschung vorantreiben wird.

Eine weitere wichtige Entwicklung betrifft die Möglichkeit für forschende Wirtschaftsunternehmen, auf FDZ-Daten zuzugreifen. Dies kann einen bedeutenden Schub für die Entwicklung von Medikamenten und innovativen Therapien in Deutschland bedeuten. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass diese Unternehmen von einem Datenbestand profitieren, der mit öffentlichen Mitteln erstellt und betrieben wird und darüber hinaus Datensätze enthält, die von Versicherten ohne finanzielle Beteiligung bereitgestellt wurden. Daher liegt es im Interesse der Allgemeinheit sicherzustellen, dass Versicherte durch die Preisgestaltung der auf Grundlage dieser Daten entwickelten Produkte wie Arzneimittel, Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen nicht zusätzlich finanziell belastet werden. Stattdessen sollten die Vor-

teile, die Unternehmen aus der Datennutzung ziehen, im öffentlichen Interesse bei der Preisgestaltung und den entsprechenden Verhandlungen angemessen berücksichtigt werden.

Zusammenfassend zeigt das Gesundheitsdatennutzungsgesetz eine klare Ausrichtung auf positive Veränderungen im Gesundheitswesen und der medizinischen Forschung. Es schafft die Grundlage für eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten, die nicht nur die Patientensicherheit und die Qualitätssicherung verbessern, sondern auch die medizinische Forschung vorantreiben wird. Die Verknüpfung von Datenquellen wie dem FDZ mit klinischen Krebsregistern eröffnet neue Möglichkeiten zur Bekämpfung von Krankheiten wie Krebs. Darüber hinaus werden den Krankenkassen durch das Gesetz erweiterte Befugnisse bei der Analyse von Gesundheitsdaten eingeräumt, was dazu beitragen kann, individuelle Gesundheitsrisiken besser zu identifizieren und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern.

Insgesamt legt das Gesetz den Grundstein für eine bessere Gesundheitsversorgung, innovative Forschung und eine effektivere Nutzung von Gesundheitsdaten im Sinne der Allgemeinheit. Es bleibt zu hoffen, dass die Implementierung und weitere Entwicklungen dieser Gesetzgebung diese positiven Ziele erfolgreich vorantreiben werden. ■

1,6 Milliarden Euro mehr Honorar für Vertragsärzte



Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Inmitten von Protestaktionen der Vertragsärzteschaft und steigender Lebenshaltungskosten haben die **Verhandlungen** zum ärztlichen Honorar 2024 auf Bundesebene stattgefunden. Nach zähem Ringen und unter Beteiligung des Schieds-gremiums konnte am 13. September 2023 schließlich ein Ergebnis erzielt werden.

Die Rahmenbedingungen hätten einfacher sein können für die diesjährigen Verhandlungen zum ärztlichen Honorar zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Wie jedes Jahr im August und September stand vor allem die Anpassung des Orientierungswertes im Mittelpunkt der gemeinsamen Beratungen im Bewertungsausschuss. Der Orientierungswert wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben vor allem so angepasst, dass Kostenveränderungen in den Arztpraxen ausgeglichen werden.

Da diese Daten häufig erst mit erheblicher Verzögerung vorliegen, wird für den Orientierungswert 2024 die Entwicklung der Praxiskosten 2021/22 betrachtet. Diese war bereits durch steigende Verbraucher- und Produzentenpreise aufgrund der Lieferengpässe nach der Corona-Pandemie und des Kriegs Russlands gegen die Ukraine geprägt. Daneben forderte die KBV unter anderem einen vollständigen Inflationsausgleich auch

für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie eine Erhöhung der Gehälter der Medizinischen Fachangestellten (MFA) um 300 Euro monatlich, die voll durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) refinanziert werden sollte. Insgesamt summierten sich die Forderungen der Vertrags-ärzteschaft damit auf mehr als zehn Prozent, also über vier Milliarden Euro.

Auch die Krankenkassen sahen die Notwendigkeit, die steigenden Praxiskosten abzufedern und auch die leicht sinkenden Überschüsse der Vertragsärzte aus GKV-Behandlungen 2021/22 zu berücksichtigen. Gleichzeitig konnte ein vollständiger Ausgleich der Teuerungsrate bei einer gutverdienenden Berufsgruppe auf Kosten aller Beitragszahlenden nicht infrage kommen. Das GKV-Angebot lag mit 2,1 Prozent erheblich über dem der Vorjahre, aber dennoch weit von den Forderungen der KBV entfernt.

Letztendlich waren die Positionen doch derart unterschiedlich, dass beide Seiten entschieden, nach zahlreichen Verhandlungsrunden den Erweiterten Bewertungsausschuss als Schiedsgremium anzurufen. Dort konnte unter der Moderation der unparteiischen Mitglieder ein Ergebnis erzielt werden, dem am Ende auch alle Seiten zugestimmt haben: Der Orientierungswert steigt zum 1. Januar 2024 um 3,85 Prozent, was einem Finanzvolumen von etwa 1,6 Milliarden Euro entspricht. Außerdem wurde vereinbart, für den wichtigen Bereich der MFA-Personalkosten ein Verfahren zu etablieren, mit dem Tarifsteigerungen zukünftig ein Jahr früher in den Verhandlungen zum Orientierungswert Eingang finden.

Insgesamt also ein für alle Seiten tragbarer Abschluss, der die besonderen Rahmenbedingungen für alle Akteure adäquat berücksichtigt. Auf dieser Grundlage werden nun auf regionaler Ebene die Verhandlungen fortgesetzt. ■



Björn-Ingemar Janssen ist Referatsleiter Ärzte in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Immer wieder die gleichen Fehler

Text von Dr. med. Charlotte Hölscher

In der Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Dienstes tauchen immer wieder sogenannte Never Events auf. Das sind schwerwiegende, gleichzeitig aber gut vermeidbare Ereignisse wie Patienten- und Seitenverwechslungen oder unbeabsichtigt im Körper verbliebenes OP-Material. Um die **Patientensicherheit** in Deutschland voranzubringen, ist eine Meldepflicht für Never Events unverzichtbar.

Im Jahr 2022 hat der Medizinische Dienst 13.059 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem vierten Fall wurden ein Fehler und ein Schaden festgestellt; in jedem fünften Fall war der Fehler Ursache für den erlittenen Schaden (siehe Abbildung 1). Die Gesamtzahl der Gutachten bewegt sich auf dem Niveau der Vorjahre. Allerdings zeigen die Zahlen nur einen sehr kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Geschehens. In wissenschaftlichen Untersuchungen ist vielfach belegt worden, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt: Man geht davon aus, dass etwa ein Prozent der Krankenhausesfälle von Behandlungsfehlern betroffen sein könnte. Nur etwa drei Prozent aller unerwünschten Ereignisse werden nachverfolgt.

In der aktuellen Statistik bezogen sich zwei Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (8.827 Fälle). Ein Drittel bezog sich auf Arztpraxen (4.208 Fälle). Die meisten Vorwürfe beziehen sich auf operative Eingriffe.

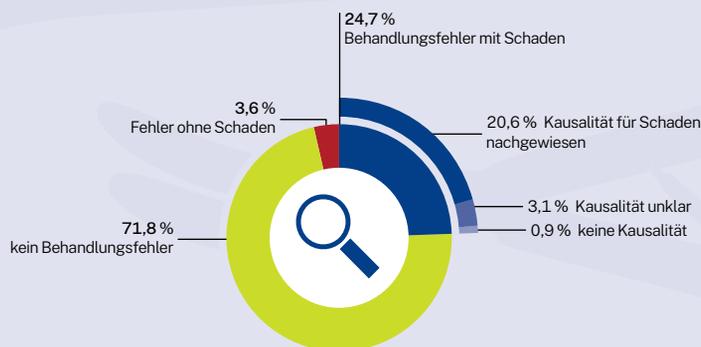


Dr. med. Charlotte Hölscher ist Fachärztin für Innere Medizin und Leiterin der Fachstelle Patientensicherheit beim Medizinischen Dienst Bund

30,3 Prozent aller Vorwürfe (3.960 Fälle) betrafen Orthopädie und Unfallchirurgie, 12,2 Prozent Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.599 Fälle), jeweils knapp neun Prozent Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.143 Fälle) sowie Allgemein- und Viszeralchirurgie (1.133 Fälle). Ebenfalls knapp acht Prozent entfielen auf Zahnmedizin (1.006 Fälle) und über sechs Prozent auf Pflege (834 Fälle) (siehe Abbildung 2). Eine Häufung in einem Fachgebiet sagt jedoch nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus. Sie zeigt nur, dass Patientinnen und Patienten reagieren, wenn eine Behandlung nicht ihren Erwartungen entspricht. Die Vorwürfe betreffen fehlerhafte Behandlungen bei Hüft- und Kniegelenksverschleiß, Knochenbrüchen, Durchblutungsstörungen am Herzen, Gallensteinen oder Zahnerkrankungen und vieles andere mehr – über 1.000 Diagnosen wurden erfasst.

Bei knapp zwei Dritteln (60,5 Prozent) der begutachteten Fälle waren die Gesundheitsschäden der Patientinnen und Patienten vorübergehend – eine Intervention oder ein Krankenhausaufenthalt

Gutachterliche Ergebnisse zu 13.059 vorgeworfenen Fällen (Abb. 1)



Quelle: Medizinischer Dienst Bund

Solche Ereignisse zeigen: Es bestehen Risiken im Versorgungsprozess; die Sicherheitsvorkehrungen vor Ort sind unzureichend.

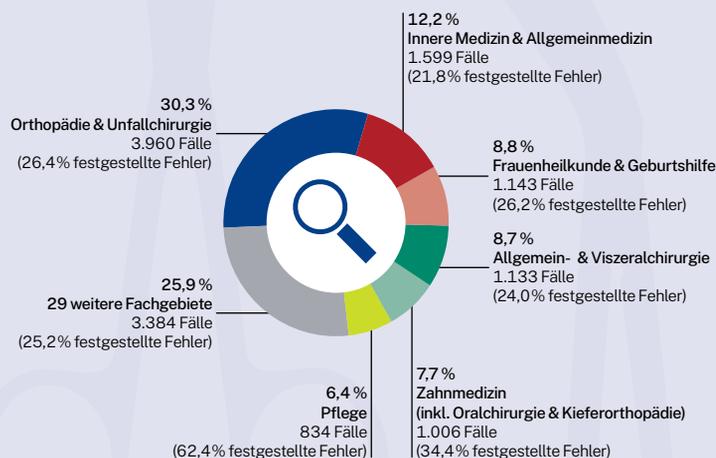
In vielen Ländern wie zum Beispiel den Niederlanden, Großbritannien, Kanada, Schweiz und einigen US-amerikanischen Bundesstaaten werden bereits verpflichtende Meldesysteme für Never Events erfolgreich genutzt. Sie tragen dazu bei, Fehlerquellen systematisch aufzuspüren, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen und deren Wirksamkeit zu überprüfen. Die Einführung eines Meldesystems für Never Events ist auch im Globalen Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Ziel verankert. Demnach sollen 90 Prozent der Länder bis spätestens 2030 ein Meldesystem für Never Events einführen.

Aus Patientensicht ist nicht hinnehmbar, dass es in Deutschland nicht längst solch ein Meldesystem gibt. Die Patientinnen und Patienten müssen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen können, in der die Sicherheit an erster Stelle steht. ■

waren erforderlich. Die Patientinnen und Patienten sind jedoch vollständig genesen. Bei über einem Drittel der Betroffenen (35 Prozent) wurde ein Dauerschaden verursacht. In drei Prozent der Fälle (84) hat ein Fehler zum Versterben geführt oder wesentlich dazu beigetragen.

Für die Etablierung und die Überprüfung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen sind Never Events von großer Bedeutung. Dabei handelt es sich um gut vermeidbare unerwünschte Ereignisse, die zu schwerwiegenden Schäden bei Patientinnen und Patienten führen können: Dazu gehören Patienten- und Seitenverwechslungen, schwerwiegende Medikationsfehler oder unbeabsichtigt zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Diese Schadensereignisse tauchen jedes Jahr in der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste auf (2022: 165 Fälle) – obwohl die Risiken längst bekannt und geeignete Präventionsmaßnahmen vielfach verfügbar wären.

