

# ersatzkasse magazin.

G20634



**„Die Arbeit an einer Empfehlung vor Zulassung ist einmalig“**

STIKO-Vorsitzender Thomas Mertens im Interview

## Prävention

Auch und gerade in der Krise wichtig

## Digitale Versorgung

Startschuss für Apps auf Rezept

## Impfungen

Impfungen zählen zu den wirksamsten Maßnahmen, um Infektionskrankheiten zu verhindern. Große Hoffnungen liegen nun auf den Corona-Impfstoffen, die Vorbereitungen zur Durchführung der Corona-Impfungen laufen auf Hochtouren

# Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

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

## **vdek-Zentrale**

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

## **Baden-Württemberg**

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

## **Bayern**

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

## **Berlin/Brandenburg**

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

## **Bremen**

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

## **Hamburg**

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

## **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

## **Mecklenburg-Vorpommern**

Werderstraße 74a  
19055 Schwerin  
Tel.: 03 85/52 16-0  
Fax: 03 85/52 16-111  
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

## **Niedersachsen**

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

## **Nordrhein-Westfalen**

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

## *Geschäftsstelle*

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

## **Rheinland-Pfalz**

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

## **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

## **Sachsen**

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

## **Sachsen-Anhalt**

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

## **Schleswig-Holstein**

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

## **Thüringen**

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

EDITORIAL

# Liebe Leserinnen und Leser,

es hat wohl kaum jemanden überrascht, dass die Gesellschaft für deutsche Sprache (GfdS) in diesem Jahr „Corona“ zum Wort des Jahres gewählt hat. Hinzu kommen sieben weitere Wörter von insgesamt zehn auf der Liste, nämlich „Lockdown“, „Verschwörungserzählung“, „AHA“, „systemrelevant“, „Triage“, „Geisterspiele“ und „Bleiben Sie gesund“. Sie alle drücken aus, wie sehr uns die Corona-Pandemie in diesem Jahr beeinflusst hat, für das Gesundheitswesen gilt das ganz besonders.

**Das Impfen steht aktuell im Blickpunkt:** Impfstoffe als die großen Hoffnungsträger, dass sich unser Leben wieder normalisiert. Das, aber auch Impfskepsis und Gegnerschaft, gab es auch historisch schon so, wie ein Blick in die Impfgeschichte von Prof. Dr. Karl-Heinz Leven von der Universität Erlangen-Nürnberg zeigt. Angefangen hat sie Ende des 18. Jahrhunderts mit der Impfung gegen Infektionskrankheiten (erstmalig gegen Pocken), erste Impfungen gegen Grippeviren gab es erst in den 1940er Jahren. Mit Entdeckung des Corona-Virus stand wegen seiner enormen Infektionskraft schnell fest, „dass beispiellose Anstrengungen unternommen würden, um möglichst rasch einen Impfstoff zu entwickeln.“ „Nichts an dem Virus sei normal“, sagt auch Dr. Rolf Hönke vom vfa, und so begann unter den Pharma-Herstellern der Wettlauf gegen die Pandemie. Mit Erfolg: Erste Hersteller haben Erfolg versprechende Produkte entwickelt und eine Zulassung bei der EMA beantragt. STIKO-Chef Prof. Dr. Thomas Mertens erklärt im Interview, welche Rolle die Ständige Impfkommision bei dem Impfprozedere spielt.

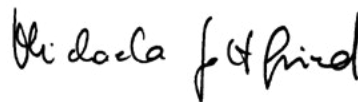
Der Wettlauf gegen die Pandemie schlägt sich auch in der Gesetzgebung nieder. Die Politik hat in diesem Pandemiejahr einen

Gesetzesmarathon ohnegleichen hingelegt. Vieles davon war reine Corona-Gesetzgebung, von den Infektionsschutzmaßnahmen über Teststrategien bis hin zu finanziellen Rettungsschirmen. Um die Wirtschaft und das Gesundheitswesen nicht zum Erliegen zu bringen, musste rasch gehandelt werden. Auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor finanziellen Herausforderungen. Die Reserven im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen werden in 2021 weitestgehend aufgebraucht sein, sodass steigende Zusatzbeiträge bei den Krankenkassen zu erwarten sind. Wo hier struktureller Reformbedarf besteht, kommentiert vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner in dem Entwurf.

**Zu den oben genannten Wörtern des Jahres hätte wohl auch das Wort „Digitalisierung“ gepasst,** denn selten war sie so wichtig zur Aufrechterhaltung der Kommunikation wie in dieser Pandemiezeit. Diesen Drive will Gesundheitsminister Jens Spahn nun auch im Rahmen eines dritten Digitalgesetzes mitnehmen. Mit dem Gesetz will die Politik telemedizinische Behandlungsformen weiter ausbauen und mehr Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur anschließen. Außerdem sollen nach den Digitalen Gesundheitsanwendungen auch Pflege-Apps Einzug in die Versorgung halten. Es geht also voran mit der Nutzung digitaler Technologien.

Nun, liebe Leserinnen und Leser, bleibt mir nur noch, Ihnen schöne Weihnachten und einen guten Rutsch ins neue Jahr zu wünschen. Feiern Sie schön im kleinen Kreis und natürlich: „Bleiben Sie gesund!“

Ihre



Michaela Gottfried

Foto: vdek/Georg J. Lopata



Michaela Gottfried  
Abteilungsleiterin  
Kommunikation beim vdek



# Inhalt

## 6. Ausgabe 2020

### POLITIK

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| Große Stärke bewiesen .....                    | 8  |
| Drei Fragen an Ernst Dietrich Munz .....       | 9  |
| Aktuelle Gesetzesvorhaben .....                | 10 |
| Prävention auch und gerade in der Krise .....  | 12 |
| Erfahrungen mit dem Corona-Sofortangebot ..... | 15 |
| Lebensphasen im Fokus .....                    | 16 |
| Einwurf: Lehren für die Zukunft .....          | 19 |

### AUS DEN KASSEN

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Europäische Spielregeln für Gesundheitsdaten ..... | 20 |
|----------------------------------------------------|----|

### IM FOKUS DIGITALE VERSORGUNG

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Mehr Möglichkeiten für Videosprechstunden .....    | 24 |
| Startschuss für die ersten „Apps auf Rezept“ ..... | 26 |
| Was sind Digitale Gesundheitsanwendungen? .....    | 28 |

### TITEL IMPFUNGEN

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| Impfungen in historischer Perspektive .....          | 30 |
| Im Wettlauf gegen die Pandemie .....                 | 32 |
| Impfungen – der Weg in die Krankenversicherung ..... | 34 |
| Interview mit Thomas Mertens von der STIKO .....     | 37 |
| Umfrage zur Impfbereitschaft .....                   | 41 |

### VERMISCHTES

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| Für Sie gelesen: Bibliothek .....              | 42 |
| Mehr Hinweise auf Schäden als auf Nutzen ..... | 44 |
| Steckbrief: Claudia Bernhard .....             | 45 |
| PS: Vom Umgang mit Krankheitsangst .....       | 46 |



## TITELTHEMA

# Impfungen

Die Vorbereitungen für Corona-Massenimpfungen laufen auf Hochtouren, bundesweit entstehen Hunderte von Impfzentren. Gleichzeitig wird geregelt, wie die Covid-19-Impfungen in die Versorgung gelangen. Einblicke in die Impfhistorie zeigen, dass die vom britischen Arzt Edward Jenner entwickelte Vakzination (Impfung) bis heute das Erfolgsmodell schlechthin ist. Normalität ist im Wettlauf gegen das neue Coronavirus allerdings ein Fremdwort. Die Impfstoffentwickler mussten schnell handeln und quasi aus dem Stand ihren Labormarathon aufnehmen.



## INTERVIEW

# „Die Arbeit an einer Empfehlung vor Zulassung ist einmalig“

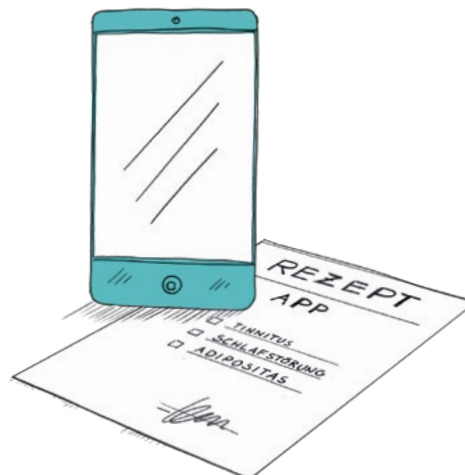
Bei ihrer Empfehlung zum Covid-19-Impfstoff für relevante Risikogruppen sieht sich die Ständige Impfkommission (STIKO) mit einer außergewöhnlichen Situation konfrontiert. Erstmals bereite sie die Priorisierungsempfehlung für einen Impfstoff vor, der noch gar nicht zugelassen ist, sagte der STIKO-Vorsitzende Prof. Dr. Thomas Mertens im Gespräch mit *ersatzkasse magazin*. Mertens bekräftigte erneut seine Forderung nach einem Impfregister. Eine zuverlässige Dokumentation sei notwendig, um für die Sicherheit und Wirksamkeit des Impfstoffs zu sorgen.

37

## IM FOKUS

# Digitale Versorgung

Der Startschuss für die „Apps auf Rezept“ ist gefallen. Die ersten Zulassungen zeigen, dass Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für ein breites Spektrum an Erkrankungen einsetzbar sind. In einem FAQ beantwortet *ersatzkasse magazin* die wichtigsten Fragen rund um das Thema DiGA. Weiter vorangetrieben wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen durch das dritte Digitalgesetz (DVPMG). Der Referentenentwurf zum DVPMG sieht unter anderem den Ausbau der Videobehandlung, die Einführung von Pflege-Apps und die Anbindung weiterer Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur vor.







## PERSONALIE

## Ingo Morell neuer DKG-Präsident



Foto: GFD

Ingo Morell (Foto) wird zum 1. Januar 2021 neuer Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Der Diplom-Kaufmann ist Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH und seit 2012 DKG-Vizepräsident. Der 62-Jährige tritt die Nachfolge von Dr. Gerald Gaß an, dessen Amtszeit zum Ende des Jahres endet. Gaß war seit 2018 DKG-Präsident und folgt am 1. April 2021 auf Georg Baum in der Funktion als DKG-Hauptgeschäftsführer. Als Vizepräsidentin und Vizepräsident hat die DKG-Mitgliederversammlung am 2. Dezember 2020 Dr. Gundula Werner und Thomas Lemke (51) gewählt. Die Amtsperiode des neu gewählten Präsidiums dauert drei Jahre. *pm*

## Einsicht des Monats

**„Ich habe lieber eine Diskussion darüber, warum wir Impfzentren haben, die möglicherweise betriebsbereit sind, aber der Impfstoff sich noch etwas verzögern kann – das kann man nicht ausschließen –, als wenn wir nachher einen Impfstoff hätten, aber keine Impfzentren, um ihn zu verabreichen.“**

**Bundesgesundheitsminister Jens Spahn** Anfang Dezember 2020 gegenüber dem Deutschlandfunk. Derzeit bereiten sich die Länder auf die Errichtung regionaler Impfzentren und mobiler Impfteams vor. Ab Mitte Dezember 2020 sollen diese einsatzbereit sein.

## KONZERTIERTE AKTION PFLEGE

## Zwischenbericht zeigt erste Erfolge

Schrittweise werden die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte verbessert. Das ist das Ergebnis eines ersten Umsetzungsberichts zur Konzierten Aktion Pflege (KAP), den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil Mitte November 2020 vorgestellt haben. Danach konnten bereits wichtige Maßnahmen für eine bessere Entlohnung, für mehr Auszubildende und mehr Kolleginnen und Kollegen an der Seite der Pflegekräfte umgesetzt werden.

**Um den Arbeitsalltag von Pflegekräften spürbar zu verbessern, riefen das Bundesgesundheits-, das Bundesfamilien- und das Bundesarbeitsministerium im Juli 2018 die KAP ins Leben.** Zusammen mit den Ländern, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbänden, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern verständigte man sich im Juni 2019 verbindlich auf Ziele und Maßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen, eine bessere Entlohnung, mehr Ausbildungsplätze und mehr Eigenverantwortung für Pflegekräfte. Dies beinhaltet unter anderem mehr Personal, mehr Weiterbildungsmöglichkeiten und die Stärkung der Digitalisierung.

Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, begrüßt die Zwischenergebnisse: „Der KAP-Zwischenbericht zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“ Doch er betonte auch, dass weitere Herausforderungen anstünden. Wichtig sei, dass der Bundestag eine nachhaltige Finanzreform der Pflegeversicherung beschließt. Es brauche einen verlässlichen Bundeszuschuss und die Finanzierungsverpflichtung der Länder für die Finanzierungskosten. *pm*

[www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege)

## Die aktuelle Zahl

# 50

Diese Kennzahl ist für die Politik der Maßstab für Erfolg oder Misserfolg bei der Eindämmung der Corona-Pandemie. Erreicht werden solle ein Wert von 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen, bekräftigte Bundeskanzlerin Angela Merkel.

## KRANKENKASSEN

## Durchschnittlicher Zusatzbeitrag steigt auf 1,3 Prozent

Die Bundesregierung hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das kommende Jahr auf 1,3 Prozent festgesetzt. Das sind 0,2 Punkte mehr als im laufenden Jahr. Diese Festsetzung entspricht dem Vorschlag des Schätzerkreises beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die gesetzlichen Krankenkassen hatten sich für einen Zusatzbeitragssatz von 1,4 Prozent ausgesprochen. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird jährlich für das gesamte folgende Kalenderjahr vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgelegt. Der jetzt auf 1,3 Prozent festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine kalkulatorische Rechengröße. Die Verwaltungsräte der einzelnen Krankenkassen entscheiden letztlich über die tatsächlichen Zusatzbeitragssätze der jeweiligen Kasse. *pm*

GKV-SPITZENVERBAND

## Positionspapier zur Krankenhaus- versorgung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 2. Dezember 2020 sein Positionspapier zur Krankenhausversorgung verabschiedet. Es wurden in zwölf Positionen konstruktive Vorschläge für eine umfassende Neuordnung der Krankenhauslandschaft formuliert. Hierbei sind in einem erheblichen Maße die Erkenntnisse der Corona-Pandemie der vergangenen Monate mit eingeflossen. Damit will der GKV-Spitzenverband einen konstruktiven Beitrag zur zukünftigen Ausgestaltung der stationären Versorgung leisten. Der nächste Koalitionsvertrag sollte einen mutigen Schritt zur Neuordnung enthalten.

**Die zwölf Positionen zielen auf zahlreiche Bereiche, deren Reformbedarf in den letzten Jahren zugenommen hat, und die richtungsweisend sind, um die Krankenhauslandschaft zukunftsweisend zu gestalten.** Hierzu gehören eine umfassende Digitalisierung, eine gesicherte stationäre Versorgung im ländlichen Bereich, die Weiterentwicklung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, korrekte Abrechnung, eine verbesserte Pflegesituation, Mindestanforderungen der Qualitätssicherung sowie eine umfassend reformierte Notfallversorgung.

„Die Krankenhäuser haben schnell auf die Anforderung der Pandemie reagiert und so verhindert, dass sich das Virus im stationären Bereich ausbreiten konnte. Die letzten Monate haben aber auch gezeigt, dass für eine dauerhaft hohe und bezahlbare Versorgungsqualität nachhaltige Strukturreformen anstehen. Insbesondere brauchen wir zukunftsweisende Krankenhausstrukturen mit Schwerpunktzentren und einer gesicherten ländlichen Basisversorgung, eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems sowie eine verbesserte Pflegesituation“, so Dr. Volker Hansen und Uwe Klemens, Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. *pm*

SOZIALE SELBSTVERWALTUNG

## Einfluss auf die Versorgung

500 Frauen und Männer engagieren sich ehrenamtlich in der Sozialen Selbstverwaltung der Ersatzkassen. Als gewählte Repräsentanten vertreten sie die Interessen der Versicherten und Beitragszahler in der TK, der BARMER, der DAK-Gesundheit, der KKH, der hkk und der HEK. Drei Jahre nach der Sozialwahl 2017 haben die Sozialparlamentarier zum Internationalen Tag des Ehrenamtes (5. Dezember) einen gemeinsamen Bericht ihrer Arbeit vorgelegt, der unter anderem zeigt, was die Soziale Selbstverwaltung der Ersatzkassen für die Versicherten und Beitragszahler in den vergangenen drei Jahren erreicht hat.

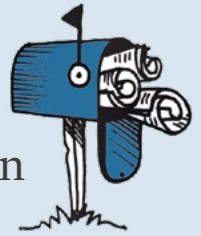
**Im Einzelnen legt der Bericht unter anderem dar, wie die Sozialparlamente als Stimme der Versicherten und Beitragszahler ihr Mandat nutzen, um Einfluss auf die gesundheitspolitische Gesetzgebung zu nehmen und die gesundheitliche Versorgung der Versicherten immer weiter zu verbessern.** So konnten zum Beispiel zusätzliche Angebote in der Prävention und Therapie durchgesetzt werden, die den Versicherten unmittelbar zugutekommen. Intensiv haben sich die Sozialparlamente auch mit Fragen der Pflege und mit den Chancen der Digitalisierung befasst.

**Erfolge können die Verwaltungsräte auch in eigener Sache verbuchen.** Der beharrliche Einsatz für eine Modernisierung der Sozialen Selbstverwaltung und der Sozialwahl hat sich ausgezahlt: Jüngste Gesetzesänderungen sehen nicht nur eine Quotenregelung für Frauen und Männer in der Selbstverwaltung vor. Den Krankenkassen wurde auch die Möglichkeit eröffnet, die Sozialwahl 2023 parallel zur traditionellen Briefwahl als Online-Wahl durchzuführen. „Beständige Erneuerung ist eine Voraussetzung dafür, dass eine demokratische Institution wie die Soziale Selbstverwaltung auch in Zukunft stets ihren Aufgaben gerecht werden kann“, heißt es in der Halbzeitbilanz. *pm*

[www.soziale-selbstverwaltung.de](http://www.soziale-selbstverwaltung.de)

PRESSESCHAU

## Das schreiben die anderen



### Impfbereitschaft

„Um Corona in die Knie zu zwingen, müssen nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation zwischen sechzig und siebenzig Prozent der Bürger geimpft werden. In Deutschland liegt die Bereitschaft laut Umfragen um einige Prozentpunkte niedriger. Derzeit ist schwer abzuschätzen, ob das noch zum Problem wird. Deshalb ist es wichtig, trotz der Hoffnung auf ein absehbares Ende der Krise realistisch zu bleiben.“

FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 2.12.2020

### Gesundheitsreserve

„Es ist ein richtiger Schritt – aber nur ein kleiner. Damit Ärzte und Pflegekräfte nie wieder ohne eine Schutzausrüstung Kranke und Pflegebedürftige versorgen müssen, legt Gesundheitsminister Jens Spahn dafür eine nationale Reserve an. So sinnvoll das ist, so wenig kann von einer wirksamen Vorsorge die Rede sein. Immerhin waren Bund und Länder im Frühjahr nicht nur in Sachen Ausrüstung schlecht vorbereitet, sondern auch personell und digital. [...] Den Maßnahmen zur Bekämpfung fehlt die nötige Zielgenauigkeit. Mit einer Reserve allein ist es also nicht getan.“

STUTTGARTER ZEITUNG, 1.12.2020

### Corona-Warn-App

„Eine Stärkung der App wäre ein wichtiger Baustein, um den Weg zurück in die Normalität zu ebnen. Je mehr Menschen sie aktiv nutzen, je mehr positiv Getestete ihr Ergebnis eingeben, desto besser. Doch um ein echtes Instrument für die Nachverfolgung zu werden, müsste sie noch mehr Daten abgreifen dürfen. Aber da kommt der Datenschutz-Fetisch der Deutschen zum Tragen. Doch machen Sie selbst die Probe und durchforsten Ihr Smartphone aufmerksam. Sie werden feststellen, dass viele Apps ganz selbstverständlich Informationen etwa über Ihren Aufenthaltsort sammeln.“

RHEINISCHE POST, 20.11.2020

VDEK-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

# Große Stärke bewiesen



Foto: vdek/Natalya Romanova

Der vdek führte seine Mitgliederversammlung aufgrund der Corona-Pandemie als Videokonferenz durch.

Auf der Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) am 4. Dezember 2020 hat Uwe Klemens, ehrenamtlicher vdek-Verbandsvorsitzender, die zentrale Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei der Bewältigung der Corona-Pandemie hervorgehoben.

## **Vor den Versicherten- und Arbeitgebervertretern der Ersatzkassen sagte Klemens:**

„Die Corona-Pandemie war und ist eine große Herausforderung für die GKV und das Gesundheitssystem insgesamt. Es ging und geht weiterhin darum, schnell die Versorgung der an Covid-19 erkrankten Patientinnen und Patienten sicherzustellen, die medizinische Infrastruktur aufrechtzuerhalten und die Sicherheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht zu gefährden. Umfassende Rettungsschirme für Leistungserbringer, schnelle unbürokratische Sonderregelungen etwa bei AU-Bescheinigungen und telefonischem Rezept, Vereinbarungen zu Schutzausrüstungen und Testungen zeigen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung schnell und unbürokratisch

gehandelt und die Politik bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zu jeder Zeit unterstützt hat. Die GKV hat erneut ihre Stärke unter Beweis gestellt.“

**Der Verbandsvorsitzende wies darauf hin, dass dadurch der finanzielle Druck auf die Krankenkassen in 2021 und 2022 sehr groß sei.** „Die voraussichtliche Finanzierungslücke von über 16 Milliarden Euro im Jahr 2021 – bedingt durch die einbrechende Konjunktur und die Aufwendungen zur Bewältigung der Krise – werden nur teilweise durch Steuerzuschüsse in Höhe von einmalig fünf Milliarden Euro gedeckt. Für den Rest müssen die Krankenkassen bzw. Beitragszahler aufkommen, sei es durch den gesetzlich vorgesehenen Abbau von Rücklagen und/oder die Erhöhung von Zusatzbeitragssätzen. Die Ersatzkassen können den staatlichen Rückgriff auf die Rücklagen der Krankenkassen zwar grundsätzlich nachvollziehen, denn damit werden die finanziellen Fehlentwicklungen durch den bisherigen Finanzausgleich Morbidity korrigiert. Dennoch bleibt dies ein Eingriff in das Haushaltsrecht der Krankenkassen und

damit in die Kompetenzen der gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung.“

Positiv bewertete Klemens, dass für diese Legislaturperiode noch eine Pflegereform angekündigt wurde. Ein entsprechendes Eckpunktepapier liegt vor. „Die Ersatzkassen haben stets auf die Notwendigkeit einer Finanzierungsreform und auf die wachsende Belastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile in den stationären Pflegeeinrichtungen hingewiesen. Viele Forderungen, wie die Begrenzung der Eigenanteile, die Anhebung der Leistungsbeträge in der ambulanten Pflege sowie die Tarifentlohnung der Beschäftigten bei den ambulanten und stationären Pflegediensten, gehen deshalb in die richtige Richtung.“ Notwendig seien jedoch darüber hinaus eine stärkere Beteiligung der Länder an den Investitionskosten, eine Verstärkung eines Steuerzuschusses und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung. *pm*



## 3 FRAGEN AN

**Dr. Ernst Dietrich Munz**

In der Corona-Krise ist die Zahl der psychischen Erkrankungen in Deutschland gestiegen. Die beiden Corona-Wellen und die hiermit verbundenen gesellschaftlichen Lockdowns belasten die Menschen durch alle Bevölkerungsschichten und Generationen hinweg. Was die Corona-Pandemie mit der Psyche macht, erläutert Dr. Ernst Dietrich Munz, Präsident der Bundestherapeutenkammer (BPTK).