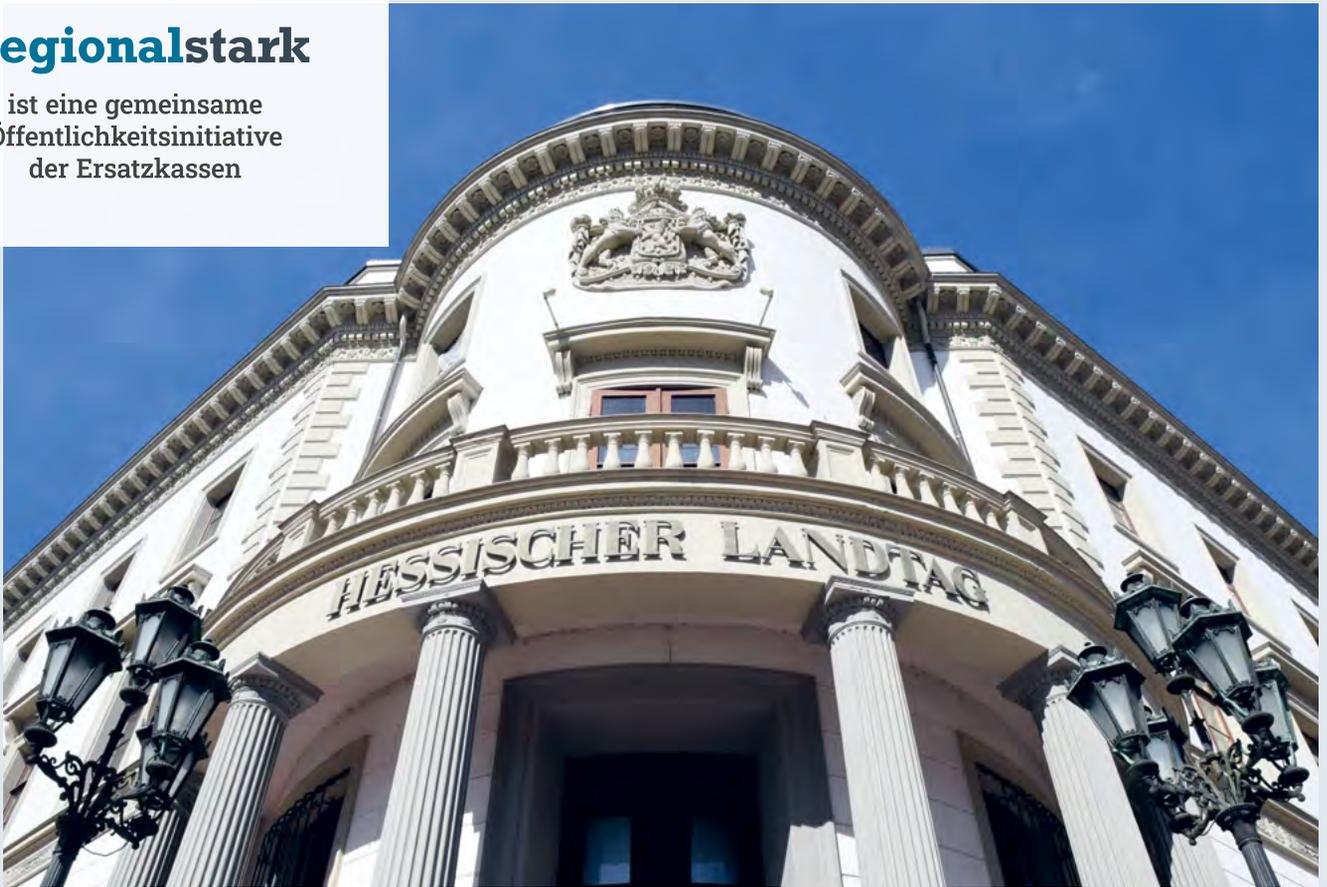
Verteilung der Vorwürfe auf Fachgebiete (gruppiert) (Abb. 2)



Quelle: Medizinischer Dienst Bund

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Wahl in Hessen – Erwartungen an die neue Landesregierung

Es ist Wahljahr in Hessen. Nach der Sozialwahl im Frühjahr waren rund 4,3 Millionen Hessinnen und Hessen aufgerufen, am 8. Oktober den 21. Hessischen Landtag zu wählen. Auf diesen und die neue Landesregierung kommen in der neuen Legislaturperiode große Aufgaben in den Bereichen Gesundheit und Pflege zu. Zwar wird in der Gesundheitspolitik vieles auf Bundesebene entschieden, aber auch die Bundesländer haben substantielle Gestaltungsmöglichkeiten. Die Ersatzkassen und die vdek-Landesvertretung haben daher in ihren „Gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen in Hessen zur Landtagswahl 2023“ Erwartungen an die künftige hessische Landesregierung und eigene Vorstellungen formuliert, wie die Versorgung in Hessen zukünftig aussehen muss und wie dieses Ziel erreicht werden kann. „Unter anderem der demografische Wandel, technischer Fortschritt und begrenzte personelle und

finanzielle Ressourcen erfordern neue Konzepte und Angebote im Gesundheitssystem. Die Qualität der Versorgung muss sektorübergreifend gesichert und das Gesundheitswesen effizienter gestaltet werden, damit eine gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung weiter funktionieren kann“, fordert Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen. **Insbesondere die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung unter sich verändernden Bedingungen müssen dringend auf die Agenda der Landespolitik.** Die vdek-Landesvertretung Hessen und die Ersatzkassen werden den offenen und konstruktiven Dialog mit der kommenden Regierung und dem zuständigen Sozialministerium suchen und sich wie bisher aktiv für die Gestaltung des Gesundheitswesens in Hessen engagieren. *hk*

→ t1p.de/uhiq1

Demografische Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung

Mit einem Durchschnittsalter von 46,9 Jahren zählt die sächsische Bevölkerung zu den ältesten der deutschen Bundesländer. Die **Alterung der Menschen sowie weitere demografische Faktoren wie der Geburtenrückgang bleiben große Herausforderungen auch und speziell im Gesundheitssektor:** Während die Zahl der sächsischen Psychotherapeut:innen leicht steigt, geht die Anzahl niedergelassener Ärzt:innen und Zahnärzt:innen in Sachsen seit Jahren zurück – dementgegen wächst der Anteil angestellter Ärzt:innen in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) etc. (siehe Abbildung). Zwar bleibt die Zahl der Kliniken sowie der aufgestellten Betten im Freistaat seit Jahren stabil; die Krankenhauskosten erhöhen sich jedoch fortwährend. Gleichzeitig steigen die von den Pflegebedürftigen in Heimen selbst zu zahlenden Kosten ebenfalls kontinuierlich. Dabei hat Sachsen eine im Bundeslandvergleich sehr hohe Pflegequote von 7,7 Prozent (Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung). **Diese und viele weitere aufschlussreiche Zahlen und Statistiken hat die Landesvertretung jetzt als 40-seitige Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Sachsen“ in der zweiten Auflage herausgegeben.** Die Fakten und Diagramme umfassen den ambulanten Sektor ebenso wie den Krankenhausbereich und die Pflege. Die Basisdaten-Publikation kann auf der Website des vdek kostenlos heruntergeladen werden. *cb*

→ t1p.de/hvmt0

Niedergelassene Ärzt:innen

in absoluten Zahlen und Einwohner:innen je niedergelassenen Arzt/niedergelassene Ärztin 2009–2021



Quelle: Eigene Darstellung nach: Sächsische Landesärztekammer, Statistisches Landesamt Freistaat Sachsen

Besuch im ersten Regionalen Gesundheitszentrum Niedersachsens

Regionale Gesundheitszentren (RGZ) können für Patientinnen und Patienten gerade in ländlichen Regionen ein sinnvolles und wichtiges Versorgungsangebot sein. Davon konnte sich der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen, Hanno Kummer, vor Ort überzeugen. Gemeinsam mit der Referatsleiterin für stationäre Versorgung, Dorothea Jahns, besuchte er Niedersachsens erstes RGZ in Ankum-Bersenbrück im Landkreis Osnabrück. „Wir begrüßen, dass hier ein neues Versorgungsformat in der Praxis erprobt wird, und werden die Entwicklung eng und partnerschaftlich begleiten“, so Kummer.



Die Geschäftsführer Werner Lullmann (links) und Christian Nacke (rechts) empfangen im Regionalen Gesundheitszentrum Ankum vdek-Landesleiter Hanno Kummer und Referatsleiterin Dorothea Jahns.

Regionale Gesundheitszentren sind laut neuem Niedersächsischen Krankenhausgesetz Versorgungseinheiten mit bis zu 25 Betten, die

ambulante und kurzstationäre Behandlungsleistungen anbieten. vdek-Landesleiter Kummer unterstrich die Bedeutung der Verzahnung der unterschiedlichen Sektoren beim RGZ-Konzept: „Eine Versorgung mit unterschiedlichen Angeboten aus einer Hand, an einem Standort, ist sinnvoll und für die Versicherten attraktiv.“ **Für den vdek ist es wichtig, das RGZ-Format gezielt dort zu nutzen, wo auch tatsächlich ein Bedarf dafür besteht.** „Wir begrüßen, dass in Niedersachsen RGZ dort entstehen können, wo ein Krankenhaus-Standort nicht mehr betrieben wird“, sagte Kummer. Gleichzeitig müsse natürlich auch ein ambulanter Versorgungsbedarf vorhanden sein. Unter diesen Bedingungen könnten RGZ für die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten einen wichtigen Beitrag leisten.



Organisator:innen des Familiengesundheitstags (v.l.n.r.): Stadt Kahla, Saale-Unstrut Tourismus GmbH, Bundespolizei, Freiwillige Feuerwehr Kahla, Jobcenter SHK, Gesundheitsamt SHK, Teamw(ork für Gesundheit und Arbeit, Citymanagement Kahla, Wendepunkt e.V., KSB SHK, AWO-Jugendclub Screen, Forstamt Jena-Holzland, Thüringische Krebsgesellschaft e.V.

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Vernetzung als Schlüssel: Familiengesundheitstag in Kahla

Bereits zum zweiten Mal in Folge lud das Projekt „Team(ork für Gesundheit und Arbeit“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit gemeinsam mit Jobcenter und Gesundheitsamt des Saale-Holzland-Kreises (SHK) sowie weiteren Mitwirkenden zum Familiengesundheitstag nach Kahla ein. Die vielfältigen Mitmachangebote für Klein und Groß öffneten den lockeren Austausch zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung und boten die Möglichkeit, sich über die Gesundheitsangebote in der Region zu informieren. „Durch die Unterstützung der zahlreichen kommunalen Akteure wurde die Veranstaltung zu einem großen Erfolg!“, lobt Dr. Arnim Findekle, Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen, den engagierten Einsatz aller Beteiligten. Mit vor Ort waren neben den Projektpartner:innen auch die

Suchtberatungsstelle des Wendepunktes e. V., die DRK – Beratungsstelle des SHK für Familien, das Citymanagement Kahla, der Schüler- und Jugend-Treff „JCScreen“ der AWO Ostthüringen, die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V. (DLRG), die Bundespolizei, die Jugendfeuerwehr Kahla, die Thüringische Krebsgesellschaft e. V., die Kegler:innen des SV 1910 Kahla sowie die Saale-Unstrut Tourismus GmbH. Für sieben gesammelte Stempel auf der „Muskelkaterkarte“ durfte am Glücksrad gedreht werden. Die vielen kleinen und großen Gewinne wie Eintrittskarten, hochwertige Tassen, Frisbeescheiben und viele mehr wurden von Sponsor:innen zur Verfügung gestellt. Der Eintritt ins Freibad war frei und sorgte bei den sommerlichen Temperaturen für ausreichend Möglichkeiten zur Abkühlung. Die Schirmherrschaft wurde wie

im vergangenen Jahr von der Stadt Kahla übernommen. Eine Fortsetzung des Aktionstages für das kommende Jahr ist in Planung. fp



Laufzettel „Muskelkater“

X @vdek_HH Lebhaftige Diskussion beim Gesundheitstreff mit PD Dr. Sara Sheikhzadeh @Asklepios_HH und John Afful #KVHH. Gute Gesundheitsversorgung braucht gut miteinander vernetzte Krankenhäuser und Arztpraxen. @JSchreyoegg @StraehlerPohl

X @vdek_HB Kids in Bremer Quartieren an Sport heranführen, lokale Akteure einbinden und neue Coaches ausbilden – das #Prävention[s]projekt „Bremen bewegen“ von @werderbremen und @sportgarten zeigt, wie – mit kräftiger Unterstützung vom #GKV-Bündnis für Gesundheit.

VDEK-LANDESVERTRETUNG NORDRHEIN-WESTFALEN

Theatergestützte Prävention und Gesundheitsförderung mit Erlebnischarakter



In die Rolle von Märchenfiguren zu schlüpfen, hilft den Teilnehmenden, sich mit ihrer eigenen Lebensgeschichte auseinanderzusetzen.

Gewalt und Sucht sind in Einrichtungen der stationären Pflege Herausforderungen, deren Bearbeitung im Alltagsgeschäft oft nicht zu leisten ist. Im Projekt „Prävention kreativ!“, das nach den Vorgaben des GKV-Leitfadens zur Gesundheitsförderung und Prävention gestaltet ist, wird deshalb erforscht, wie Sucht- und Gewaltproblematiken in stationären Pflegeeinrichtungen vorgebeugt werden kann. Das Projekt entwickelt und evaluiert theatergestützte Angebote und Konzepte zur Sucht- und Gewaltprävention in vier Einrichtungen der Caritas (Gelsenkirchen, Haus St. Anna), der Diakonie (Ev. Altenzentrum Lünen), der AWO Niederrhein (Seniorenzentrum Helmut-Kuhlen-Haus) und der SZB Wassenberg Altenpflegeheim GmbH. Trägerübergreifend werden die Menschen diskriminierungsfrei und spielerisch in ihrer Resilienz und Selbstwirksamkeit gestärkt und angeregt, sich über die Betrachtung der Lebens- und Leidenswege von Märchenfiguren mit ihrer eigenen Vergangenheit und Gegenwart auseinanderzusetzen.

Niederschwellig vermittelte Geschichten sowie kognitive und körperliche Erlebnisse beim Theaterspielen sollen den Bewohnenden helfen, ihren Alltag ohne Suchtmittel zu meistern und Stress abzubauen, um mögliche Gewaltproblematiken zu verhindern. Die Angebote sind für alle Interessierten offen. Die theatergestützte Auseinandersetzung mit Erinnerungen aus der Kindheit, kombiniert mit psychologischen Workshops der psychiatrischen Hochschulambulanz Universität Siegen, stößt bei den Bewohnenden auf sehr gute Resonanz: „Ist immer viel zu schnell rum“, so die einhellige Meinung. Wissenschaftlich wird das Verbundprojekt durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie und die Sozialforschungsstelle der TU Dortmund begleitet, die theatergestützte Arbeit in Praxis durch die Experten der Projektfabrik Witten durchgeführt. Auch Angehörige und Pflegefachkräfte wirken als Multiplikatoren tatkräftig mit. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Angebote passgenau und nachhaltig sind. *rs*



»Mehr Daten allein reichen nicht«

Interview von **Michaela Gottfried und Annette Kessen**

Das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht seit seiner Gründung 2004 Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen. **Dr. Thomas Kaiser** ist von Beginn an dabei gewesen, seit April dieses Jahres leitet er das IQWiG. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht er über die Bedeutung von Evidenz und Forschung, den Umgang mit Studien und die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung.