### **Welche Gruppen von Menschen sind von psychischen Erkrankungen im Zuge von Corona besonders betroffen, gibt es hier bereits Zahlen?**

Die BPTK hatte nach der ersten Corona-Welle die internationalen Forschungsergebnisse ausgewertet, um Empfehlungen für die zweite Welle geben zu können. Danach erleben auch psychisch Gesunde häufig Unsicherheit, Angst und Niedergeschlagenheit. Doch diese psychischen Belastungen sind nicht gleich verteilt. Manche trifft die Pandemie härter, weil sie selbst oder Angehörige erkrankt sind oder weil sie als beruflich Pflegende oder Ärzt\*innen ständigen Kontakt mit Corona-Kranken haben. Für bereits psychisch kranke Menschen stellen vor allem die Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen und der Wegfall gewohnter Tagesstrukturen aber auch der Betreuungs- und Pflegeangebote große Probleme dar, auf die wir in der Therapie eingehen. Wir gehen davon aus, dass durch die Corona-Pandemie vor allem depressive Erkrankungen und Angststörungen zunehmen werden.

### **Wo liegt die besondere Problematik mit Blick auf sowohl junge Leute als auch ältere Generationen in Bezug auf den Anstieg psychischer Erkrankungen?**

Die BPTK hat insbesondere davor gewarnt, ältere Menschen zu isolieren und mit ihren Ängsten allein zu lassen. Bei Hochbetagten kann deshalb neben der Angst vor einer Ansteckung auch die Angst entstehen, aufgrund von Corona allein zu sterben. Außerdem haben wir betont, dass die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche lange Zeit unterschätzt wurden. Kinder und Jugendliche brauchen den Austausch mit Gleichaltrigen sehr. Zum anderen überforderte das Homeschooling viele Familien erheblich, vor allem

wenn der Platz in den Wohnungen kaum reichte oder bei den Eltern auch noch das Homeoffice hinzukam. Dann konnte familiäre Nähe, die sonst trägt, in Dauerstress, Konflikte und sogar Gewalt umschlagen.



Foto: BPTK

*„Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche wurden lange Zeit unterschätzt. Kinder und Jugendliche brauchen den Austausch mit Gleichaltrigen sehr.“*

**Dr. Ernst Dietrich Munz**  
Präsident der Bundestherapeutenkammer (BPTK)

### **Wie kann und sollten die Betroffenen unterstützt werden, welche Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten seitens der Psychotherapie und anderen Berufsgruppen bestehen?**

Um die Versorgung aufrechtzuerhalten, haben die meisten Psychotherapeut\*innen auf Videobehandlung umgestellt. Das ist längst nicht für jede Patient\*in die beste Wahl, aber angesichts der Ansteckungsgefahr eine vertretbare Notlösung. Mit der Videobehandlung konnten wir auch nicht alle erreichen. Gefehlt hat uns, auch Akutbehandlung per Video und neuen Patient\*innen, die unter großem Leidensdruck stehen, Hilfe per Telefon anzubieten zu können. Es gab selbstverständlich auch einen enormen Beratungsbedarf. Im Mai und Juni erreichten die Corona-Hotline in Baden-Württemberg, für die sich auch viele Psychotherapeut\*innen engagierten, zwischen 600 und 1.000 Anrufe täglich.



## ÜBERSICHT

# Aktuelle Gesetzesvorhaben

## Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

- Die bisherige Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird durch neue bzw. erweiterte Verordnungsermächtigungen im Infektionsschutzgesetz und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergänzt.
- Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit im Bereich der Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach § 20i SGB V. Hier soll das Bundesministerium für Gesundheit künftig insbesondere den Anspruch auf bestimmte Schutzimpfungen regeln und näher ausgestalten können sowie den bisherigen Anspruch auf Testungen, die bisher auf die Feststellung einer

Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (oder auf das Vorhandensein von entsprechenden Antikörpern) beschränkt sind, erweitern können, zum Beispiel um Testungen auf Influenzaviren.

- Ein neuer § 28a im Infektionsschutzgesetz soll klarstellen, welche konkreten Schutzmaßnahmen, die in die Grundrechte der Bürger eingreifen, seitens des Deutschen Bundestages im Rahmen der Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 für die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite als grundsätzlich notwendig und insoweit auch als legitimiert betrachtet werden können.

- Der Bund stellt denjenigen Krankenhäusern, die besonders mit der Versorgung von Covid-19 befasst sind, kurzfristig einen finanziellen Ausgleich zur Verfügung. Damit sollen negative finanzielle Folgen und Liquiditätsengpässe für Krankenhäuser vermieden werden, die zur Erhöhung der Verfügbarkeit der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in medizinisch vertretbarer Weise verschieben oder aussetzen.

Kabinettsentwurf vom 28.10.2020

*Inkrafttreten: 19. November 2020*

## Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Liquiditätshilfen von Zahnärzten (eingeführt mit dem Covid-19-Bevölkerungsschutzgesetz I), sodass sichergestellt ist, dass auch nach Auslaufen der entsprechenden Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (zum 31. März 2021) der Ausgleich möglicher Überzahlungen aus 2020 geleistet werden kann.
- Erweiterung der Spielräume von Krankenkassen bei dem Abschluss von Selektivverträgen mit dem Ziel, regionale Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.
- Aus Beitragsmitteln soll ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt werden. Von 2021 bis 2023 sollen den Krankenhäusern pro Jahr 65 Millionen Euro

für die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen zur Verfügung stehen.

- Kinder- und jugendmedizinische Stationen/Kliniken sollen in die Sicherstellungszuschläge ländlicher Krankenhäuser aufgenommen werden. Jeweils zum 30. Juni wird eine Liste von Krankenhäusern erstellt, die pauschal 400.000 Euro zusätzlich erhalten, wenn sie für eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum notwendig sind, aber zu geringe Fallzahlen aufweisen.
- Umsetzung der ersten Stufe zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege (SOCIUM-Studie). Ziel ist die Finanzierung von etwa 20.000 Altenpflegehilfskräften.

- Maßnahmen zur Umsetzung der Sozialgarantie 2021: Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze werden diejenigen Krankenkassen verpflichtet, deren Rücklagen über dem Grenzwert von 40 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe liegen, 66,1 Prozent aller darüber liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abzuführen. Außerdem wird die Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen, die bisher bei 100 Prozent einer durchschnittlichen Monatsrücklage lag, auf 80 Prozent abgesenkt.

Kabinettsentwurf vom 23. September 2020

*Inkrafttreten: Stufenweise ab Kabinettsbeschluss*

## Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

- Für weitere Leistungen sollen Mindestmengen für die stationäre Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden. Zudem werden bestehende Ausnahmeregelungen abgeschafft.
  - Für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern soll ein fixes Ausgabenvolumen in Höhe von 30 Cent pro Versicherten ab 2022 (inklusive einer Dynamisierungsklausel) bis einschließlich 2028 vorgesehen werden.
  - Für jährlich zwei weitere operative Eingriffe soll der G-BA strukturierte Zweitmeinungsverfahren entwickeln. Damit soll den Versicherten die Beurteilung der Notwendigkeit des planbaren Eingriffs leichter möglich sein.
  - Innerhalb von 24 Monaten soll der G-BA ein Disease-Management-Programm Adipositas entwickeln.
  - Um seine Steuerungsfunktion besser ausüben zu können, soll der unparteiische G-BA-Vorsitzende ein eigenes Antragsrecht im Plenum erhalten. Insbesondere soll dadurch eine fristgerechte Beschlussfassung herbeigeführt werden.
  - Die Krankenkassen sollen künftig gemeinsam mit den Kommunen lokale Hospiz- und Palliativnetzwerke etablieren. Ziel ist es, die verschiedenen Angebote in einer Region zu verknüpfen und eine übergreifende Versorgung anzubieten.
  - Im Morbi-RSA sollen Anpassungen beim Kinderkrankengeld und bei den Auslandsversicherten vorgenommen werden. Die Ist-Kosten für das Kinderkrankengeld werden im RSA ab 2023 vollständig ausgeglichen. Für die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen ab 2023 die landesspezifischen Kosten ermittelt werden. Zudem wird der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim
- BAS beauftragt, neue Zuweisungsverfahren beim regulären Krankengeld zu entwickeln.
- Ab dem vierten Quartal 2021 soll ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung etabliert werden.
  - Die Vertragsärzte, -zahnärzte sowie -psychotherapeuten werden zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet.
  - Es soll eine Regelung getroffen werden, wonach im Benehmen mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband die KBV Vorgaben für ein bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren in Notfallambulanzen an Krankenhäusern entwickeln soll.

Referentenentwurf vom 23.10.2020

Inkrafttreten: Nach Verkündung

## Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

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

Kabinettsentwurf vom 17. Juli 2019

Inkrafttreten: Nach Verkündung



GESUNDHEITSFÖRDERUNG

# Prävention auch und gerade in der Krise

Die Corona-Pandemie ist eine Art „neue Realität“. Sie stellt unsere Gesellschaft vor enorme Herausforderungen. Soziale Distanz verändert unsere (Alltags- und Arbeits-) Kultur und bedeutet eine große Umstellung von etablierten Verhaltensweisen und Gewohnheiten. Die Bewältigung erfordert gerade jetzt eine dauerhafte Verankerung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Die Ersatzkassen unterstützen die Verantwortlichen in den Lebenswelten, bestehende Präventionsmaßnahmen vor Ort anzupassen und über digitale Strategien das Engagement aufrechtzuerhalten oder neu zu entfalten.

/ Text / Ulrike Pernack

Eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens- und Verhaltensweisen in jedem Lebensalter ausgedehnt auf alle Lebensbereiche ist 2015 der Leitgedanke des Präventionsgesetzes gewesen. Die Ersatzkassen sind von der

Idee, Veränderungsprozesse dort anzuregen, zu begleiten und zu unterstützen, wo Menschen leben und arbeiten, überzeugt: von der Kita, über Schulen und Hochschulen bis hin zu Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, in Betrieben, Krankenhäusern, Kommunen und Pflegeeinrichtungen. Die Ausprägung individueller Gesundheitskompetenzen in Verbindung mit gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen stehen im Mittelpunkt des Engagements der Ersatzkassen, denn dieser ganzheitliche Ansatz hat einen maßgeblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und unterstützt das Credo „vorbeugen ist besser als heilen“.

2019 haben die Ersatzkassen 14.713 Lebenswelten und rund 2,9 Millionen Menschen bundesweit mit ihren Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung erreicht. Dabei werden bundesweite Ansätze ebenso wie regionale Aktivitäten in allen Bundesländern deutschlandweit umgesetzt.

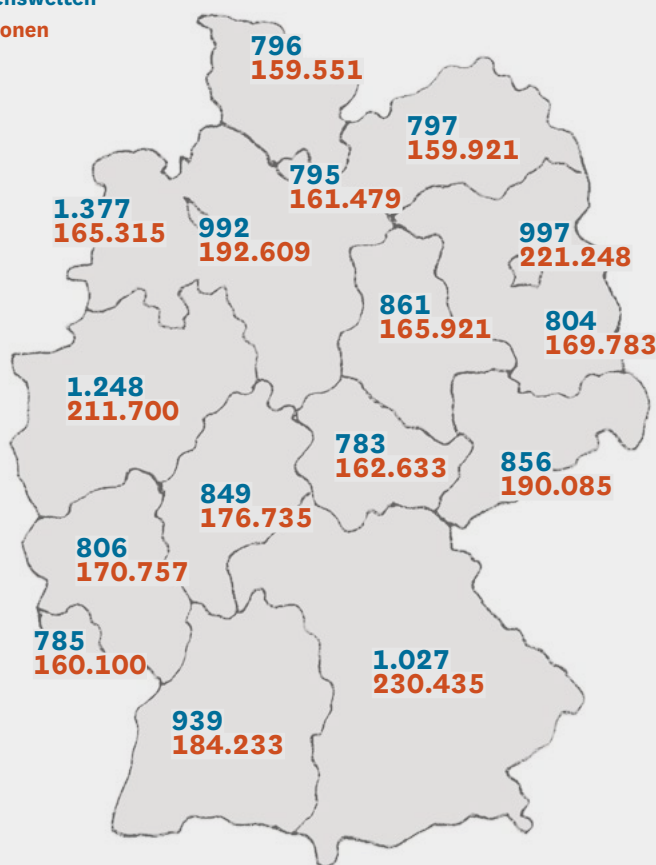
**Das Präventionsgesetz bildete zudem den Anstoß, dass die Ersatzkassen verstärkt Projekte fördern,** die speziell einen Fokus auf Zielgruppen legen, die in der Vergangenheit mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nicht geeignet erreicht werden konnten und insbesondere die Bedarfe sozial benachteiligter Menschen beispielsweise in schwierigen Lebenslagen in den Blick nehmen. Die Ersatzkassen haben sich hierzu auf der Ebene des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zusammengeschlossen. Unter der Dachmarke „Gesunde Lebenswelten. Ein Angebot der Ersatzkassen“ bündeln sie ihr Engagement zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Dabei vereinen sie verschiedene Aktivitäten mit dem Fokus auf Zielgruppen mit besonderem Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarf. Der gemeinsame Ansatz ermöglicht auch, dass Erkenntnisse aus Forschungs- und Entwicklungsprojekten sowie Praxisansätzen synergetisch genutzt



## #regionalstark – Präventionsaktivitäten der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen und der vdek erreichten im Jahr 2019 rund 2,9 Millionen Personen in etwa 14.700 Lebenswelten deutschlandweit.

■ Lebenswelten  
■ Personen



Quelle: vdek

werden können. Damit sollen den Versicherten auch neu gewonnene Möglichkeiten und Werkzeuge an die Hand gegeben werden, um ihre Fähigkeiten und Kompetenzen zu stärken und unabhängig vom sozialen Status und Alter – aber unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedarfe und Bedürfnisse – das eigene Umfeld und den Lebensstil gesundheitsförderlich auszurichten und zu gestalten. Das gelingt mit dem sogenannten Lebensweltenansatz. Dieser vereint die individuelle Verhaltensänderung mit Maßnahmen, die auf eine Veränderung



Ulrike Pernack  
Abteilung Gesundheit  
beim vdek

bestehender Strukturen und Rahmenbedingungen hinwirken. Eine geeignete Lebenswelt bilden beispielsweise Kommunen. Knapp ein Fünftel der Aktivitäten der Ersatzkassen und des vdek erreichten in 2019 Lebenswelten, die sich in sogenannten sozialen Brennpunkten befanden.

### Systematischer Prozess

Gesundheitsförderung ist maßgeschneidert, bedarfsorientiert und folgt einem systematischen Prozess. Die Ersatzkassen und der vdek beraten innerhalb eines strukturierten Vorgehens. Der sogenannte Gesundheitsförderungsprozess folgt sechs Schritten (1. Vorbereitung, 2. Nutzung und Aufbau von Strukturen, 3. Analyse, 4. Planung, 5. Umsetzung, 6. Evaluation). Mittelpunkt und Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung von gesundheitsförderlichen Strategien und Lebensbedingungen ist die optimale Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Herzstück hierbei ist die Prozessberatung, die bislang überwiegend in einem direkten Kontakt erfolgt, da es auch um die Ausbildung von Vertrauen und einer wertschätzenden Kommunikationskultur geht.

Das Ausloten von Gestaltungsansätzen, die Vernetzung von verschiedenen Akteuren in den Lebenswelten und die voraussetzungs- und altersgerechte Beteiligung an Maßnahmen und Angeboten, die die Gesundheit fördern (Partizipation) sowie darin bestärken, die eigenen Potenziale und Ressourcen gesundheitsfördernd einzusetzen (Empowerment), benötigen zuweilen den direkten Kontakt; eine Präsenz, die soziale Nähe schafft.

Die Corona-Pandemie erfordert genau das Gegenteil: Maßnahmen wie Abstandsregelungen, Kontaktreduzierungen und häusliche Quarantäne sind aus Infektionssicht essenziell notwendig, um die Ausbreitung des Corona-Virus zu verhindern bzw. zu verlangsamen. Die bisherigen Erfahrungen im Kontext der Pandemie zeigen, dass ein methodisch-flexibles und proaktives Vorgehen bei der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung sinnvoll und notwendig ist, um auf die spezifischen Anforderungssituationen einzugehen und die





- ➔ Ansätze adaptiv und umsetzbar zu gestalten. Digitale Interventionsansätze spielen dabei eine große Rolle.

### Flexibilität und Digitalisierung

Im Zuge der „zweiten Corona-Welle“ konstatieren die Ersatzkassen und der vdek einen Bedarf an kurzfristigen und „fühlbaren“ Maßnahmen. Nachgefragt sind digitale Angebote zur gesundheitsförderlichen Verhaltensreflexion und -änderung. Dazu zählen niedrigschwellige Gesundheitsimpulse und Aktivierungen, die auffordern und erinnern, die eigene Gesundheit auch in Zeiten von (persönlichen) Krisen, Homeoffice, Arbeitsverdichtungen und -verlusten nicht aus dem Blick zu verlieren. Auch Vorträge und Workshops im digitalen Kleingruppenformat mit hoher Interaktivität sind gefragt. Eine hohe Nachfrage haben ebenso Angebote zur Resilienz, Stressmanagement und Ernährung. Während die Verhaltensprävention in den Fokus rückt, ist der ganzheitliche Blick – auch aufgrund von Planungsunsicherheiten – zuweilen schwieriger. Es ist allerdings gerade jetzt geboten, Menschen mit Gesundheitsförderung dort zu erreichen, wo sie leben und arbeiten mit jedweden unterschiedlichen Anforderungen und Voraussetzungen, und die Bedeutung der Verhältnisprävention nicht aus dem Blick zu verlieren.

Im Januar 2021 erscheint der erste gemeinsame **Präventionsbericht der Ersatzkassen**. In Kooperation mit dem IGES Institut berichtet der vdek über das vielfältige **Präventions- und Gesundheitsförderungengagement der Ersatzkassen** in den Lebenswelten. Ein Berichtspunkt werden die Aktivitäten zur gesundheitlichen Chancengleichheit sein.

**Bei all den geschätzten Vorteilen digitaler Interventionen und Ansätzen stehen wir in der Prävention und Gesundheitsförderung auch vor Herausforderungen.** Digitalisierung erfordert technische Ausstattung, einen Zugang zum Internet und die Kompetenz, digitale Technik zu bedienen. Es wird also auch um die Frage gehen, wie Menschen in sozial

benachteiligten Lebenslagen mit Digitalinterventionen erreicht werden können und welche digitalen Bedarfe und Kompetenzen zu berücksichtigen sind, um gesundheitsförderliche Effekte zu generieren. Essenziell ist dabei neben den technischen und infrastrukturellen Voraussetzungen die Frage nach dem Nutzerverhalten, der Motivation und dem Anwendungswissen. Darüber hinaus gilt es zu untersuchen und zu verstehen, welche Einflüsse soziale Determinanten auf digitale Gesundheitsförderungsinterventionen und die Partizipation der Zielgruppen haben. Digitale Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, Vernetzung zu gestalten und in den Dialog zu treten.

### Präsenz und persönlicher Austausch

Wenngleich digitale Interventionen und Vorgehen in diesen Zeiten dabei unterstützen, Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze aufrecht erhalten zu können, ersetzen sie nicht den Raum zur Begegnung und den persönlichen Austausch, sondern ergänzen und komplettieren. Digitale Strategien in Lebenswelten brauchen persönliche Momente, um zum Beispiel Bedarfe und Bedürfnisse abzugleichen.

**Ein Beispiel zum Schluss:** Das kostenfreie Ersatzkassen-Angebot „aktiviert.GESTÄRKKT.zufrieden“ bereitet Informationen über Covid-19 alltagsnah auf und erläutert die unterschiedlichen Einschränkungen für Bewohnende von Pflegeeinrichtungen. Pflegeeinrichtungen müssen seit der Corona-Pandemie viele neue gesetzliche Vorgaben beachten: von Besuchseinschränkungen bis zur kompletten Schließung und schrittweisen Öffnung sowie der Umsetzung aller vorgegebenen Hygiene- und Schutzmaßnahmen. Damit ergeben sich neue Anforderungen an das Angebot zur Gesundheitsförderung. „aktiviert.GESTÄRKKT.zufrieden“ bündelt verschiedene Maßnahmen in einem Paket und enthält entsprechende Materialien zur Aktivierung der Bewohnenden, der Gesundheitsförderung von Beschäftigten sowie Impulse für Angehörige, um auch in schwierigen Zeiten im Kontakt zu bleiben. ■

[www.gesunde-lebenswelten.com](http://www.gesunde-lebenswelten.com)

MEHRWERT:PFLEGE

# Erfahrungen mit dem Corona-Sofortangebot

Der Ausbruch des Coronavirus SARS-CoV-2 im März dieses Jahres hat die Arbeitswelt in nahezu allen Branchen verändert. Gerade Beschäftigte im Gesundheitswesen sind wesentlich betroffen.