Herr Dr. Kaiser, wie haben sich Rolle und Aufgaben des IQWiG im Laufe der Jahre entwickelt?

DR. THOMAS KAISER Das IQWiG wurde mit dem Ziel gegründet, eine unabhängige Institution zu schaffen, die Evidenz bewertet und über Evidenz informiert. Dahinter stand die Frage, wie man mit den teilweise im System befindlichen Interventionen, aber auch neuen Arzneimitteln sowie anderen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren umgeht. Gibt es Studien, die nachweisen, dass diese Therapien Vorteile gegenüber dem bisherigen Standard erbringen? Diese Zielsetzung verfolgen wir nach wie vor. Mein Anspruch ist allerdings, dass wir uns als IQWiG künftig noch frühzeitiger engagieren und bereits beim Aufsetzen von Studien, also bei der Generierung der notwendigen Evidenz, unsere Expertise verstärkt einbringen. Was stetig wächst, ist unser Portfolio an Aufgaben beziehungsweise Bereichen, in denen wir Bewertungen durchführen. Das zeigt sich auch an der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zu Beginn hatten wir elf, inzwischen 284 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Am Anfang standen Arzneimittelbewertungen im Fokus und sie machen mengenmäßig betrachtet auch immer noch den größten Teil unserer Arbeit aus. Aber

Nutzenbewertungen von nicht medikamentösen Verfahren stehen oft im Fokus des Interesses, etwa mit Blick auf den Einsatz von Medizinprodukten, Diagnostik oder Psychotherapien. Außerdem unterstützen wir mit unseren Evidenzberichten die Erstellung medizinischer Leitlinien. Diese Bereiche gewinnen an Bedeutung. Bei der Bewertung von digitalen Anwendungen, den DiGA, sind wir allerdings außen vor. Hier wäre es sinnvoll, ein Antragsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu etablieren und die Apps vom IQWiG bewerten zu lassen, so wie es auch für andere Medizinprodukte etabliert ist.

Derzeit läuft das Zulassungsverfahren über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Reicht das nicht aus?

Das derzeitige Verfahren ist nicht annähernd so transparent wie das AMNOG-Verfahren für Arzneimittel und offensichtlich auch nicht so förderlich für die Entwicklung von DiGA, wie man sich das erhofft hat. Es macht schon Sinn, die Frage nach dem Einsatz medizinischer Leistungen weitgehend einheitlich anzugehen. Denn es geht ja bei einer solchen Bewertung um eine Verbesserung der Versorgung und damit immer um



»Vergleichende Studien parallel zum Zulassungsverfahren, das ist der Weg, zu dem wir kommen müssen.«

beide Richtungen: Leistungen ohne Nutznachweis möglichst nicht ins System zu lassen, aber solche, die einen Fortschritt für die Patientinnen und Patienten darstellen, zu fördern.

Durch die Digitalisierung entstehen Massen an Daten. Wie wirkt sich Big Data auf Ihre Arbeit aus?

Große Datenräume und die Analyse dieser Daten sind ein wichtiger Aspekt für das ganze Feld der Evidenzgenerierung. Nicht nur die Datenmenge ist gewachsen, auch die Qualität der Datenerhebung ist zunehmend in den Fokus gerückt. Das erfordert eine kontinuierliche Entwicklung der Methoden, wie man Studien durchführt und auswertet.

Sehen Sie denn Entwicklungen bei den Studien, die Ihnen vorgelegt werden?

Ja, teilweise können wir durchaus positive Entwicklungen beobachten, etwa bei den von den Patientinnen und Patienten selbst berichteten Endpunkten. Lebensqualität und Symptome werden heute häufiger untersucht als das noch zu Beginn des AMNOG der Fall war. Was wir leider kaum sehen, ist eine Entwicklung bei der Durchführung von Studien für die Nutzenbewertung, wo der Frage nachgegangen wird, ob etwas Neues besser ist als etwas, das es schon gibt. Für die Hälfte der Verfahren liegen nach der Zulassung keine solchen vergleichenden Studien vor.

Woran liegt das?

Ein Pharmahersteller muss zwei Verfahren durchlaufen, wenn er in Deutschland ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel auf den Markt bringt. Da ist zunächst die Zulassung, um sein Mittel in Deutschland überhaupt verkaufen zu dürfen. Danach kommt die frühe Nutzenbewertung im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) aus dem Jahr 2011, womit ermittelt wird, wie hoch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nach dem ersten halben Jahr nach Marktzugang ausfällt. Für den Hersteller ist die Haupthürde die Zulassung,

entsprechend richtet er ganz viel darauf aus. Die Frage, ob sein Medikament besser ist als ein bereits vorhandenes, ist für die Zulassung nicht relevant. Somit gibt es für den Hersteller auch wenig Anreiz, entsprechende vergleichende Studien durchzuführen.

Sollte das Zulassungsverfahren auf den Prüfstand?

Die Zulassung erfolgt über die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) beziehungsweise über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), je nachdem, um was für ein Arzneimittel es sich handelt. Dabei geht es um die Frage, ob ein Arzneimittel mehr nutzt als schadet. Dieses Zulassungsverfahren als solches würde ich weniger kritisieren. Es gibt zwar Aspekte, die verbesserungswürdig sind, etwa wenn man auf Bereiche schaut, wo aus meiner Sicht selbst für die Zulassung die Datenlage so gering ist, dass man sich mit manchen Zulassungsentscheidungen sehr schwertut. Aber vom Prinzip her ist es richtig, zunächst generell die Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit zu überprüfen.

Wie lautet dann Ihre Kritik?

Meine Kritik ist, dass nicht parallel zur Zulassung die Evidenz für die Versorgung geschaffen wird, also für die Frage, ob ein Medikament besser ist als das, was bereits auf dem Markt vorhanden ist. Dabei könnten wichtige Fragen beantwortet werden, ohne dass es gleich zu einer verzögerten Zulassung von solchen Medikamenten käme. Das Bewertungsverfahren zur Zulassung dauert im Durchschnitt gut ein Jahr. Parallel dazu könnten die Studien laufen, die vergleichende Ergebnisse liefern. Vereinzelt wurde das auch schon gemacht. Beispielsweise hat ein Hersteller eines Lungenkrebsmedikaments parallel zum Zulassungsverfahren eine hochwertige vergleichende Studie gestartet, sodass bereits kurz nach der Zulassung die für die Versorgung relevanten Daten vorlagen. Vergleichende Studien parallel zum Zulassungsverfahren, das ist der Weg, zu dem wir kommen müssen. Allerdings sollten wir dafür auch Anreize schaffen. Entsprechend sollten Datenräume und eine Forschungsinfrastruktur bereitgestellt werden, auf die neben großen Pharmaunternehmen auch kleine und mittelständische Unternehmen sowie unabhängige Institutionen zur Durchführung solcher Studien regelhaft zurückzugreifen können.

In Deutschland wird ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz auf den Weg gebracht, die Europäische Union arbeitet an einem europäischen Gesundheitsdatenraum. Werden damit entsprechende Voraussetzungen geschaffen?

In dem kürzlich veröffentlichten Vorschlag zur Änderung des EU-Arzneimittelgesetzes sind tatsächlich Maßnahmen vorgesehen, die sich auf vergleichende Studien beziehen. Aber der

europäische Gesundheitsdatenraum ist nicht darauf ausgerichtet. Es soll zwar ein Datenraum zur Verfügung gestellt werden, es wird aber nicht die Forschungsdateninfrastruktur ausreichend mitgedacht. Hier denkt man den Datenraum groß, aber die Forschungskapazität klein. Mehr Daten allein reichen nicht aus, man muss auch gute Forschung mit den Daten machen können. Daher muss die Forschung bereits beim Aufbau von Datenräumen mitgedacht werden. Wir brauchen eine Infrastruktur, die es ermöglicht, randomisierte Studien innerhalb eines Datenraumes, beispielsweise eines Registers, mit einer klaren Zielrichtung für die Versorgung durchführen zu können. So wird eine Vergleichbarkeit zwischen Studien geschaffen und für neue Arzneimittel klar herausgestellt, ob ein Zusatznutzen besteht oder nicht.

Arzneimitteln für die Behandlung seltener Erkrankungen, sogenannten Orphan Drugs, wird von Beginn an ein fiktiver Zusatznutzen unterstellt. Inwieweit ist das gerechtfertigt?

Die Orphan Drugs durchlaufen zwar anfangs auch eine AMNOG-Bewertung, aber betrachtet werden nur die Studien zur Zulassung, was qua Gesetz zwingend zu einem Zusatznutzen führt. Wir nennen dieses Verfahren daher eingeschränkte Nutzenbewertung. Die Argumentation für das Vorgehen ist, dass Menschen mit einer seltenen Erkrankung auf eine Therapie warten, die nicht verzögert zur Verfügung gestellt werden soll. Das ist aber nur dann ein sinnvolles Argument, wenn wir wissen, dass diese Therapie tatsächlich auch einen Fortschritt gegenüber den bisherigen zur Verfügung stehenden Therapien bringt. Hinzu kommt: Auf der einen Seite weiß man aufgrund des immer auszusprechenden Urteils eines Zusatznutzens nicht, ob das neue Arzneimittel tatsächlich einen Zusatznutzen hat. Auf der anderen Seite macht man dadurch alle Orphan Drugs gleich und kann diejenigen, die einen echten Fortschritt bringen, nicht hervorheben und prioritär einsetzen. Eine reguläre Nutzenbewertung findet zwar in manchen Fällen auch statt, aber erst nach Überschreitung einer Jahresumsatzgrenze. Diese lag zunächst bei 50 Millionen Euro und wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf 30 Millionen Euro reduziert. Konkret wird etwa ein Drittel aller Orphan Drugs dadurch regulär bewertet, zwei Drittel also nicht.

Künftig sollen neue Arzneimittel auch auf europäischer Ebene einer Nutzenbewertung unterzogen werden. Wie wirkt sich das auf die Nutzenbewertung gemäß des AMNOG in Deutschland aus?

Der Vollausbau der europäischen Nutzenbewertung ist für 2030 geplant. Vorgesehen ist ein sogenanntes Rapporteur-System, bei dem ein Land hauptsächlich die Bewertung durchführt, ein anderes Land fungiert als Mitberichterstatter. Das IQWiG als Institution eines der großen EU-Länder wird eine führende Rolle bei der europäischen Nutzenbewertung einnehmen. Mit Blick



Dr. Thomas Kaiser, geboren 1969 in Warburg, hat von 1987 bis 1990 eine Ausbildung zum Systementwickler absolviert. 1999 schloss er sein Studium der Humanmedizin in Köln ab, 2005 folgte die Promotion im Bereich Gastroenterologie. Von 1999 bis 2004 war er klinisch tätig in der Inneren Medizin und Geriatrie. Er war 2002 Mitbegründer vom DiEM – Institut für evidenzbasierte Medizin und von 2002 bis 2004 Benannter Experte in Arbeitsgruppen für Disease-Management-Programme im Koordinierungsausschuss und im Gemeinsamen Bundesausschuss. Mit der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) war er von 2004 bis 2023 Leiter des Ressorts Arzneimittelbewertung. Seit dem 1. April 2023 ist er Leiter des IQWiG.

auf Deutschland wird es sicherlich Änderungen insofern geben, dass es sinnvoll ist, Bewertungen in geringerem Maße durchzuführen, falls die Bewertung auf europäischer Ebene sehr gut zu gebrauchen ist. Ein deutsches Verfahren wird es aber trotzdem geben, auch weil die Bewertung auf europäischer Ebene ganz bewusst kein Urteil fällen soll hinsichtlich eines Zusatznutzens. Dafür sind die Versorgungsniveaus in den einzelnen Ländern zu unterschiedlich. Ebenso wird es auf europäischer Ebene kein so breites, öffentliches und deutschsprachiges Stellungnahme-Verfahren geben. Dass die Vorgänge und Bewertungen transparent und auf die deutsche Versorgungssituation ausgerichtet sind, ist aber eine wesentliche Komponente des AMNOG-Verfahrens. →



»Wir wissen wie zu Beginn des AMNOG nach wie vor in der Hälfte der Fälle nicht, ob das Neue besser ist als das, was schon da ist.«

Inwieweit hat sich das AMNOG bewährt, auch hinsichtlich der teilweise exorbitant hohen Kosten für Arzneimittel?