/ Text / Nina Köhler und Stefanie Thees

Seit 2019 besteht das ersatzkassengemeinsame Angebot MEHRWERT:PFLEGE, bei dem Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen individuell zum betrieblichen Gesundheitsmanagement beraten werden. Vor allem in dieser

Branche wurden und werden die Beschäftigten während der Corona-Pandemie mit verschiedenen Herausforderungen im Arbeitsalltag konfrontiert, die sich nicht nur auf neue Hygiene- und Schutzvorkehrungen, wie das Tragen von Masken oder Schutzkleidung, beziehen. Es entstanden zuweilen in Pflegeeinrichtungen vollkommen neue Situationen, die es zu meistern galt. So mussten beispielsweise die Fragen beantwortet werden, wie mit demenziell erkrankten Patienten in Quarantäne umzugehen ist oder wie neue Kontaktmöglichkeiten mit den Angehörigen geschaffen werden können. Zudem wurden viele Stellschrauben in der Arbeitsorganisation bewegt. In der ambulanten Pflege wurden zum Beispiel die Touren dahingehend umgeplant, dass die Anzahl an Kontakten möglichst gering gehalten wurde. Dies gelang dadurch, dass die Beschäftigten möglichst immer die gleichen Menschen in ihrer Häuslichkeit betreuen.

Im Rahmen von MEHRWERT:PFLEGE hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit seinem sogenannten Corona-Sofortangebot kostenfrei unbürokratisch und virtuell Unterstützung initiiert. Es wird seit Anfang April

an Krankenhäuser, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste adressiert. Ziel ist es, die Beschäftigtengesundheit auch während einer Akutsituation nicht aus dem Auge zu verlieren. Es richtet sich sowohl an Führungskräfte als auch an Mitarbeitende. Die spezifischen Beratungsthemen werden bedarfsbezogen mit den Einrichtungen abgestimmt, sodass diese anlassbezogen Hilfestellungen erhalten.

**Die Praxis hat gezeigt, dass das Sofortangebot von den Organisationen gut angenommen wird.** Die Beratungsanlässe sind dabei sehr verschieden. Unter dem Titel „Den Prozess der Unsicherheit managen“ werden Führungskräfte beispielsweise zur gesundheitsgerechten Führung in Krisensituationen beraten. Die Führungskräfte stehen vor der Herausforderung, die Mitarbeitenden zu motivieren, trotz steigender Corona-Zahlen ihre Arbeit zu erbringen außerhalb der Möglichkeiten von Homeoffice und ihnen zugleich die Angst vor Ansteckung zu nehmen – dies gelingt durch die Einhaltung von Hygienestandards, aber auch durch eine achtsame Kommunikationskultur. Es fällt den Beschäftigten zudem nicht immer leicht, lang bewährte Arbeitsabläufe an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Im Rahmen des Angebots werden die Führungskräfte dazu befähigt, auf ihre eigenen Erfahrungen und Ressourcen in Krisensituation zurückzugreifen und dies auf die Corona-Situation zu übertragen. So kann die Ruhe und Ausgeglichenheit im Führungsverhalten bewahrt und die Krisensituation gesteuert werden.

Die Beratungspraxis zeigt außerdem, dass unter den Beschäftigten Krankheitsängste ein relevantes Thema sind, einerseits vor der Ansteckung mit dem Coronavirus, andererseits vor einer möglichen Übertragung auf andere Personen. Im Rahmen des Angebots wird eine Möglichkeit geschaffen, mit der Arbeitsverdichtung bzw. eigenen Belastung umzugehen, die Ängste zu reduzieren und den Zusammenhalt im Team durch den gemeinsamen Austausch zu stärken. Die Erfahrungen des Corona-Sofortangebots verdeutlichen, dass es wichtig ist, neue Belastungssituationen anzusprechen und das Befinden der Beschäftigten im Blick zu halten. ■

[www.mehrwert-pflege.com](http://www.mehrwert-pflege.com)



Stefanie Thees  
Abteilung Gesundheit  
beim vdek



Nina Köhler  
Abteilung Gesundheit  
beim vdek



**MEHRWERT:  
PFLEGE**

EIN ANGEBOT DER ERSATZKASSEN



VDEK-ZUKUNFTSPREIS

# Lebensphasen im Fokus

Die Gewinner des vdek-Zukunftspreises 2020 stehen fest: Der mit insgesamt 20.000 Euro dotierte Preis geht an ein ambulantes Pflegeprojekt, ein Weiterbildungsprogramm für angehende Kinderärzte sowie an ein Projekt, das Ehrenamt und Gesundheitsversorgung im Krankenhaus zusammenbringt. Eine fachkompetente Jury aus Vertretern von Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen unter Vorsitz von Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), bewertete die versorgungspolitische Relevanz der eingereichten Konzepte. Um die Auszeichnung der Sozialen Selbstverwaltung der Ersatzkassen hatten sich 70 Projekte beworben.



verlässliches informelles Netzwerk für jeden Patienten auf. Damit erlangen Patienten und Pflegebedürftige größtmögliche Autonomie zurück und stärken ihre eigenen Fähigkeiten. Das 2018 ins Leben gerufene Projekt „Buurtzorg in Deutschland“ ist an den erfolgreich praktizierten Buurtzorg-Ansatz in den Niederlanden angelehnt.

**Mit dem zweiten Preis (7.000 Euro) würdigt die Jury den Weiterbildungsverbund Pädiatrie Schleswig-Holstein für ein Schulungsprogramm, das sich an angehende Ärzte richtet. Die Mediziner lernen während ihrer fachärztlichen Weiterbildung in der Klinik verstärkt Bereiche der ambulanten Versorgung von Kindern kennen. Darunter sind Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, die Elternberatung und die Behandlung chronischer Erkrankungen. Diese Aufgaben kommen im Klinikalltag eher selten vor. Auch die kind- und familiengerechte Kommunikation ist Gegenstand der Weiterbildung.**

**Den mit 3.000 Euro dotierten dritten Preis erhält das Diakoneo Diak Klinikum Schwäbisch Hall für sein Projekt „Altersgerechte Krankenhausstruktur – Ehrenamtliche unterstützen“. Die Klinik arbeitet eng mit Ehrenamtlichen zusammen, die den Krankenhausaufenthalt insbesondere für alte und schwer erkrankte Menschen sowie deren Angehörigen erleichtern.**

**D**en mit 10.000 Euro dotierten ersten Preis erhält die Gesellschaft „Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege“ aus Münster. Buurtzorg (niederländisch für Nachbarschaftshilfe) ist ein ambulantes Pflegeprojekt, das Pflegekräften mehr Eigenverantwortung gibt. Die Pfleger werden dabei zu „Pflegermanagern“, sie organisieren und koordinieren die Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen im sozialen Umfeld der Betroffenen. Dies erfolgt in enger Abstimmung mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, unter Einbeziehung ehrenamtlicher Unterstützung. Schritt für Schritt baut das Team der Pflegemitarbeiter von Buurtzorg ein



1. PREIS

## Buurtzorg in Deutschland – die neue ambulante Pflege

Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH, Münster

**BUURTZORG**<sup>TM</sup>  
Nachbarschaftspflege

Buurtzorg, niederländisch für Nachbarschaftshilfe, ist eine Organisation, deren Pflegekräfte Menschen in kleinen, selbst organisierten Teams (zehn bis zwölf Personen) betreuen. Die Pflegekräfte achten darauf, dass der Mensch in seinem sozialen Umfeld eingebettet bleibt und möglichst viel Unterstützung von dort bekommt.

### ZIELE

- Verbesserung der Lebensumstände der Patienten: Erhaltung der Autonomie und Teilhabe
- Höhere Zufriedenheit der Pflegekräfte durch mehr Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit
- Gegenwärtigem Trend des Pflegenotstands entgegenwirken; Qualität der Versorgung sichern

2. PREIS

## Stärkung der pädiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein

Weiterbundungsverbund  
Pädiatrie Schleswig-Holstein;  
Beauftragter: Dr. Weiß-Becker



Verbundweiterbildung im Rahmen der Facharztausbildung von klinischen und grundversorgenden Inhalten der Pädiatrie (Kinderheilkunde) unter Einsatz eines digitalen Weiterbildungscurriculums (E-Learning).

### ZIELE

- Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung und Abbau von Berührungsängsten zur ambulanten Grundversorgung
- „Echte Praxis“ schon in der Weiterbildung erfahren, da ambulante Themen erlebt werden, angefangen von der Prävention über chronische Erkrankungen bis hin zur kind- und familiengerechten sowie kultursensitiven Kommunikation.
- Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

3. PREIS (Achtungspreis)

## Altersgerechte Krankenhausstruktur – Ehrenamtliche unterstützen

Diak Klinikum Schwäbisch Hall

Professionelle Einbindung von Ehrenamtlichen in die Klinikstruktur im Rahmen von sechs Projekten: Ehrenamtsgruppe Demenz-Delir, Grüne Damen (seit 1974), Sitzwachen, Lotsendienst, Parkinsonchor (gesund und krank), Café Lichtblick für schwer Erkrankte und ihre Angehörigen.

### ZIELE

- Erleichterung des Krankenhausaufenthalts insbesondere für alte, kognitiv eingeschränkte oder lebensverkürzt erkrankte Menschen zur Verbesserung des Genesungsverlaufs und Vermeidung von längerer Liegedauer oder erhöhtem Betreuungsaufwand
- indirekt: Fürsorge- und Aufsichtspflicht des Pflegepersonal wird unterstützt; Stresspegel des Personals gesenkt

„Pflegekräfte erhalten bei Buurtzorg zusätzliche Handlungskompetenzen, was die Zufriedenheit und die Attraktivität des Berufs steigern kann. In Zeiten des Fachkräftemangels ist das ein besonders sinnvoller Ansatz. Gleichzeitig kann das Projekt dazu beitragen, dass Pflegebedürftige sich ihre Autonomie lange erhalten und im gewohnten Umfeld versorgt werden.“

Uwe Klemens zum  
Projekt „Buurtzorg  
in Deutschland“

 **diakoneo**  
**DIAK KLINIKUM**





Unterstützt werden die ehrenamtlich Tätigen von einem interdisziplinären Team aus Klinikseelsorge, Ärzten und Pflegekräften.

**Die diesjährige Jury-Sitzung zum vdek-Zukunftspreis fand aufgrund der Corona-Pandemie als Videokonferenz statt.** Die Auszeichnungen werden von den vdek-Landesvertretungen vergeben, sobald dies die allgemeinen Kontaktvorgaben erlauben.