Wird im Rahmen der Nutzenbewertung eines Medikaments ein Zusatznutzen festgelegt, verhandelt der GKV-Spitzenverband mit dem Hersteller einen Erstattungsbetrag, der rückwirkend ab dem siebten Monat nach Verfahrensbeginn gilt. Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen werden im Preis gedeckelt oder einer Gruppe mit vergleichbaren Arzneimitteln zugordnet. Meiner Einschätzung nach hat dies schon dazu geführt, dass die Preisentwicklung gebremst wurde. Nach Berechnungen der DAK-Gesundheit spart das AMNOG den Krankenkassen mehrere Milliarden Euro pro Jahr. Das heißt aber nicht, dass die Preisentwicklung gestoppt wurde, sie wurde verlangsamt. Was die Nutzenbewertung angeht, haben wir es wie bereits erwähnt leider nicht geschafft, die Quote der vergleichenden Studien zu verbessern. Wir wissen wie zu Beginn des AMNOG nach wie vor in der Hälfte der Fälle nicht, ob das Neue besser ist als das, was schon da ist. Schaut man sich die 20 umsatzstärksten Arzneimittel an, findet sich durchaus eine relevante Menge an Arzneimitteln mit Zusatznutzen, aber eben auch eine relevante Menge an Arzneimitteln ohne Zusatznutzen oder solche, die wir gar nicht bewertet haben, weil diese schon vor dem AMNOG in den Markt gekommen waren. Zudem gibt es Arzneimittel, die in einzelnen Bereichen einen Zusatznutzen haben, in anderen Bereichen nicht. Wir können also für einen relevanten Teil des Einsatzes von Arzneimitteln eigentlich nicht wirklich beurteilen, ob es wert ist, das Geld für das Medikament auszugeben.

Wäre das Szenario denkbar, ein Medikament erst nach einer Nutzenbewertung auf dem Markt zuzulassen?

Dann sprechen wir von der Einführung einer vierten Hürde. Diesen Weg gehen wir in Deutschland derzeit ganz bewusst

nicht. Der Verzicht auf diese vierte Hürde hat aus der Perspektive der Evidenzbewertung auch seinen Vorteil. So haben wir die Möglichkeiten, offen und ehrlich die Schlussfolgerung zu ziehen, dass ein Arzneimittel keinen Zusatznutzen hat. Ich bin nicht überzeugt davon, dass dies im Falle einer vierten Hürde so bliebe, eben weil man dann in manchen Fällen sehr stark argumentieren würde, dass wir eigentlich nicht darauf verzichten können, dieses Arzneimittel in die Versorgung zu bringen. Den Wert dieser transparenten Kommunikation sollte man nicht unterschätzen.

Stichwort Transparenz: Das IQWiG hat den gesetzlichen Auftrag, Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Wo stehen Sie da? Und gelingt es, die Menschen zu erreichen?

Auf unserer Webseite www.gesundheitsinformation.de informieren wir über die Diagnose und Therapie der 300 häufigsten Krankheiten in Deutschland. Die Nutzung der Seite ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen auf jetzt mehr als fünf Millionen Zugriffe pro Monat. Ein Wesen bei den Gesundheitsinformationen ist, und daran wollen wir unbedingt festhalten, objektiv zu beschreiben, wie die Datenlage ist, ohne zum Beispiel vorzugeben, dass man etwa eine bestimmte Operation durchführen sollte. Dazu stellen wir unterstützende Werkzeuge zur Verfügung, zum Beispiel sogenannte Entscheidungshilfen, die in einfacher Sprache wesentliche Dinge einer Erkrankung aufbereiten, auch um eine geteilte Entscheidungsfindung zu unterstützen. Was wir allerdings sehen, ist, dass wir nur einen Teil der Bevölkerung erreichen, nämlich diejenigen, die sich aktiv über das Internet mit Gesundheitsinformationen auseinandersetzen. Daher müssen wir unbedingt weiter daran arbeiten, andere Zielgruppen zu erreichen, etwa bildungsfernere Gruppen oder Menschen, die kaum in Kontakt mit dem Internet stehen. Wir wollen künftig auch differenzierte Zugänge bereitstellen, beispielsweise über Instagram oder YouTube oder auch mittels Print-Materialien, die in den Arztpraxen und Apotheken ausliegen. Nicht zuletzt ist es wichtig, dass wir im ärztlichen Bereich bekannter werden, etwa indem wir wissenschaftliche, gut erfassbare Informationen bereitstellen, die für das Ordnungsverhalten eine Rolle spielen. ■



EINWURF

Halbzeitbilanz der Bundesregierung: viel begonnen, noch viel zu tun!

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

Mit guten Vorsätzen ist die Ampelkoalition vor rund zwei Jahren gestartet. Für den Bereich Gesundheit und Pflege wurden wegweisende Reformen im Koalitionsvertrag angekündigt. Eine stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege ist eine der zentralen Verabredungen. Die Reform der Krankenhausstrukturen und der Notfallversorgung, die Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes und die Digitalisierung des Gesundheitswesens sind weitere zentrale Versprechen. Auch ein Aktionsplan zum Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde fest zugesagt. Rund zwei Jahre nach der Bundestagswahl sind erste inhaltliche Ausgestaltungen zwar umgesetzt, es bleibt aber viel zu tun.

Positiv sind die beiden Gesetzesvorhaben zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die Einführung einer Widerspruchslösung bei der elektronischen Patientenakte (ePA) und deren automatisierte Befüllung durch die Leistungserbringenden sowie die verpflichtende Einführung eines elektronischen Rezepts werden dazu führen, dass die ePA und Co. endlich in der Versorgung ankommen. Dass Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken genutzt werden können und Krankenkassen ihre Versicherten über gesundheitliche Risiken informieren dürfen, ist ein weiterer Pluspunkt.

Mut hat der Bundesgesundheitsminister in Sachen Krankenhausreform bewiesen. Die langen Diskussionen mit den Ländern haben gezeigt, dass dies keine leichte Aufgabe werden wird. Doch die vereinbarten Eckpunkte eröffnen die Chance,

die Krankenhausversorgung zukünftig stärker nach Qualität zu strukturieren. Allerdings regiert das Gesundheitsministerium über die Köpfe der Selbstverwaltung hinweg. Statt gemeinsam an praxisnahen Lösungen zu arbeiten, bleiben die handelnden Akteure außen vor. Die Selbstverwaltung hat nicht zuletzt in der Pandemie unter Beweis gestellt, dass sie in der Lage ist, Lösungen zu erarbeiten und umzusetzen. Die Beteiligung und Einbindung der Selbstverwaltungspartner ist ein Erfolgsgarant für eine moderne Versorgung der Versicherten.

Was bei der Vorhabenspriorisierung fehlt, ist nach wie vor eine zukunftssichernde Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die umlagefinanzierten Systeme ermöglichen eine wohnortnahe und moderne Versorgung für die Bevölkerung. Allerdings müssen die finanziellen Verantwortlichkeiten auch klar definiert werden: Allein für die Leistungen im Bereich des Bürgergeldes zahlt die GKV jährlich rund zehn Milliarden Euro. Es braucht eine auskömmliche Refinanzierung aller versicherungsfremden Leistungen. Die Politik muss ihrer Verantwortung dafür gerecht werden.

Als Ersatzkassen stehen wir für die Ausgestaltung der Versorgung bereit! Wichtig ist, dass sich jeder Akteur auf seine Kerngebiete fokussiert, denn so hat unser System Erfolg. Die Politik gibt den Rahmen vor, wir als Selbstverwaltung füllen ihn aus. Als proaktive Gestalter des Systems stehen wir für praxisnahe Lösungen und ein starkes und verlässliches Gesundheits- und Pflegesystem. ■

Künstliche Intelligenz im Gesund- heitswesen

Sie gilt als eine Schlüsseltechnologie der Zukunft mit einem großen Potenzial für den Gesundheitssektor: Künstliche Intelligenz (KI) trägt schon heute zu einer Verbesserung der Versorgung und Steigerung der Effizienz von Prozessen bei, während sich für die medizinische Forschung zahlreiche neue Anwendungsfelder ergeben. Zugleich müssen neben den Chancen, die KI bietet, auch die Risiken in den Blick genommen werden, genauso wie auch die ethische Perspektive.



Großes Potenzial für das Gesundheitswesen

Text von Prof. Dr. Martin Hirsch

Künstliche Intelligenz (KI) hält zunehmend Einzug in den Gesundheitsbereich. Schon heute trägt sie unter anderem dazu bei, die Versorgung zu verbessern und Prozesse effizienter zu gestalten. In Zukunft werden sich weiter zahlreiche neue Anwendungsfelder ergeben. Zugleich müssen damit einhergehende Herausforderungen stärker in den Blick genommen und entsprechende Gebote formuliert werden.

Wenn von KI die Rede ist, steht zunächst die Frage nach der Definition von (künstlicher) Intelligenz im Raum. Für Kognitionswissenschaftler ist Intelligenz die Fähigkeit, in einer unbekanntem und komplexen Situation mit wenig Aufwand eine gute Lösung zu finden, während sich IT-Ingenieure freuen, wenn ihre Maschine mit enormem Rechenaufwand aus 300 bis 1.000 Beispielen lernt, eine Strukturerkennungsaufgabe zu lösen. Im Grunde ist KI der Überbegriff für Anwendungen, bei denen Maschinen menschenähnliche Intelligenzleistungen erbringen. Das Erstaunliche dabei ist, dass die Maschinen sich diese Fähigkeit selbst beibringen. Daher spricht die Bundesregierung auf ihrer KI-Webseite von selbstlernenden Systemen, was die eigentliche Neuartigkeit der aufkeimenden Technologie tatsächlich gut charakterisiert. Es meint, dass die Maschine sich selbstständig einen Lösungsweg sucht. Sie geht dafür tief in die Merkmalsstruktur des Problems hinein, weshalb man auch von Deep Learning spricht. Dabei wählt sie Merkmalsstrukturen aus, die für Außenstehende weitgehend undurchsichtig bleiben.

Wenn Maschinen etwas lernen, das bisher nur Menschen zugetraut wurde und gleichzeitig nicht wirklich nachvollziehbar ist, wie die Maschinen das gemacht haben, löst dies einerseits Faszination aus, andererseits aber auch Unsicherheit bis hin zur Angst vor dem Unbekannten. So wundert es nicht, dass die aktuelle gesellschaftliche Debatte rund um KI emotional aufgeladen

und stark polarisiert ist – und sich diese Polarität im besonders sensiblen Bereich der Gesundheit noch verstärkt.

Gesundheit ist ein hohes Gut. Und nicht nur in einer Leistungsgesellschaft ist es auch ein heikles Gut. Schon eine genetische Prädisposition, so die Befürchtung, könnte zu Nachteilen führen, überdurchschnittlich hohe Krankheitsanfälligkeit oder eine psychische Erkrankung ebenso. Zudem gibt es schambehaftete Erkrankungen wie Depressionen oder Geschlechtskrankheiten, die lieber im geschützten Raum der ärztlichen Schweigepflicht besprochen werden wollen, als sie einer Maschine anzuvertrauen, deren Arbeitsweise und Wertesystem man weder versteht noch vertraut.

Auf der anderen Seite sind wahrlich verlockende Wunderdinge über KI zu hören. Sie könne Diagnosen genauer stellen als Ärzte, Therapien personalisierter planen, Operationen sicherer durchführen, Krankheiten verhindern, empathisch reagieren, die Kosten im Gesundheitssystem senken, medizinische Fachkräfte entlasten, sogar die Medizin menschlicher machen. Sie wäre nie müde, niemals unhöflich, stets geduldig und immer verfügbar. Es gilt also, sehr genau hinzuschauen.

Symptome

Tritt ein Krankheitssymptom auf, gibt es für die Fragen, ob und wenn ja wie schnell eine Person zum Arzt gehen sollte und welche Krankheit sich hinter dem Symptom verbergen könnte,

KI-Systeme aus der Gruppe der Symptom-Checker. Solche Anwendungen helfen, die Dringlichkeit des Handelns und die Erkrankungen hinter Symptomen abzuschätzen. Die Installationen solcher Apps nehmen zu und sind ein Indiz dafür, dass es in der Gesellschaft einen Bedarf an solchen KI-Systemen zu geben scheint. Eine retrospektive Validierungsstudie unter der Leitung von Prof. Dr. Annette Wagner von der Medizinischen Hochschule Hannover konnte zeigen, dass in 64 Prozent der untersuchten (schweren) Fälle die KI die richtige Diagnosestellung signifikant hätte beschleunigen können und dadurch dem Gesundheitssystem auch erhebliche Kosten erspart geblieben wären. KI in der Diagnosefindung könnte also nicht nur medizinisch, sondern auch gesamtwirtschaftlich positive Effekte erzeugen.

Immer mehr Menschen nutzen zudem sogenannte Wearables wie Smartphone oder Smartwatch, um über lange Zeiträume sogenannte digitale Biomarker zu messen, wie zum Beispiel die Anzahl der Schritte pro Tag, Gehgeschwindigkeit, Gangsymmetrie, bipedale Abstützungsdauer, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung und Schlafqualität, oder um ein Zwei-Kanal-EKG durchzuführen. Kombiniert man die medizinische Kompetenz der Symptom-Checker mit solchen Sensor-Werten aus den Wearables, lässt sich erahnen, dass in naher Zukunft ernst zu nehmende Gesundheitseinschätzungen bereits vor den Toren des Gesundheitssystems stattfinden und Erkrankte mit validen Vordiagnosen in den Warteräumen der Arztpraxen und Kliniken auftauchen könnten.

Diese Entwicklung soll auch an anderer Stelle helfen: Die Notaufnahmen von Krankenhäusern werden immer häufiger von Menschen aufgesucht, die weder dringlich noch von einem Klinikum versorgt werden müssen. Das führt zu hohen und unnötigen Kosten sowie einer Überlastung medizinischen Fachpersonals, zudem geht dies zulasten der Patienten, die tatsächlich eine Notaufnahme in Anspruch nehmen müssen. KI könnte helfen, eine angemessene Steuerung von Erkrankten in das Gesundheitssystem sicherzustellen. In den USA und Asien ist dies bereits heute in verschiedenen Kontexten gelebter Alltag.

Diagnose

Blickt man auf die Leistungserbringer, so spielt KI sowohl bei der Diagnose wie auch in der Therapie

eine Rolle: zwei Bereiche, die menschlichen Akteuren vorbehalten sind, in denen sich aber KI anschickt, substanzvoll helfen zu können.

Grundsätzlich dürften nur Ärzte Diagnosen stellen. KI wird das auch in absehbarer Zeit nicht tun, da sie keinen eigenen Rechtskörper hat und somit keine Verantwortung übernehmen kann. Sehr wohl aber ist KI in der Lage, die Diagnosestellung zu unterstützen. KI-Systeme können im Wartebereich mit der Anamnese beginnen. Sie haben keinen Zeitdruck und eine breite Wissensbasis, können Standard-Fragen bearbeiten und bei komplexen Situationen seltene Erkrankungen in Erwägung ziehen. Am Ende beschreiben sie alles in einem übersichtlichen, strukturierten Report, sodass ärztliches Personal auf einen Blick informiert ist, wenn es dem Patienten gegenübertritt. Das spart Zeit und Gedankenkraft, sichert Qualität und eröffnet Freiraum für menschliche Begegnung.

Schließt sich an die Anamnese eine komplexere Untersuchung an, ist die KI in ihrem Element. Schon heute hilft KI bei der Analyse von Bildern in Radiologie, Dermatologie, Endoskopie und Pathologie und sie ist dafür teilweise bereits in den entsprechenden Geräten vorinstalliert. KI hilft zudem, Anomalien in Herz- und Lungengeräuschen zu entdecken, Spermienbeweglichkeit unter dem Mikroskop zu beurteilen, in Bewegungsmustern von spielenden Kindern Hinweise auf Autismus aufzuspüren oder komplexe Veränderungen in EEG- und EKG-Aufzeichnungen zu erkennen. Bei der Sepsis-Erkennung hat KI das Potenzial, Erkrankten und Personal in den Intensivstationen unter die Arme zu greifen – zumindest verheißt dies eine 2019 in der Fachzeitschrift Nature veröffentlichte Studie, in der geprüft wurde, wie gut ein von einem britischen Unternehmen entwickelter Algorithmus diese komplexe Aufnahme in der Intensivstation löst.

Ziel ist bei all dem, nicht die automatisierte Befundung, sondern die behandelnde Person auf Auffälligkeiten hinzuweisen, hinter denen sich eine Pathologie verbergen könnte – KI als qualitätssichernde, dokumentierende, mitarbeitende Instanz. Für Assistenzärzte ergibt sich hier die Chance, schnell zu lernen (up-skilling), indem die eigene Einschätzung gegen



Prof. Dr. Martin Hirsch ist Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin an der Philipps-Universität Marburg

Schon heute hilft KI bei der Analyse von Bildern in Radiologie, Dermatologie, Endoskopie und Pathologie.



Am Ende verantwortet immer noch der Mensch das Geschehen und er sollte somit ausreichend motiviert sein, Sorgfalt walten zu lassen.



die der KI gesetzt wird. Allerdings besteht auch die Gefahr, kognitiv abzuschalten und bewusst oder unbewusst den Befund der KI zu überlassen (de-skilling). Dass kognitive Kompetenzen auf menschlicher Seite dabei komplett verloren gehen, darf allerdings bezweifelt werden, denn am Ende verantwortet immer noch der Mensch das Geschehen und er sollte somit ausreichend motiviert sein, Sorgfalt walten zu lassen.

Therapie

Auch in der Therapie gewinnt die KI zunehmend an Bedeutung. Als sogenannte Digitale Therapeutika hilft KI, Erkrankungen zu kurieren oder Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Im Gewand digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) wird KI bereits per Rezept verschrieben, um beispielsweise kurierende Übungen bei Rückenschmerzen zu kontrollieren und personalisierte Verbesserungsvorschläge zu ihrer Durchführung zu geben. Ein vielversprechender Vorreiter für KI in der personalisierten therapeutischen Intervention ist die Diabetologie und man darf davon ausgehen, dass bereits in wenigen Jahren die Einstellung des Blutzuckers flächendeckend durch KI-Systeme unterstützt werden wird. Schon heute nicht mehr wegzudenken ist der Einsatz von KI in der robotergestützten Chirurgie. KI hilft bei der ruhigen Instrumentenführung, der Analyse des Gesichtsfeldes und zukünftig auch bei der Durchführung von Standardnähten. Nicht fehlen in dieser Auflistung darf das erhebliche Potenzial, das KI in der Personalisierung onkologischer Therapien

verspricht. Es ist anzunehmen, dass KI in nicht allzu ferner Zukunft auch in Tumorboards und onkologischen Konzilen fester Bestandteil sein wird. Auch die Pflege profitiert von KI, wenn sie zum Beispiel mithilfe einer KI-App sicherer den Wundtypus ermitteln kann.

Weitere Anwendungsbereiche

Bei der Planung, Entwicklung, Testung und Zulassung von Medikamenten ist KI bereits heute eine wertvolle Hilfe. Immer wieder betonen beispielsweise die Biontech-Gründer Prof. Dr. Ugur Sahin und Prof. Dr. Özlem Türeci, dass die schnelle Entwicklung und Anpassung ihres Covid-Impfstoffes ohne KI nicht möglich gewesen wären. Sehr vielversprechend ist der Einsatz von KI auch beim sogenannten Repurposing (oder Repositioning) von Medikamenten, also der Nutzung bestehender und zugelassener Medikamente in anderen Kontexten.

Ärzte verbringen mehr als 40 Prozent ihrer Zeit mit Verwaltungsaufgaben, bei der Pflege sieht es nicht viel besser aus. So ist es keine Überraschung, dass derzeit viel mit KI im Kontext der Arztbriefherstellung und Dokumentation experimentiert wird, um dem medizinischen Fachpersonal diese Arbeit abzunehmen, sodass dieses mehr Zeit für die Interaktion mit Patienten hat.

Ebenso im Bereich der Medizinethik zeigt KI ihr Potenzial. So berichten der Medizinethiker Prof. Dr. Kurt W. Schmidt aus Frankfurt und der KI-Wissenschaftler Fabian Lechner aus



Marburg, dass das multimodale Sprachmodell GPT-4 durchaus geeignet ist, bei der Beurteilung komplexer medizinethischer Fälle zu helfen.

Und auch wenn es um menschliche Eigenarten wie Empathie geht, zeigte eine Studie, dass von GPT-4 formulierte Antworten auf Patientenfragen im Durchschnitt von den Patienten als empathischer empfunden wurden als die des medizinischen Fachpersonals.

GPT

Doch GPT birgt auch Gefahren. Bei GPT handelt es sich um eine mit gigantischen Textmengen aus dem Internet trainierte KI (ein sogenanntes Transformer-Sprachmodell), die darauf spezialisiert ist, auf der Basis von Wahrscheinlichkeiten vorherzusagen, welche Wörter und Sätze Menschen in einem Kontext in welcher Reihenfolge verwenden werden. Dieses Sprachmodell verarbeitet allein die Wortfolgen (nicht aber den Sinn der Wörter), ist die bislang wirkmächtigste Inkarnation von KI und liefert Antworten auf Fragen und Aufgaben in Klartext, der in Eloquenz und Wortgewandtheit von menschlichen Texten nicht sicher zu unterscheiden ist. Dadurch wird suggeriert, dass die Maschine verstanden hat, was man wissen wollte. Dem ist allerdings nicht so.

Denn GPT hat keine Bedeutungsebene, sondern generiert Wort- und Satzgebilde entlang statistischer Zusammenhänge, die erst im Gehirn des Lesenden Sinn entfalten.

Daher entstehen Situationen, wie sie KI-Wissenschaftlerin Nadine Frauke Schlicker erlebte. Sie fragte GPT, wie sicher es sich denn sei, dass die von GPT aufgeführte Literaturangabe richtig sei. „Ich bin mir sicher“ war die Antwort. Auf die Rückfrage „Auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent – wie sicher bist du dir, dass das die richtige Literaturstelle ist?“ lautete die Antwort „Ich bin mir zu 100 Prozent sicher“. Doch war die von GPT angegebene Literaturangabe nicht nur falsch, sondern eine komplett wortstatistisch erfundene. GPT weiß nicht, was es nicht weiß und hat kein Gefühl für Nicht-Wissen. Entsprechend ist es keine verlässliche Wissensquelle.

Eine Maschine wie GPT in diesem Zustand in den Verkehr zu bringen, verletzt das, was im deutschen Rechtssystem als „berechtigte Sicherheitserwartung“ von Anwendern bezeichnet wird. Ethische Gebote wurden hier hinter ökonomische und marktstrategische Verlockungen zurückgestellt, nach dem Motto „erst die Algorithmen, dann die Moral“.

Regeln und Gebote

Verbote allein sind hier jedoch keine Lösung, sondern dürfen nur eingesetzt werden, um menschenrechtswidrige Entwicklungen zu unterbinden (siehe Artificial Intelligence Act der EU). Vielmehr müssen punktuelle Verbote behutsam kombiniert werden mit Regeln und Geboten für KI – besonders im sensiblen Gesundheitssystem. An derartigen regulatorischen Rahmen für KI arbeiten derzeit nationale und internationale Verbände mit dem Ziel, KI risikoarm in das Gesundheitssystem zu integrieren.

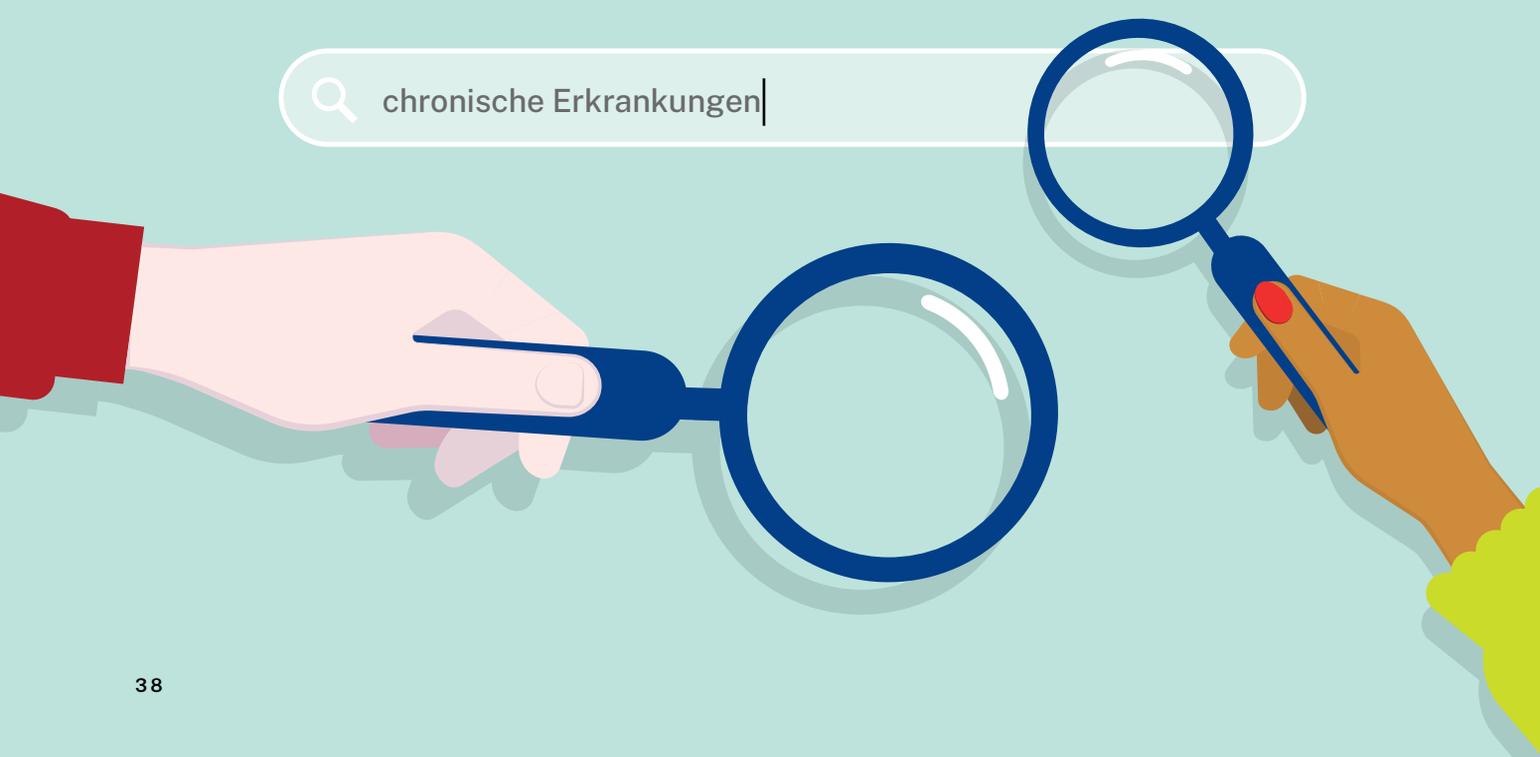
Ein weiteres wichtiges Gebot der Stunde ist nicht zuletzt, Wege zu finden, wie KI ethisch ausgerichtet werden kann (vorstellbar wäre eine Art Hippokratischer Eid für jene KI-Entwickler, die Entscheidungsunterstützungssysteme für die Medizin entwickeln). Zudem sollte verstärkt in den Fokus rücken, was Medizin eigentlich menschlich macht – und daher nicht von Maschinen geleistet werden kann. Bei vielen Symptomen, Diagnosen, Therapien und Fragen sind Empathie und Zwischenmenschlichkeit gefragt, die keine Maschine per definitionem je wird haben können. ■

An illustration at the top of the page shows several hands holding blue magnifying glasses. One hand on the left holds a magnifying glass that is focused on the main title. Another hand on the right holds a magnifying glass. The background is a light teal color.