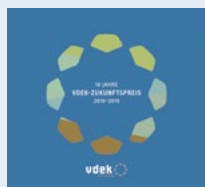
Der vdek-Zukunftspreis ist eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Er wurde erstmals 2010 ausgelobt. Mit dem Preis möchten die bei den Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter Projekte und Ideen unterstützen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen. ■

*„Das Programm des Weiterbildungsverbands kann dazu beitragen, bei jungen Medizinerinnen das Interesse für eine Niederlassung als Kinderarzt zu wecken. Zudem bereitet es den Nachwuchs sehr gut für die Arbeit als Kinderarzt in der ambulanten Versorgung vor.“*

Uwe Klemens zu Stärkung der pädiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein

*„Die gute Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen mit Ärzten und Pflegekräften hat uns überzeugt. Das Projekt dient in besonderem Maß dem Wohl der Patienten. Deswegen ist es aus unserer Sicht preiswürdig.“*

Uwe Klemens zum Projekt „Altersgerechte Krankenhausstruktur – Ehrenamtliche unterstützen“



Seit 2010 prämiiert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit dem vdek-Zukunftspreis herausragende Projekte zur Verbesserung der Versorgung, insbesondere solche, die die sich ändernden Versorgungsbedarfe in einer älter werdenden Gesellschaft in den Blick nehmen. Steigende Lebenserwartung, eine veränderte Altersstruktur, zunehmende Multimorbidität, die Alterung der Migrationsgeneration: All das sind Themen unserer Zeit – die der vdek in den vergangenen zehn Jahren auch zu Themen seiner Ausschreibungen gemacht hat. Zahlreiche Initiativen und Einrichtungen haben Antworten gesucht und eindrucksvolle Lösungen gefunden. Anlässlich des Jubiläums „10 Jahre vdek-Zukunftspreis“ hat der vdek im letzten Jahr eine Jubiläumsbrochure erstellt, in der er die prämierten Projekte der vergangenen Jahre vorstellt.

## Jurymitglieder für den vdek-Zukunftspreis 2020

**Uwe Klemens** (Juryvorsitz)  
Ehrenamtlicher Vorsitzender des vdek, Mitglied der Sozialen Selbstverwaltung beim vdek (Foto)



Foto: vdek/Georg J. Lapota

**Prof. Dr. Attila Altiner**  
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock

**Anke Fritz**  
Klinikdirektorin Celenus Klinik Carolabad, Versichertenvertreterin in der Sozialen Selbstverwaltung bei der KKH

**Dr. Regina Klakow-Franck**  
Stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

**Dr. Monika Schliffke**  
Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke**  
Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

**Christian Zahn**  
Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Mehr Informationen unter [www.vdek.com/ueber\\_uns/vdek-zukunftspreis](http://www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftspreis)

EINWURF

# Lehren für die Zukunft

Das deutsche Gesundheitswesen hat Stärke in der Coronakrise bewiesen. Doch wir leben in einer hochglobalisierten Welt – sie ist ein Nährboden für zukünftige Epidemien und Pandemien. Diese sollten zwar gar nicht erst entstehen – aber wenn doch, können wir noch einiges verbessern, um zukünftige gesundheitspolitische Herausforderungen leichter zu bewältigen.

/ Text / **Ulrike Elsner**

Die Pandemie hat gezeigt, wie wir der Digitalisierung hinterherhinken. Die Fax-Übermittlung von Covid-19-Befunden an die Gesundheitsämter, eine Corona-Warn-App, die hinter ihren Möglichkeiten bleibt – wertvolle Zeit geht bei der Corona-Bekämpfung verloren. Doch die Pandemie hat auch einen digitalen Schub ausgelöst, wie man an der zunehmenden Normalisierung von Videosprechstunden, dem Aufbau von Melde-registern oder der Bereitstellung digitaler Präventionsangebote erkennt. Durch das geplante dritte Digitalgesetz sollen Videosprechstunden nun auch auf Physiotherapeuten, Hebammen und in der Notfallversorgung ausgedehnt und nicht-ärztliche Akteure an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Alles richtig. Das Potenzial digitaler Technologien müssen wir noch stärker im Sinne der Patientensicherheit nutzen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ab 2021 hat ein solches Potenzial. Verzögerungen darf es hier keine weiteren geben. Datenschutz ist wichtig, aber er darf nicht über den Patientennutzen gestellt werden. Einen Digitalisierungsschub muss ebenso der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) erfahren – das betrifft sowohl die technische Ausstattung als auch (Daten-)Kommunikationswege. Stift und Papier sind nicht mehr zeitgemäß.

Die Corona-Pandemie hat in Deutschland nicht zu einem Zusammenbruch der

ambulant und stationären Versorgung geführt. Zu verdanken ist dies unserem gut ausgebauten Gesundheitssystem, einer funktionierenden gemeinsamen Selbstverwaltung und der Errichtung finanzieller Schutzschirme für Leistungserbringer. Trotzdem brauchen wir strukturelle Veränderungen. In der Krankenhausversorgung hat sich gezeigt, dass 70 Prozent der Corona-Patienten in nur 25 Prozent der 1.700 Kliniken in Deutschland behandelt werden. Schwerkranke Patienten benötigen eine intensivmedizinische Versorgung, die kleine Krankenhäuser nicht bereitstellen können. Gerade in Hinblick auf die Versorgungsqualität brauchen wir daher einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess bei den Krankenhäusern, der verbunden wird mit einer besseren Notfallversorgung und einer ambulant-stationären Vernetzung in der Grundversorgung. Die intensivmedizinische Versorgung von Corona-Patienten macht außerdem deutlich, welche wichtige Rolle dabei auch die Sicherstellung der Pflege spielt. Wir brauchen eine Debatte um die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Versorgungsstrukturen – das deutsche Gesundheitssystem muss hier besser werden! Und natürlich müssen wir als Gesellschaft vorbereitet sein – Notfall- und Pandemiepläne müssen gelebt und evaluiert werden, es bedarf einer gewissen Bevorratung an Schutzmaterialien und Hygieneartikeln sowie der Bereitschaft, dies mit einem Finanzbudget abzusichern! ■



**Ulrike Elsner**  
Vorstandsvorsitzende  
des vdek

*Ihre Meinung interessiert uns! Schreiben Sie uns, was aus den Erfahrungen mit der Corona-Pandemie gelernt werden kann.*

[redaktion@vdek.com](mailto:redaktion@vdek.com)



#EU2020TK

# Europäische Spielregeln für Gesundheitsdaten

Wie muss ein Verhaltenskodex für Gesundheitsdaten aussehen, in dem sich die europäischen Wertvorstellungen – in Abgrenzung zu den USA einerseits und China andererseits – ausdrücken? Diese Frage verbunden mit einem europäischen Datenraum war zentrales Thema der TK-Digitalkonferenz „Digitale Grundrechte in der EU“ im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft.

/ Text / Dorothee Meusch

**D**ie Rasanz, mit der sich die Digitalisierung entwickelt, führt vor Augen, wie wichtig es ist, sich mit den Fragen des Umgangs mit Gesundheitsdaten zu beschäftigen. Es werden immer mehr Daten generiert,

die immer leichter verfügbar und verknüpfbar sind. Und diese Entwicklung steht erst an ihrem Anfang. Umso relevanter, dass es sich die Bundesregierung für die deutsche EU-Ratspräsidentschaft auf die Fahnen geschrieben hatte, einen „Code of Conduct“ voranzutreiben: einen Verhaltenskodex, der auf Basis der europäischen Wertvorstellungen unseren Umgang mit Gesundheitsdaten beschreibt. Die internationale und interdisziplinäre Konferenz der Techniker Krankenkasse (TK) war Teil des assoziierten Programms im Rahmen der Ratspräsidentschaft.



**Dorothee Meusch**  
Beauftragte für interdisziplinäre Zukunftsfragen der Patientenversorgung bei der TK

Dass Corona der Digitalisierung im Gesundheitswesen einen spürbaren Schub gegeben hat, hob Thomas Ballast, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der TK, hervor: „Widerstände sind weniger geworden, zugleich hat der Stellenwert von Wissen, das über Daten generiert wird, nochmals zugenommen.“ Heute seien Daten maximal auf nationaler Ebene verfügbar, aber auch hier gebe es noch nicht allzu viele zentrale Datenbestände. „Digitalisierung lebt aber auch von Skalierung“, daher sei ein europäischer Datenraum so wichtig – und zugleich ein Code of Conduct, um die Nutzung von Daten in einer für alle akzeptierten Weise zu ermöglichen.

**Für das Bundesgesundheitsministerium unterstrich Dr. Gottfried Ludewig**, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation, den Nutzen von Digitalisierung, nämlich Krankheiten schneller zu erkennen und Behandlungen besser und präziser zu machen. Forschung und das Erkennen von Zusammenhängen setze die Verfügbarkeit von Daten voraus: „Die schnelle Entwicklung von Behandlungsmethoden ist nicht denkbar, ohne dass Daten digital zusammengeführt werden.“ Daher sei es so wichtig, verlässliche europäische Strukturen zu schaffen, um Europa voranzubringen. Neben den großen Vorhaben brauche es aber auch ein „Europa der Pioniere“, der kleinen Projekte, die konkret in schnellen Ergebnissen den Mehrwert von Digitalisierung zeigen könnten. „Digitalisierung ist keine Spielerei.“ Sie stelle vielmehr die Grundlage der kompletten zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens dar.

## Digitalisierung muss den Menschen nutzen

Digitalisierung nicht als Selbstzweck, sondern weil sie dem Patienten nutzt, so skizzierte Dr. Jens Baas, TK-Vorstandsvorsitzender, das digitale Leitbild der TK. Zum einen bedeute die Digitalisierung den nächsten großen Schub in der Medizin. Außerdem biete sie eine Möglichkeit der „Daten-Selbstbestimmung“, die der Patient bisher gar nicht habe. Digitalisierung sei eine echte „Datenschutz-Chance“. Mit Blick auf gänzlich andere Wertvorstellungen als die europäische betonte er: „Wir müssen Angebote

machen, die den Datenschutz in den Vordergrund stellen und die Menschen davon abhalten, Angebote aus den USA oder China zu nutzen.“ Die Herausforderungen könne man nur im europäischen Verbund lösen.

**Um die europäische Perspektive zu beleuchten, war Claire Bury, die stellvertretende Generaldirektorin Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der EU-Kommission, zugeschaltet.** Sie unterstrich die Bedeutung eines europäischen Datenraums, zum Beispiel weil die Bürger heute keinen leichten, elektronischen Zugriff auf und Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten hätten und sie auch den Ärzten ihrer Wahl übermitteln könnten – unter anderem mit der Folge unnötiger Doppeluntersuchungen. Es brauche ein klares europäisches Konzept für die Frage, wie Gesundheitsdaten genutzt werden dürfen. Ein Kodex müsse dies eindeutig regeln, und die EU werde seine Entwicklung finanziell unterstützen. Ab 2021 solle es „öffentliche Konsultationen“ hierzu geben. Bury hob hervor: „Technologie ist nicht für sich selbst da, sondern muss sich daran messen lassen, was sie den Menschen bringt.“

### Ethische Fragen und finnische Erfahrungen

Die ethischen und rechtlichen Aspekte beleuchtete Prof. Dr. Christiane Wendehorst, die Co-Sprecherin der Datenethikkommission. Sie hob hervor, dass ein hohes Schutzniveau für den Einzelnen keine Abstriche an einem innovationsfreundlichen Klima bedeute. Wichtig seien die strikte Einhaltung geltenden Rechts, die konsequente Ausrichtung an europäischen Werten und das Bemühen um robuste technische Rahmenbedingungen. Der Einzelne brauche Rechtssicherheit, um sich sorglos in der digitalen Welt zu bewegen. Sie plädierte für eine Kombination aus „Whitelisting“ für gemeinwohlfördernde Datennutzung (zum Beispiel im Bereich Künstliche Intelligenz) und einem „Blacklisting“ von Nutzungen, die dem Einzelnen schaden (Unfair Algorithmic Practices Approach).