Sichere digitale Gesundheitsinformationen

Text von **Dr. Martin Kluxen** und **Timo Neunaber**

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in der digitalen Transformation. Damit dieser Prozess erfolgreich verläuft, müssen die Bürgerinnen und Bürger verlässliche digitale Informationen und Angebote finden, verstehen und richtig nutzen können. Der **digitalen Gesundheitskompetenz** fällt dabei eine Schlüsselrolle zu.

An illustration at the bottom of the page shows two hands holding blue magnifying glasses. One hand on the left holds a magnifying glass, and another hand on the right holds a magnifying glass. The background is a light teal color.

 chronische Erkrankungen|



Der technische Umgang mit digitalen Geräten sowie die Nutzung von Internet, Apps und sozialen Medien ist in den meisten Bereichen des Alltags für viele Menschen zur Normalität geworden. Das gilt auch für Fragen rund um Gesundheit und Pflege. Zahlreiche Umfragen zeigen, dass viele Menschen das Internet zur Recherche nach Antworten auf Gesundheitsfragen regelmäßig nutzen. Oft ist ein Arztbesuch oder eine bevorstehende Krankenhausbehandlung der Anlass, sich vorab Informationen bei „Dr. Google“ zu beschaffen.

Digitales Gesundheitswesen erfordert digitale Kompetenzen

Allerdings ist es für die Nutzerinnen und Nutzer von kommerziellen Suchmaschinen wie Google, Bing oder Ecosia meist nicht ersichtlich, wie die Trefferlisten zustande kommen und wie die Qualität der Suchergebnisse hinsichtlich medizinischer Evidenz, Glaubwürdigkeit, Richtigkeit und Transparenz zu beurteilen ist. Ursache dieser Qualitätsprobleme kommerzieller Suchmaschinen ist, dass inhaltliche Qualitätsanforderungen wie Evidenz und Transparenz bei der Rangfolge der Treffer keine entscheidende Rolle spielen. Evidenzbasiertes und Behauptungen, Nützliches und Schädliches können somit nebeneinander präsentiert werden. Für die Nutzerinnen und Nutzer ist meistens nicht erkennbar, ob es sich um gute und gesicherte Informationsangebote handelt oder um nutzlose oder sogar schädliche Informationen. Angesichts der kaum zu übersehenden Fülle der im Internet verfügbaren Informationen haben selbst überdurchschnittlich erfahrene Nutzerinnen und Nutzer Schwierigkeiten, die guten und verlässlichen gesundheitsbezogenen Informationen herauszufiltern.

Ersatzkassenprojekt „Gesund digital – Fit für Apps und Internet“

Wie richtiges Suchen von Gesundheitsinformationen funktionieren kann, wird beispielsweise in dem Projekt „Gesund digital – Fit für Apps und Internet“ des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und seiner Mitglieds-kassen gezeigt. Mit diesem Projekt fördern der vdek und die Ersatzkassen die digitale Gesundheitskompetenz von Personengruppen wie älteren Menschen oder Personen mit chronischen

Erkrankungen. Dadurch wollen die Ersatzkassen allen Menschen die Vorteile der Digitalisierung zugänglich machen und der Entstehung einer „digitalen Kluft“ sowie der Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten entgegenwirken. Versicherte sollen sowohl durch analoge als auch durch digitale Hilfestellungen zu einem selbstbestimmten Einsatz digitaler Angebote im Gesundheitswesen befähigt werden. Auf der Webseite → gesund-digital.info finden Versicherte beispielsweise Informationen zum Umgang mit „Dr. Google“ in Form von informativen Kurztexen und Videos. Durch Quizelemente wird das erworbene Wissen spielerisch überprüft und damit gefestigt.

Gesundheitsprofessionen stärken

Allerdings betrifft digitale Gesundheitskompetenz nicht nur die persönlichen Fähigkeiten jeder/jedes Einzelnen als Empfängerin und Empfänger von Informationen, sondern auch Kompetenzen von Menschen und Organisationen als Absenderinnen und Absender von Informationen. Für die Gesundheitsprofessionen ist es bereits aktuell eine große Herausforderung, die Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, vertrauenswürdige digitale Informationen zu finden und diese zu beurteilen. Daher ist es wichtig, auch die professionelle digitale Gesundheitskompetenz insbesondere von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften als „Informationsgebenden“ zu stärken, um somit die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt nachhaltig zu verbessern. In diesem Zusammenhang stehen die Erarbeitung und Etablierung von bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und evidenzbasierten digitalen Gesundheitsinformationen für Gesundheitsprofessionen zunehmend im Vordergrund. Gute Internetangebote haben beispielsweise das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (→ Aezq.de) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit seinem Angebot → gesundheitsinformation.de erarbeitet. Diese Angebote werden offensichtlich gut angenommen. So sind bei gesundheitsinformation.de in den letzten fünf Jahren die monatlichen Besuchszahlen von durchschnittlich 600.000 auf über vier Millionen angestiegen. Ziel muss eine breite Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz für alle Menschen sein. ■



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



Timo Neunaber ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



Drei Fragen an

Prof. Dr. Judith Simon

Der Deutsche Ethikrat hat im Frühjahr 2023 eine Stellungnahme zum Thema Künstliche Intelligenz (KI) veröffentlicht. Auch die Bereiche medizinische Forschung und Gesundheitsversorgung werden darin diskutiert. Prof. Dr. Judith Simon, Professorin für Ethik in der Informationstechnologie an der Universität Hamburg und Sprecherin der Arbeitsgruppe „Mensch und Maschine“ des Ethikrats, gibt Einblick in den aktuellen Debattenstand.

KI-Forschung gibt es schon lange. Was hat den Ethikrat dazu bewogen, im Jahr 2023 eine ausführliche Stellungnahme dazu abzugeben? KI-basierte Systeme bilden die Basis sozialer Medien und werden zunehmend in vielen Bereichen eingesetzt – in der Medizin ebenso wie im Bildungssystem oder der Verwaltung. Dort entfalten sie vielfältige Auswirkungen von ethischer Relevanz. Daher lag es nahe, dass auch der Ethikrat sich mit KI beschäftigt. Darüber hinaus haben uns auch die Bundestagsfraktionen über den damaligen Bundestagspräsidenten Wolfgang Schäuble gebeten, dass wir uns mit Künstlicher Intelligenz und dem Wechselverhältnis zwischen Mensch und Maschine beschäftigen. Dieser Bitte sind wir natürlich sehr gerne nachgekommen.

Stichwort Gesundheitssektor: Welche Chancen, aber auch welche Risiken sehen Sie hier beim Einsatz von KI? KI-gestützte digitale Produkte eröffnen vielfältige Chancen im Gesundheitssektor: von verbesserter Diagnostik über die beschleunigte Entwicklung neuer Medikamente bis hin zu neuen Möglichkeiten in der Therapie. Kern vieler Systeme ist die Erkennung von Mustern in Daten, welche für Klassifikation und Prognose verwendet werden können. Entsprechend breit ist das Spektrum möglicher Einsatzbereiche und Potenziale. Allerdings gibt es natürlich auch zahlreiche Risiken. Diese reichen vom Schutz der Privatsphäre und der Sicherheit der Produkte über Fragen zum Schutz vor Diskriminierung bis hin zu Fragen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit algorithmischer Entscheidungen.

Welche ethischen Fragen stellen sich speziell in den KI-Anwendungsfeldern medizinische Forschung und Versorgung? Zwei Themen haben wir besonders viel Aufmerksamkeit gewidmet: einerseits der Frage, wel-



che Auswirkungen es insgesamt auf die verschiedenen Beteiligten – Ärzt:innen, Pfleger:innen, Patient:innen etc. – hat, wenn wir zunehmend Entscheidungen an Software delegieren, die wir mitunter nicht verstehen. Das zweite Thema sind systematische Verzerrungen und Diskriminierung. Softwaresysteme, in der Medizin und anderswo, funktionieren oft nicht gleich gut für beispielsweise Männer und Frauen oder Menschen unterschiedlicher Hautfarbe. Dies ist ein großes Problem, welches stärker in den Blick genommen werden muss. ■

Optimierung im Sinne der Versicherten

Text von **Dr. Mirko Böttcher**

Mit Blick auf eine bessere Versorgung ihrer Versicherten birgt Künstliche Intelligenz (KI) für **Krankenkassen** ein großes Potenzial. So lassen sich beispielsweise Prozesse effizienter gestalten und Informationen gezielter auf die Bedürfnisse der Versicherten zuschneiden. Umso wichtiger ist es, dass die Krankenkassen auch regulatorisch die Flexibilität erhalten, technologisch am Puls der Zeit sein zu können.

Seit ChatGPT Ende November letzten Jahres sein Sprachmodell kostenlos für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht hat, ist das Thema Künstliche Intelligenz (KI) omnipräsent. Dabei ist der Begriff KI gar nicht eindeutig definiert. Man spricht in der Regel von KI, wenn die Leistung einer Software dem kognitiven Vermögen eines Menschen nahekommt. Das Problem mit dieser Definition ist, dass sich diese Messlatte kontinuierlich nach oben verschiebt. Während man Mitte der 90er Jahre noch beeindruckt war, wenn eine Maschine handgeschriebene Postleitzahlen erkennen konnte, würde man dies heute technologisch gar nicht mehr als KI einordnen.

Für Krankenkassen gibt es zwei große Anwendungsfelder für KI. Das sind zum einen monotone, aber komplexe Tätigkeiten mit großem Aufwandsvolumen, die mithilfe von KI automatisiert werden können. Beispielsweise setzt die TK schon seit einigen Jahren KI erfolgreich zur Klassifikation ihrer Eingangspost ein. Nachdem alle Briefe eingescannt wurden, erkennt eine KI, um welche Dokumente es sich handelt und sortiert sie zur weiteren Bearbeitung vor. Das vereinfacht die Bearbeitung enorm und ermöglicht insbesondere in Kombination

mit künstlichen Intelligenzen zur Prozesssteuerung eine schnellere Bearbeitung der Anliegen der Versicherten.

Das zweite Anwendungsfeld betrifft die gezielte individuelle Information von Versicherten. Sogenannte „große Sprachmodelle“ – dazu gehört auch ChatGPT – ermöglichen es, Informationen gezielt auf die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden angepasst zusammenzustellen. So lassen sich etwa die Suchergebnisse von Webseiten auf die konkreten Fragen und Anliegen von Versicherten optimieren.

Ein entscheidender Faktor für Krankenkassen für den breiten Einsatz von KI ist die flexible Bereitstellung großer Rechenkapazitäten durch Cloud-Anbieter und die schnelle Verfügbarkeit großer Datenmengen. Um die rasante Entwicklung im Bereich KI für eine bessere Versorgung im Sinne der Versicherten nutzen zu können, müssen Krankenkassen die Möglichkeit haben, neue Technologien und weitere Datenquellen einsetzen zu können. Dies gilt insbesondere, da große Sprachmodelle wie ChatGPT nur durch große Technologieunternehmen bereitgestellt werden. Es ist wichtig, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen der dynamischen technologischen Entwicklung folgen. ■



Dr. Mirko Böttcher
ist KI-Architekt und Product Owner bei der Techniker Krankenkasse

FRAGEN & ANTWORTEN

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen

Text von Björn-Ingemar Janssen und Katja Kossack-Peters

Was ist Künstliche Intelligenz (KI)?

Bei Künstlicher Intelligenz (KI) handelt es sich um eine empirische Disziplin und ein Teilgebiet der Informatik. Die Verarbeitungsgrundlage von KI sind große Datenmengen, die erkannt und sortiert werden. Dies erfolgt mittels programmierter Abläufe oder durch maschinelles beziehungsweise effizientes Lernen. Man spricht daher auch davon, dass KI menschliche kognitive Fähigkeiten imitiert. In der Medizin bieten medizinische KI-Systeme zahlreiche Chancen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Prävention, indem sie zum Beispiel dazu beitragen, die Qualität zu verbessern und Diagnosen zu erleichtern. Ärzt:innen bzw. Pfleger:innen können so auch von Routinearbeiten entlastet werden.

Datenschutzaspekte spielen bei der Nutzung von Patientendaten immer eine wichtige Rolle, damit keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind. Diese müssen daher sachgerecht, unter Einhaltung des Datenschutzes nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite benötigt die Forschung aber auch Gesundheitsdaten, um technische Innovationen und neue Ansätze im Versorgungsmanagement etablieren zu können. Daher sind die Rahmenbedingungen zur

Nutzbarkeit von Daten entscheidend und sollten technische Qualitätskriterien wie Verlässlichkeit und ethisch-moralische Kriterien wie Transparenz berücksichtigen.

Was versteht man unter „Big Data“?

Der Begriff Big Data beschreibt zunächst besonders große und komplexe Datenmengen, die sich insbesondere durch ihre Schnellebigkeit und eine geringe Strukturierung auszeichnen. Es sind daher Tools und Programme notwendig, um diese stetig weiter anwachsenden Datenmengen analysieren und in der Medizin nutzen zu können. Hierzu gehören neuartige Technologien wie das Maschinelle Lernen oder Grid Computing (Zusammenschluss loser gekoppelter Rechner). Es kommt auch vor, dass bereits mit dem Begriff Big Data Technologien beschrieben werden, die das Sammeln und Auswerten dieser Daten ermöglichen.