Finnland gehört zu den Vorreitern der Digitalisierung, daher war Dr. Sari Palojoki aus der Abteilung für Digitalisierung und Informatik

aus dem Gesundheitsministerium in Helsinki zugeschaltet. Die Gesundheitsinformationssysteme seien stufenweise entwickelt worden: von der lokalen über die regionale zur nationalen Ebene. Rückblickend, so Palojoki, hätte man zu Beginn manches anders machen müssen, zum Beispiel auf eine größere Patientenorientierung achten. Aber das System funktioniere und ermögliche auch weitergehende Perspektiven. Parallel habe Finnland über Jahrzehnte seine Gesetzgebung weiterentwickelt, „weil die Welt um uns herum sich schnell verändert.“ Verordnungen liegen nur noch elektronisch vor, und der Patient kann – nach elektronischer Identifikation – seine Daten sehen und hat auch Einblick, wer Zugang zu ihnen hat und was mit ihnen geschieht. Alles entscheidend sei letztlich eine funktionierende Datenschutzgesetzgebung als Grundlage für das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger.

**Die Digitalkonferenz zeigte, wie dringlich es ist, einen europäischen Datenraum zu schaffen und mit einem Verhaltenskodex zu flankieren, der eindeutig ist und einheitlich gehandhabt wird.** Nur so lässt sich die Nutzung von Gesundheitsdaten – unerlässlich für den medizinischen Fortschritt und eine bessere Patientenversorgung – auf der Basis europäischer Wertvorstellungen verankern. Die rasante Entwicklung der Digitalisierung wird hoffentlich auch die Mühlen der EU zur Eile mahnen. ■■

[www.eu2020.tk.de](http://www.eu2020.tk.de)

*Die rasante Entwicklung der Digitalisierung wird hoffentlich auch die Mühlen der EU zur Eile mahnen.*







BARMER

## Diabetes vor allem in Ostdeutschland

Immer mehr Menschen in Deutschland leiden unter Diabetes Typ 1 und 2. Während im Jahr 2014 rund 6,89 Millionen Personen, also 8,48 Prozent der Bevölkerung, die Zuckerkrankheit hatten, waren es im Jahr 2019 bereits 7,66 Millionen Betroffene. Das entspricht 9,21 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sowie einer Zunahme um etwa 777.000 Personen oder knapp acht Prozent. Dies geht aus dem aktuellen Diabetes-Atlas der BARMER hervor.



Foto: New Africa@Adobe Stock

„Die deutliche Steigerung der Diabeteserkrankten ist alarmierend. Dabei gibt es mit gesunder und ausgewogener Ernährung eine einfache und wirksame Möglichkeit, vor allem dem Diabetes Typ 2 vorzubeugen. Hier benötigen die Bürgerinnen und Bürger offensichtlich noch mehr Unterstützung. Es ist höchste Zeit für eine verpflichtende und leicht verständliche Nährwertkennzeichnung an Lebensmitteln“, fordert der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub. Erforderlich sei eine einfache Übersicht zum Beispiel über den Zucker- und Fettgehalt in Lebensmitteln.

Wie aus der Analyse weiter hervorgeht, tritt Diabetes mellitus verstärkt in den ostdeutschen Bundesländern auf. Die höchsten Prävalenzraten gab es im vergangenen Jahr in Sachsen-Anhalt mit 11,7 Prozent, Sachsen (11,5 Prozent) und Brandenburg (11,3 Prozent). Dagegen diagnostizierten die Ärztinnen und Ärzte nur bei 7,9 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner von Schleswig-Holstein und 8,2 Prozent in Baden-Württemberg die Zuckerkrankheit. *pm*

[www.barmar.de](http://www.barmar.de)

DAK-GESUNDHEIT

## Höhere Bildung – geringere Corona-Angst

Jeder dritte Bundesbürger fürchtet sich aktuell vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage des Forsa-Instituts im Auftrag der DAK-Gesundheit. Besonders älteren Menschen bereitet das Virus Sorgen: Fast jeder Zweite ab 60 Jahren hat Angst vor Covid-19. Bundesweit sind es 37 Prozent. Trotzdem beachten acht Prozent der Deutschen die Corona-Schutzregeln nicht.

**Seit zehn Jahren untersucht das Forsa-Institut für die DAK-Gesundheit regelmäßig die Angst vor Krankheiten in Deutschland.**

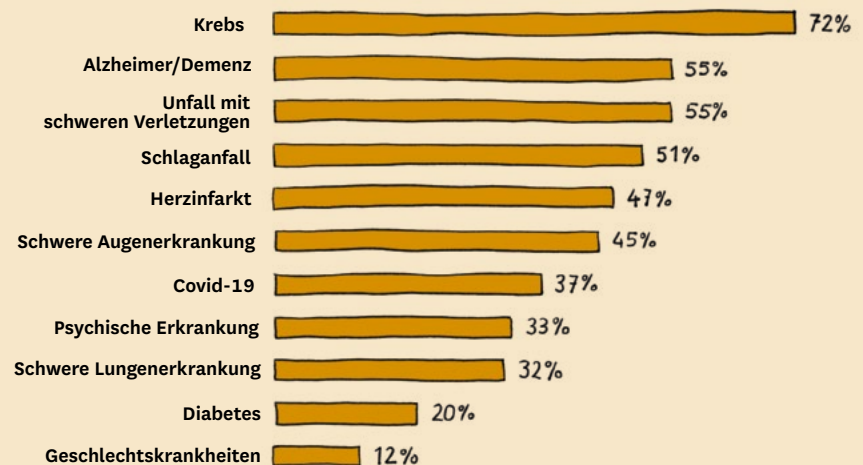
Am meisten fürchten sich die Deutschen auch in diesem Jahr mit 72 Prozent vor Krebs. Platz 2 und 3 teilen sich Alzheimer/Demenz und Unfälle mit schweren Verletzungen mit jeweils 55 Prozent. Es folgen die Angst vor einem Schlaganfall (51 Prozent), einem Herzinfarkt (47 Prozent) und einer schweren Augenkrankheit bis hin zur Erblindung (45 Prozent). Vor dem Hintergrund der zweiten Corona-Welle ist die Furcht vor einer schweren Lungenerkrankung deutlich

ausgeprägter als in den vergangenen zehn Jahren. Jeder Dritte (32 Prozent) hat aktuell Angst vor einer Lungenkrankheit. 2019 waren es 21 Prozent. Ebenfalls auffallend: Mit steigendem Bildungsniveau sinkt die Angst vor Covid-19. So fürchtet sich mehr als jeder Zweite mit Hauptschulabschluss vor dem Coronavirus, aber nur gut jeder Dritte mit Abitur. Insgesamt haben Frauen mit 41 Prozent häufiger Angst vor Covid-19 als Männer (32 Prozent). Am größten ist die Furcht dabei in Nordrhein-Westfalen (41 Prozent), am geringsten in Norddeutschland (33 Prozent).

**Grundsätzlich fühlen sich die Deutschen gesund:** Die deutliche Mehrheit (89 Prozent) bewertet ihren Gesundheitszustand als gut (61 Prozent) oder sehr gut (28 Prozent). Bei den 14- bis 29-Jährigen sind es sogar 94 Prozent. Dabei sind Frauen aktiver im Bereich Prävention. So nehmen 73 Prozent der Bundesbürgerinnen Krebs-Vorsorgeuntersuchungen wahr. Bei Männern sind es nur 47 Prozent. *pm*

[www.dak.de](http://www.dak.de)

## Vor diesen Krankheiten haben die Deutschen 2020 am meisten Angst



Quelle: Forsa-Institut im Auftrag der DAK-Gesundheit



KKH

## Fest-Stress im Wandel

Die Corona-Pandemie stellt das Leben der meisten Menschen völlig auf den Kopf – auch in der Weihnachtszeit: Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse führt die Krise zu einem veränderten Stressempfinden rund um die Feiertage. Während sich weniger Druck durch volle Innenstädte und den Anspruch an ein perfektes Fest aufbaut, steht nun die Angst vor dem Krankwerden ganz oben auf der Stress-Skala: Die Mehrheit der Befragten (54 Prozent) belastet die Sorge, dass ein Familienmitglied die Feiertage im Bett oder gar im Krankenhaus verbringen muss – sei es wegen Corona oder einem anderen Leiden.

### **Psychisch belastend ist für viele außerdem die Angst vor der Einsamkeit an Weihnachten:**

41 Prozent befürchten, das Fest wegen der Pandemie im kleineren Kreis oder gar allein feiern zu müssen. Jeden Vierten belastet wiederum die Sorge, über die Feiertage möglicherweise nicht verreisen zu können (23 Prozent). Und die Weihnachtseinkäufe? Jeder Fünfte fühlt sich unter Druck gesetzt, diese trotz Ansteckungsgefahr in den Geschäften erledigen zu müssen.

Nicht nur Weihnachten, sondern auch der Jahreswechsel wird wohl in diesem Jahr weniger gesellig ausfallen. Stimmungskiller Nummer eins ist die Befürchtung, wegen Corona auf das gemeinsame Anstoßen mit Verwandten und Freunden verzichten zu müssen. Das geben 56 Prozent der Befragten an. Knapp die Hälfte sieht darüber hinaus keine Chance für eine große Silvesterparty.

**Unabhängig von politischen Entscheidungen rät die KKH, die persönlichen Kontakte auch zu Weihnachten und Silvester auf ein Minimum zu reduzieren** und sich stattdessen beispielsweise per Telefon oder Videochat auszutauschen. Denn laut Virologen können große Weihnachts- und Silvestertreffen nicht nur, wie in der Vergangenheit, für eine stärkere Ausbreitung der Grippe sorgen, sondern auch die Corona-Fälle in die Höhe treiben. *pm*

[www.kkh.de](http://www.kkh.de)

BARMER

## Zehntausende Pflegekräfte mehr sind möglich



Foto: Africa Studio/Shutterstock

Der Pflegenotstand in Deutschland ließe sich durch bessere Arbeitsbedingungen deutlich abmildern. Auf einen Schlag gäbe es 26.000 Pflegekräfte mehr, wenn die Arbeitssituation und damit einhergehend die Gesundheit der Pflegerinnen und Pfleger besser wären. Das geht aus dem BARMER-Pflegereport hervor, der am 1. Dezember 2020 in Berlin vorgestellt wurde. Demnach sind Pflegekräfte in Deutschland deutlich häufiger krank und werden öfter frühverrentet als viele andere Berufstätige.

Wie groß der Handlungsbedarf in der Pflege ist, verdeutlicht der Pflegereport auch mit Blick auf den Krankenstand. So fehlte jede krankgeschriebene Altenpflegefachkraft in den Jahren 2016 bis 2018 im Schnitt 18,6 Tage und damit 40 Prozent länger als Beschäftigte in sonstigen Berufen (13,3 Fehltag).