Im Gesundheitswesen bietet Big Data einen großen Nutzen für Patient:innen, Ärzt:innen und auch Forscher:innen. So lassen sich beispielsweise einzelne Krankheitsbilder und dazugehörige Heilungsverläufe quantitativ erfassen und analysieren. Es ist daher möglich, aus diesen Datenmengen eindeutige

Handlungsempfehlungen für klinische Pfade, Therapie- und Behandlungsansätze zu entwickeln.

Wie funktioniert „Maschinelles Lernen“ (Machine Learning)?

Maschinelles Lernen ist eine Untergruppe der KI. Mithilfe maschineller Lernverfahren können große Mengen an Daten schnell und präzise analysiert und verarbeitet werden. Dabei lernt ein Computer selbständig die Struktur von Daten kennen und lernt und optimiert anhand von Erfahrungen. Technisch betrachtet erlernt ein Algorithmus durch Wiederholung selbstständig das Erfüllen einer Aufgabe, indem sich die Maschine an einem vorgegebenen Gütekriterium und dem Informationsgehalt der Daten orientiert. Grundvoraussetzung für die komplexen Berechnungen von maschinellem Lernen sind die Verfügbarkeit von großen Datenmengen und hohen Rechenleistungen. Roboter können beispielsweise lernen, wie sie Objekte greifen müssen, um sie transportieren zu können. Ein weiteres Anwendungsgebiet für maschinelles Lernen ist Computer Vision zur Erkennung eines Merkmals oder Objekts im digitalen Bild.

In welchen Bereichen der Medizin kommt Künstliche Intelligenz heute schon beispielsweise zum Einsatz?

Radiologie

Bei der Befundung von Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen kann Künstliche Intelligenz bereits heute wertvolle Unterstützung bringen. Das System weist die Radiolog:innen auf Auffälligkeiten hin; so wird einerseits das Risiko menschlicher Fehler reduziert und gleichzeitig das ärztliche Personal entlastet. Fortgeschrittene Technologien können außerdem Bilder qualitativ nachbearbeiten und damit vermeiden, dass Untersuchungen wiederholt werden müssen. Mittels Radionomics werden riesige Datenmengen aus Bildgebungsverfahren, Molekulargenetik, Labormedizin und klinische Erkenntnisse miteinander verknüpft, um jede Tumorerkrankung individuell identifizieren zu können und daraus anhand von Vorhersagemodellen personalisierte Behandlungsstrategien und ihre Erfolgswahrscheinlichkeiten ableiten zu können.

Dermatologie

Auch in der Dermatologie findet Künstliche Intelligenz bereits Anwendung und kann, aufgrund der trainierten maschinellen Analyse von Bildern, zur Verbesserung der Sensibilität und Genauigkeit von Haut-Screenings beitragen. Dermatolog:innen können so bei ihrer Einschätzung zwischen gut- oder bösartigen Hautveränderungen unterstützt werden.

Aber auch Versicherte erhalten mit Smartphone-Apps zur Diagnose von Hautkrebs Unterstützung in einer möglichen Vorbewertung und Entscheidung, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Die Apps sind seit einigen Jahren auf dem Markt verfügbar und verwenden KI zur Risikobewertung einer Hauterkrankung. Angesichts von Wartezeiten auf einen

Hautarzttermin oder auch in ländlichen Regionen kann dies ein sinnvoller Beitrag zur Verbesserung der Versorgung sein. Es ist daher besonders wichtig, dass KI-Anwendungen möglichst allen Versicherten offenstehen, wenn sie qualitativ hochwertig sind. Denn sonst besteht das Risiko, dass falsche Diagnosen unnötige Ängste und Arztbesuche auslösen.

Wie können Chatbots in der medizinischen Behandlung unterstützen?

ChatGPT und andere Produkte wie Google Bard sind Chatbots, die mit KI-gestützten Sprachmodellen (Large Language Models – LLM) arbeiten. Die Kommunikation erfolgt dabei per Text- oder Spracheingabe.

Im medizinischen Bereich können Chatbots bereits heute in Form von Apps heruntergeladen werden, in die mögliche Symptome eingegeben werden. Die Nutzer:innen werden anschließend in der Einschätzung ihrer Symptome bzw. möglichen Diagnose unterstützt. Dabei kann das System auch anzeigen, für wie wahrscheinlich es jede einzelne Diagnosemöglichkeit hält. Aus technischer Sicht liegen auch hier Algorithmen zugrunde, die auf Basis der Eingaben in der Datenbank die passenden Informationen nachschlagen.

Zukünftig werden derartige Produkte auch in der Lage sein, auf Basis umfangreicher medizinischer Datenbanken Ärzt:innen Hinweise zu Diagnostik und Therapie zu geben, während diese die Anamnese im Praxisverwaltungssystem dokumentieren. Allerdings müssen solche Systeme vor ihrem Einsatz hinsichtlich ihres Nutzens- und Schadenspotenzials geprüft werden, um Falschinformationen – zum Beispiel durch sogenanntes „Halluzinieren“ der KI – auszuschließen. ■



Björn-Ingemar Janssen ist Beauftragter für digitale Versorgung beim vdek



Katja Kossack-Peters ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Unnötigen Einsatz von Antibiotika vermeiden

TK Bei Erkältungen werden Patientinnen und Patienten immer weniger Antibiotika verschrieben. Das zeigt eine aktuelle Auswertung der Arzneimittelverordnungen der bei der Techniker Krankenkasse (TK) versicherten Erwerbspersonen. So bekamen im vergangenen Jahr etwa neun Prozent ein entsprechendes Rezept bei einer ärztlich diagnostizierten Erkältung – ein neuer Tiefststand. Zehn Jahre zuvor, im Jahr 2012, bekam noch mehr als ein Drittel bei einer Erkältungskrankheit ein Antibiotikum verschrieben (rund 36 Prozent). Seitdem sind die Verschreibungen für Antibiotika kontinuierlich gesunken, insbesondere während der Pandemie. „Da jeder Einsatz die Bildung von Resistenzen fördern kann, sollten Antibiotika immer mit Bedacht und nur dann eingesetzt werden, wenn sie wirklich notwendig sind“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Eine Forsa-Befragung der TK zeigt, dass es beim Thema Antibiotika-Einsatz noch Aufklärungsbedarf gibt. Zwar haben 97 Prozent der Befragten schon einmal von Resistenzen im Zusammenhang mit zu häufigem oder falschem Einsatz von Antibiotika gehört. Jedoch meint auch fast ein Drittel der Befragten (31 Prozent), dass Antibiotika bei Virusinfektionen wirken – obwohl die Mittel bei Viren wirkungslos sind. *pm*

→ [tk.de](https://www.tk.de)

Krebsfrüherkennung kann Leben retten

BARMER Rund drei Viertel der Bürgerinnen und Bürger sind der Ansicht, dass sie durch Früherkennungsuntersuchungen aktiv zum Erhalt ihrer eigenen Gesundheit beitragen können. Das geht aus einer repräsentativen Online-Umfrage der BARMER unter rund 1.500 Personen hervor. Demnach meint aber nur jeder Zweite, dass sich die Untersuchungen einfach in den Alltag integrieren lassen. Nur etwa jeder Vierte sieht sich vom Arbeitgeber unterstützt, etwa in Bezug auf Vorsorgetermine während der Arbeitszeit. 55 Prozent der Befragten halten das Angebot an Screening-Programmen für leicht zugänglich, allerdings fühlen sich nur 47 Prozent ausreichend über diese informiert. „Die Krebsfrüherkennung kann Leben retten und sollte konsequent genutzt werden. Dazu muss deren Zugang so unkompliziert wie möglich sein. Hier herrscht Handlungsbedarf“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Im Jahr 2021 sei beispielsweise nur bei rund zwei Prozent der Männer ab 50 Jahre und Frauen ab 55 Jahre eine Darmspiegelung dokumentiert worden, die alle zehn Jahre in Anspruch genommen werden könne. Zudem sollten die nötigen Informationen schnell verfügbar und leicht verständlich sein und den Nutzen der Früherkennung klar herausstellen. Dieser zeige sich etwa bei Darmkrebs. In Deutschland seien daran im Jahr 2021 insgesamt rund 250.000 Männer und 248.000 Frauen erkrankt gewesen. Bei Darmkrebs seien die Heilungschancen meist gut, wenn er frühzeitig erkannt werde. *pm* → [barmert.de](https://www.barmert.de)

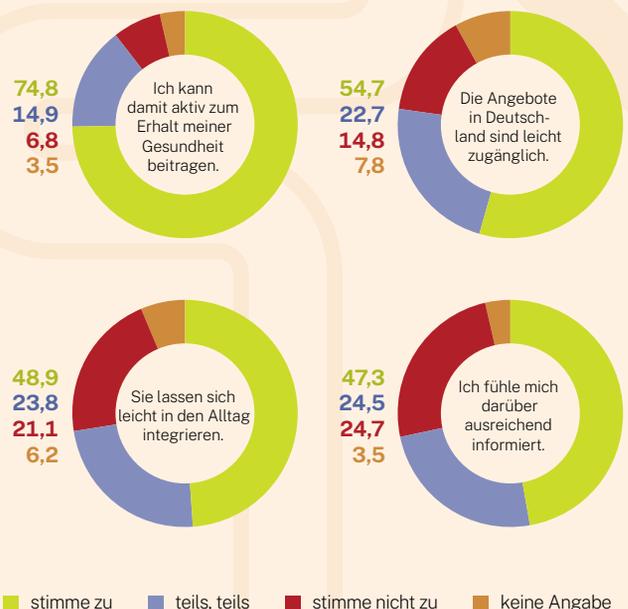
KKH Eine Krankenhausreform in Deutschland hält laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse die deutliche Mehrheit der 18- bis 70-Jährigen (84 Prozent) für notwendig. Fast jeder Zweite (46 Prozent) hält sie sogar für zwingend notwendig. **Viel Wert legten die Befragten auf Spezialisierung und eine hochwertige, medizinische Versorgung.** 97 Prozent der Befragten wären Ärztinnen und Ärzte wichtig, die sich auf das benötigte Fachgebiet spezialisiert haben, 57 Prozent sogar sehr wichtig. Eine hochwertige Versorgung durch Krankenpfleger:innen ist fast genauso wichtig (95 Prozent). 84 Prozent der Befragten wünschen eine persönliche, individuelle Behandlung. 61 Prozent wären bei einem stationären Krankenhausaufenthalt Zimmerausstattung und Service wichtig. „Die Menschen haben die aktuelle Situation erkannt und erwarten jetzt eine entsprechende Umsetzung der Politik. Patientensicherheit sollte das oberste Gebot dieser Reform sein. Wichtig ist es deshalb, bundeseinheitliche Qualitätskriterien für die Versorgung im Krankenhaus einzuführen“, erklärt Dr. Wolfgang Matz, Vorstandsvorsitzender der KKH. *pm* → [kkh.de](https://www.kkh.de)



DAK Versicherte der DAK-Gesundheit können sich direkt in einer von über 1.100 ausgewählten Apotheken gegen Influenza impfen lassen, ohne die Kosten dafür vorstrecken zu müssen. **Möglich macht dies eine neue Vereinbarung zwischen der DAK-Gesundheit und dem Deutschen Apothekerverband (DAV).** Impfen lassen können sich alle Versicherten ab 18 Jahren. Bereits seit 2020 übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Gripeschutzimpfungen bei allen ihren Versicherten unabhängig von Alter und Vorerkrankungen. In allen weiteren Apotheken ist auch weiterhin eine Impfung mit nachträglicher Kostenerstattung durch die DAK-Gesundheit möglich. „Noch nie war es so einfach, sich gegen Grippe impfen zu lassen und so die Risiken für eine schwere Infektion zu verringern“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. *pm* → [dak.de](https://www.dak.de)

Was ist Ihre Meinung zu Früherkennungsuntersuchungen?

Online-Befragung von ca. 1.500 Teilnehmenden; Sommer 2023; Angaben in Prozent



Quelle: BARMER

Autismusfälle bei Kindern & Jugendlichen gestiegen

Text von **Anna Nymbach**

Daten der hkk Krankenkasse zeigen, dass sich die Anzahl gemeldeter Autismusfälle pro Jahr verdoppelt hat. Auch international werden deutliche Anstiege verzeichnet.

Weltweit werden immer mehr Autismus-Spektrum-Störungen gemeldet. Nicht zuletzt hat eine Studie im „The Journal of Pediatrics“ mit einem deutlichen Anstieg von Autismus-Spektrum-Störungen in New Jersey für Aufmerksamkeit gesorgt ([-> t1p.de/tbttch](https://t1p.de/tbttch)). Als mögliche Gründe werden bessere Tests und schnellere Diagnosen genannt.

Zur Entwicklung hierzulande wurde auf Basis von ambulanten Abrechnungsdaten der hkk Krankenkasse die Verbreitung von Diagnosen von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) und deren Behandlung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (0–24 Jahre) untersucht. Zwischen den Jahren 2013 und 2019 stieg die Betroffenquote von 0,4 auf 0,8 Prozent kontinuierlich an. Bis ins Jahr 2022 blieb die Quote (0,8 Prozent) nahezu unverändert. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass Jungen und junge Männer mehr als doppelt so häufig betroffen waren wie weibliche Versicherte in dieser Altersgruppe (2022: 1,1 Prozent vs. 0,5 Prozent).

Autismus wird laut dem Klassifikationssystem ICD-10 als Entwicklungsstörung des zentralen Nervensystems angesehen und diagnostisch in fünf

Subgruppen unterteilt. Laut hkk-Datenanalyse wurden am häufigsten Frühkindlicher Autismus (36,8 Prozent) und Asperger-Syndrom (31,9 Prozent) festgestellt. Mehr als die Hälfte aller ASS-Betroffenen (53,6 Prozent) wies mindestens eine weitere kinder- und jugendpsychiatrische Begleiterkrankung, beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung ADHS (33,1 Prozent) oder Angststörung (24,6 Prozent), auf. Zur Behandlung wurde am häufigsten eine Psychotherapie verordnet (30 Prozent), gefolgt von medikamentösen Behandlungen mit Psychopharmaka (27,3 Prozent), Ergotherapie (21,9 Prozent) und Logopädie (18,3 Prozent).

Relativ „junges“ Krankheitsbild

Der Kinder- und Jugendarzt sowie Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen in Bremen, Dr. Stefan Trapp, hat die Ergebnisse der hkk-Datenanalyse kommentiert.

Die Gründe für die Zunahme der Diagnosen aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen sind demnach vielfältig. Zum einen handele es sich um ein relativ „junges“ Krankheitsbild: Auch wenn grundlegende Arbeiten bereits Anfang und Mitte des vergangenen Jahrhunderts veröffentlicht wurden (zum Beispiel Kanner, Asperger), so fanden sie erst mit der Übersetzung ins Englische Mitte der 1980er und 1990er Jahre zunehmende Resonanz in breiten ärztlichen und psychotherapeutischen Kreisen. „Die starke Zunahme am Beginn der 2000er Jahre in den USA ist wohl vor diesem Hintergrund zu sehen“, vermutet Trapp.



Anna Nymbach
ist Projektleiterin
hkk Gesundheits-
report



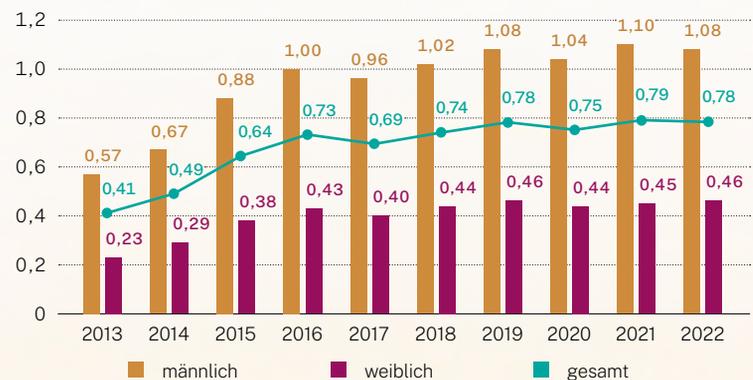
Auch in Deutschland sei das Wissen über ASS in Fachkreisen in den vergangenen Jahrzehnten stark gestiegen und damit die Voraussetzung und Bereitschaft, entsprechende Diagnosen zu stellen. Auch medizinische Laien hätten heute Vorstellungen von „Autisten“, teilweise geprägt von klischeehaften medialen Darstellungen wie im Kinofilm „Rainman“ oder in der TV-Serie „Big Bang Theory“. Die Darstellung von „Autisten“ als verschrobene, aber letztlich sympathische Nerds, könne laut Trapp helfen, die Stigmatisierung der Betroffenen zu reduzieren.

Jungen häufiger als Mädchen betroffen

„Praktisch alle Studien zur Prävalenz von ASS zeigen eine deutlich höhere Rate an Betroffenen männlichen Geschlechts (ca. drei- bis viermal häufiger)“, fasst Trapp zusammen. Diskutiert würden vor allem genetische, aber auch hormonelle und soziale Ursachen. So gehen viele Expert*innen davon aus, dass betroffene Mädchen stärkere psychiatrische Komorbiditäten aufweisen müssen, um eine ASS-Diagnose zu erhalten. Vermutet wird auch, dass betroffene Mädchen und Frauen wegen der den Geschlechtern sozial zugewiesenen unterschiedlichen „typischen“ Verhaltensweisen soziale Beeinträchtigungen teilweise besser kompensieren können als ihre gleich stark betroffenen männlichen Altersgenossen. „In diesem Zusammenhang könnte ich mir vorstellen“, so Trapp, „dass auch fachlich nicht korrekte Diagnosestellungen bei sozial unangepassten Kindern wegen ihrer zugeschriebenen Geschlechterrolle eher Jungen treffen.“

Betroffenenquote Autismus

hkk-Versicherte; 0–24 Jahre; Diagnoseprävalenz 2013 bis 2022; Angaben in Prozent



Quelle: hkk



Illegale
Glücksspiele:
In Deutschland

spielen mehr als 1,4 Millionen Menschen pathologisch und weitere drei Millionen Menschen spielen riskant. Das berichtet Burkhard Blienert, Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Bundesregierung. Glücksspielabhängigkeit zerstört Familien und Freundschaften und birgt das höchste Suizidrisiko von allen Suchterkrankungen. **Im legalen, regulierten Markt wird noch Jugendschutz und ein gewisses Maß an Spielerschutz gewährleistet, bei illegalen Angeboten sind jedoch die Spielenden in jeder Hinsicht schutzlos ausgeliefert.** Das gilt online und auch beim illegalen Automaten-Spiel. Studien zeigen, dass heute nahezu jedes dritte Glücksspielgerät in Deutschland illegal oder manipuliert ist und mindestens die Hälfte aller Umsätze aus illegalen Geräten kommt. Suchthilfe, Ordnungsämter und Polizei schlagen Alarm. Auch die legalen Anbieter der Automaten-Spielbranche sehen sich unter starkem wirtschaftlichem Druck durch die illegale Konkurrenz. Blienert fordert, dass deutlich mehr getan werden müsse, um illegalen, kriminellen Spielangeboten den Hahn abzudrehen. *pm*



Mehr Patientensicherheit durch Teilhabe

Anlässlich des Welttages der Patientensicherheit am 17. September 2023 hat vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner mehr Beteiligung der Patientinnen und Patienten gefordert. Dazu sei es wichtig, die Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe in den Behandlungsprozess einzubeziehen sowie regelmäßige Befragungen bei ihnen und ihren Angehörigen durchzuführen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) habe bereits Fragebögen für einzelne Behandlungen und Krankheitsbilder wie Nierenersatztherapie oder ambulante Psychotherapie erarbeitet. Zudem laufe seit Juli 2022 die bundesweite Befragung von Patientinnen und Patienten mit Stent oder Herzkatheter. Das sei ein wichtiger Anfang und müsse nun auf andere Therapieformen ausgeweitet werden. „Wir fordern seit Langem, dass der Gemeinsame Bundesausschuss endlich entsprechende verbindliche Richtlinien auf den Weg bringt“, so Elsner. Die Ersatzkassen und der vdek engagieren sich stark für Patientensicherheit und gaben zum Beispiel mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ein Weißbuch für Patientensicherheit heraus und unterstützen maßgeblich die Aufklärungskampagne #DeutschlandErkenntSepsis. *pm*

→ t1p.de/o1uk8 → t1p.de/l511n

X @vdek_Presse 13.09. ist #WeltSepsisTag. Ersatzkassen engagieren sich bei #DeutschlandErkenntSepsis, zuletzt mit Schulungsvideos für pflegende Angehörige. Pflegebedürftige sind von lebensbedrohlicher Erkrankung #Sepsis besonders häufig betroffen.

X @vdek_Presse #Impfen kann Leben retten! Projekt ALIVE von Ersatzkassen und @kbv4u soll Impfquoten bei älteren Menschen erhöhen. Teilnehmende Arztpraxen erhalten z.B. Materialien, um Versicherte an anstehende Grippeimpfung zu erinnern.

Fellfreundschaften fürs Leben

PODCAST Sie lassen sich streicheln, knuddeln und stehen in allen Lebenslagen treu und zugewandt an unserer Seite. Die Rede ist von den geliebten Haustieren – vor allem von Hunden und Katzen –, die das Leben vieler Menschen bereichern, in der tiergestützten Therapie zum Einsatz kommen und sogar die Rolle eines Familienmitgliedes einnehmen können. Warum die Mensch-Tier-Beziehung oft so eng und emotional ist, beantwortet die Psychologin Andrea Beetz im Gespräch mit Moderatorin Verena Cappell in der Podcastfolge „Mensch und Tier: Mein bester Freund hat Fell und Pfoten“ der Sendung „WDR5 Innenwelt – das psychologische Radio“. Eine wichtige Rolle spielt dabei, auch in gesundheitlicher Hinsicht, das Bindungshormon Oxytocin. tag → t1p.de/ofxew



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



Weitere aktuelle Fachliteratur → vdek.com/buecher

Gesundheitsversorgung in Gefahr

Das Buch zeigt anhand authentischer Geschichten von Patient:innen Probleme der Gesundheitsversorgung auf. Angesichts der vielen, teils weniger erfolgreichen Bemühungen um Reformen in den vergangenen Jahrzehnten seien grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem notwendig, argumentiert die Autorin. Politiker:innen, Manager:innen und die Gesellschaft insgesamt werden dazu aufgefordert, gemeinsam eine bessere Zukunft für das Gesundheitssystem in Deutschland zu gestalten.

Laura Dalhaus | **Medizin zwischen Moral und Moneten. Wie eine Hausärztin das Gesundheitssystem erlebt und was sich ändern muss** | 2023, XVI, 190 S., € 22,99 | Springer, Wiesbaden

Long-Covid-Forschung

Erschöpfung, Gehirnnebel, Konzentrationsprobleme – etwa zehn Prozent der Corona-Patient:innen kämpfen noch Monate nach ihrer Infektion mit Langzeitfolgen. Selbst nach mildem Krankheitsverlauf können diese Beschwerden auftreten und junge, vitale, leistungsfähige Menschen betreffen. Dieses Buch erläutert unter anderem, welche langwährenden Symptome nach einer Corona-Infektion auftreten können, wer besonders gefährdet ist und welche Behandlungsansätze den Betroffenen helfen können.

Prof. Dr. Martin Corte | **Long Covid – Wenn der Gehirnnebel bleibt. Die gefährlichen Langzeitfolgen von Corona** | 2022, 251 S., € 18 | Deutsche Verlags-Anstalt, München

PS: Raus aus dem Schneckenhaus

Wenn die Tage kürzer werden und sich das Leben von draußen nach drinnen verlagert, klopft auch der Herbstblues wieder an die Haustür. Erfahrungen mit Einsamkeit nehmen übrigens nicht mit dem Alter zu. Mit der weit verbreiteten Annahme, dass insbesondere ältere Menschen häufig von Einsamkeit betroffen sind, räumt das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in einer Analyse gründlich auf. Gerade älteren Erwachsenen sei es wichtig, soziale Kontakte zu pflegen und sie verfügten auch aufgrund ihrer Lebenserfahrung über gute soziale Fähigkeiten. Allerdings hätten Ältere, wenn sie einmal in Einsamkeit geraten sind, größere Schwierigkeiten als jüngere Menschen, wieder aus ihr herauszufinden. Aus der Vereinsamung herauszukommen und, wenn möglich, erst gar nicht hineinzugeraten – das sollte über alle Generationen hinweg unser Anliegen sein. Gut ist, dass wir auch durch die gesammelten Einsamkeitserfahrungen während der zurückliegenden Corona-Jahre stärker sensibilisiert sind.

Kommen Sie gut durch einen hoffentlich goldenen Herbst.

Ihre Redaktion



IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Stephanie F. Scholz
(Titelseite, S. 4/5, 16/17, 32/33, 46/47)
stephanie-f-scholz.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

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

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | **S. 4:** vdek/Michael Wiegmann | **S. 6:** Jelena Stanojkovic/iStock/Getty Images Plus | **S. 7:** iStock/Getty Images Plus/lemono | **S. 8:** RKI | **S. 9:** iStock/Getty Images/pixdeluxe | **S. 10:** vdek/Sibylle Malinke | **S. 11:** Festland/Yuky Ryang | **S. 13:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 14:** Leesle/iStock/Getty Images Plus | **S. 15:** Leesle/iStock/Getty Images Plus | **S. 17:** Teresa Furth | **S. 19:** privat | **S. 20:** Medizinischer Dienst Bund | **S. 22:** Hessischer Landtag, Kanzlei | **S. 23:** vdek | **S. 24:** vdek-Landesvertretung Thüringen | **S. 25:** vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen | **S. 26:** vdek/Michael Wiegmann | **S. 27:** vdek/Michael Wiegmann | **S. 29:** vdek/Michael Wiegmann | **S. 30:** vdek/Michael Wiegmann | **S. 31:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 35:** Thomas Stoll, Fotograf | **S. 36:** iStock/Getty Images Plus/gorodenkoff | **S. 37:** iStock/Getty Images Plus/gorodenkoff; iStock/Getty Images/Laurence Dutton | **S. 38:** MicroOne/iStock/Getty Images Plus | **S. 39:** MicroOne/iStock/Getty Images Plus; vdek/Sibylle Malinke; privat | **S. 40:** Deutscher Ethikrat, Foto: Reiner Zensen | **S. 41:** privat | **S. 42:** GarryKillian/iStock/Getty Images Plus | **S. 43:** GarryKillian/iStock/Getty Images Plus; privat; vdek/Manfred Schild | **S. 44:** Magone/iStock/Getty Images Plus | **S. 45:** Festland/Yuky Ryang | **S. 46:** Cosima Hanebeck | **S. 48:** Zigic/iStock/Getty Images Plus | **S. 49:** WDR/Urru | **S. 50:** Sophie Dover/iStock/Getty Images Plus

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 400 Beschäftigten sowie mehr als 30 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin/Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

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



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

vdek online

vdek.com

X@vdek_Presse



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