**„Pflegekräfte haben vor allem lange Fehlzeiten aufgrund von psychischen Problemen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen“,** sagte Studienautor Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen. So wiesen Beschäftigte in der Altenpflege etwa 80 bis 90 Prozent mehr Fehltag aufgrund von Depressionen auf als Erwerbstätige in sonstigen Berufen. Rückenschmerzen verursachten bei Fachkräften in der Altenpflege knapp 96 Prozent und bei Hilfskräften etwa 180 Prozent mehr Fehltag als in anderen Berufen. „Die Arbeitsbedingungen in der Pflege können nicht so bleiben, wie sie sind. Hier sind die Arbeitgeber in der Pflicht, neben geregelten Arbeitszeiten stärker auf Vorsorge zu setzen“, sagte Rothgang. *pm*

[www.barmer.de](http://www.barmer.de)

KKH

## Sprachprobleme: Jungen stärker betroffen

Laut aktuellem Beschluss von Bund und Ländern bleiben Schulen während der Corona-Pandemie grundsätzlich weiter offen. Eine wichtige Entscheidung, schließlich sind Schulen für Kinder und Jugendliche entscheidende Orte für den Erwerb von Kernkompetenzen. Dazu zählt beispielsweise das Erlernen von Sprache und präziser Kommunikation. Laut Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse werden bei immer mehr Kindern und Jugendlichen Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert. So stieg die Zahl der betroffenen 6- bis 18-Jährigen von 2009 auf 2019 um rund 56 Prozent.

**Zu Störungen der Sprachentwicklung zählen Wortschatzdefizite, Schwierigkeiten, bestimmte Laute zu artikulieren** oder auch Sätze zu bilden und zu verstehen. Auch immer mehr ältere Kinder und Jugendliche benötigen eine sprachtherapeutische Behandlung. So nahm die Zahl der betroffenen 11- bis 14-Jährigen von 2009 auf 2019 um 117 Prozent zu, die der 15- bis 18-Jährigen sogar um 142 Prozent. Zum Vergleich: Bei den 6- bis 10-Jährigen liegt das Plus bei 47 Prozent. Jungen sind deutlich häufiger betroffen. So zeigt die KKH-Auswertung, dass jeder elfte Junge im schulpflichtigen Alter Schwierigkeiten mit der Sprache oder dem Sprechen hat; bei den Mädchen ist es jedes achtzehnte.

Die Ursachen für Sprachentwicklungsstörungen bei Heranwachsenden sind unterschiedlich. Eine Hörstörung kann ebenso eine Rolle spielen wie Erbkrankheiten oder auch mangelnde Sprachförderung in der Familie. Zudem können zu viele Stunden vor dem Fernseher, PC und mit dem Smartphone in der Hand die Symptome verstärken. Dasselbe dürfte für das während der Corona-Krise eingeführte Homeschooling gelten, bei dem an die Stelle des direkten kommunikativen Austausches mit Lehrern und Mitschülern die Arbeit daheim allein am PC tritt. Das kann der allgemeinen Sprachkompetenz schaden, die dadurch weniger trainiert wird. *pm*

[www.kkh.de](http://www.kkh.de)



DIGITALGESETZ

# Mehr Möglichkeiten für Videosprechstunden

Mit dem dritten Digitalgesetz in etwas mehr als einem Jahr möchte der Gesetzgeber telemedizinische Behandlungsformen weiter ausbauen und unter anderem mehr Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur anschließen. Außerdem sollen nach den Digitalen Gesundheitsanwendungen auch Pflege-Apps Einzug in die Versorgung halten.

/ Text / Björn-Ingemar Janssen

**E**in wichtiger Bestandteil des Referentenentwurfs zum Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) ist die Erweiterung der Videobehandlung in verschiedenen Leistungsbereichen. Im vertragsärztlichen Bereich sind Videosprechstunden längst angekommen. So hatten die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits im letzten Jahr die Anwendungsbereiche für Videokontakte erheblich ausgeweitet. Zusätzlich erhalten Arztpraxen, die regelmäßig solche Sprechstunden anbieten, seit Oktober 2019 eine zusätzliche Anschubfinanzierung. Diese Rahmenbedingungen haben dazu beigetragen, dass die ambulante Versorgung in Deutschland während der Corona-Pandemie auf einem hohen Niveau gehalten werden konnte. Nach Zahlen der KBV wurden allein bis zum 30. Juni 2020 fast 1,25 Millionen

Videosprechstunden durchgeführt. Mit dem DVPMG wird die gemeinsame Selbstverwaltung nun beauftragt, weitere geeignete Anwendungsmöglichkeiten zu prüfen, zum Beispiel im Rahmen der Versorgung zu Sprechstundenfreien Zeiten. Außerdem sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Versicherten bei der Suche nach Ärzten unterstützen, die diesen Service anbieten.

**Auch im Heilmittelbereich und bei der Hebammenversorgung** waren während der Pandemie Ausnahmeregelungen geschaffen worden, die eine Videobehandlung ermöglichen. Der Referentenentwurf sieht an dieser Stelle nun dauerhafte Regelungen vor. Hier gilt aus Sicht der Ersatzkassen das Gleiche wie im ärztlichen Bereich: Überall dort, wo es medizinisch und therapeutisch sinnvoll ist, soll diese Alternative zum persönlichen Kontakt ermöglicht werden. Der gewohnte Besuch beim Arzt, beim Physiotherapeuten oder durch die Hebamme wird daneben auch weiterhin möglich und in vielen Fällen sinnvoll sein.

**Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz haben Versicherte Anspruch auf Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** zur Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten. Bisher wurden fünf DiGA in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen, weitere dürften kurzfristig folgen. Der Referentenentwurf des DVPMG nimmt an einzelnen Stellen Anpassungen oder Erweiterungen vor, beispielsweise im Zusammenspiel mit Leistungen von Heilmittelbringern und Hebammen, aber auch durch Übermittlung von Daten aus Hilfsmitteln oder Implantaten. Ein wichtiger Kostenfaktor bleibt jedoch bisher unangetastet: Die Möglichkeit des Herstellers, im ersten Jahr nach Zulassung den Preis eigenständig festzulegen. Hier muss der Gesetzgeber dringend reagieren und einen zwischen GKV-Spitzenverband und Hersteller verhandelten Preis vom ersten Tag an als maßgeblich festsetzen.

## Neue Anwendungen in der Pflege

Genau dieser Weg würde übrigens bei den sogenannten DiPA beschritten, den Digitalen Pflegeanwendungen. Auf Antrag bei der Pflegekasse können zukünftig spezielle digitale



Björn-Ingemar Janssen  
Beauftragter für Digitale  
Versorgung beim vdek

Produkte, die bei der Pflege unterstützen, genutzt werden. Im Zusammenhang mit der Anwendung anfallende pflegerische Unterstützungsleistungen werden im Umfang von bis zu 60 Euro monatlich von der Pflegekasse übernommen. Die Prüfung der DiPA erfolgt dabei auf vergleichbarem Wege wie bei DiGA: Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und bei Nachweis der Wirksamkeit Aufnahme in ein entsprechendes Verzeichnis. Ein wichtiger Unterschied: Der zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband verhandelte Preis gilt bereits ab Aufnahme in das Verzeichnis. Dadurch besteht Hoffnung, dass in diesem Bereich von Beginn an ein gesundes Kosten-Nutzen-Verhältnis vorherrschen wird. Denn eines ist klar: Wenn gute Anwendungen Pflegebedürftige und Pflegende unterstützen und Menschen dazu verhelfen, länger selbständig zu bleiben, ist ein wichtiges Ziel erreicht.

**D**ie Telematik-Infrastruktur (TI) soll sich immer mehr zur Datenautobahn des Gesundheitswesens entwickeln: Daher sieht das DVPMG auch die Anbindung von Heil- und Hilfsmittelleistungserbringern und von Erbringern von Psychotherapie vor. Daneben werden die Leistungsbereiche, für die elektronische Verordnungen – oder kurz e-Rezepte – ausgestellt werden, erweitert werden: Betäubungsmittel (ab 2023), häusliche Krankenpflege (ab Mitte 2024), Psychotherapie (ab Mitte 2025) sowie Heil- und Hilfsmittel (ab Mitte 2026). Angesichts der bisherigen Erfahrungen und der umfangreichen Verhandlungen und Vorarbeiten im Vorfeld sind diese Zeitvorgaben durchaus ambitioniert. Außerdem sollten auch weiterhin nur solche Berufsgruppen an die TI angeschlossen werden, bei denen dadurch ein echter Mehrwert in der Patientenversorgung entsteht. Bei den vorgesehenen zahnärztlichen Laboren ist dies jedoch nicht der Fall. Da es hier lediglich um eine elektronische Kommunikationsmöglichkeit mit

Vertragszahnärzten geht, sollten hier einfachere und preisgünstigere Alternativen genutzt werden.

**Ebenfalls kritisch beurteilen die Ersatzkassen die zunehmende Anhäufung von Aufgaben und Kompetenzen bei der gematik.** An vielen Stellen können einheitliche Lösungen sicherlich sinnvoll oder sogar zwingend sein. Dennoch haben Krankenkassen in der Vergangenheit gute digitale Lösungen geschaffen, die sich schließlich bewährt haben. Dieser Weg wird durch rein zentrale Vorgaben verbaut, wie etwa beim Zugriff auf TI-Anwendungen über alternative, insbesondere stationäre Endgeräte.

Insgesamt soll das DVPMG nach dem Willen des Gesetzgebers einen weiteren Digitalisierungsschub auslösen. Dieses Ziel unterstützen die Ersatzkassen. Gleichzeitig muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich Regelungen und Vorgaben aus früheren Gesetzen häufig erst in der Umsetzungsphase befinden. Hier kann eine Entschleunigung helfen, damit die anstehenden Aufgaben mit der erforderlichen Qualität erfüllt werden können. Darüber hinaus müssen auch Digitalisierungsvorhaben gerade angesichts der auf absehbaren Zeit schwierigen Finanzlage in der GKV einer positiven Kosten-Nutzen-Bewertung standhalten. ■

*Die Telematik-Infrastruktur soll sich immer mehr zur Datenautobahn des Gesundheitswesens entwickeln.*



## DIGITALISIERUNG

# Startschuss für die ersten „Apps auf Rezept“

Das Warten auf die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) hat ein Ende. Seit Anfang Oktober sind die ersten DiGA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen. Mittlerweile können Ärzte und Psychotherapeuten fünf „Apps auf Rezept“ verordnen. Weitere DiGA befinden sich bereits im Antragsverfahren.

/ Text / **Timo Neunaber**

**K**napp elf Monate hat es nach Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) Mitte Dezember 2019 gedauert, bis das BfArM die ersten beiden DiGA zugelassen hat, die damit erstmals für mehr

als 73 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Kassenleistung zur Verfügung stehen. Inzwischen ist das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, in dem alle DiGA gelistet werden, um drei weitere Anwendungen gewachsen. Die ersten Zulassungen zeigen bereits, dass DiGA für ein breites Spektrum an Erkrankungen eingesetzt werden können.

So gibt es bereits Apps gegen Adipositas, Angststörungen, Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen, Schlafstörungen und Tinnitus. DiGA für weitere Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression oder Diabetes, werden folgen.

## Medizinischen Mehrwert nachweisen

Die derzeit fünf zugelassenen Anwendungen können von Ärzten und Psychotherapeuten, sofern medizinisch sinnvoll, verordnet oder direkt von den Krankenkassen genehmigt

werden. Voraussetzung für den Einsatz von DiGA ist das Vorhandensein positiver Versorgungseffekte, die die Hersteller im Rahmen des Antragsverfahrens beim BfArM nachweisen müssen. Damit ist beispielsweise gemeint, dass die DiGA zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Derzeit sind drei der zugelassenen DiGA vorläufig zur Erprobung zugelassen. Das bedeutet, dass die Hersteller abgeschlossene wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit der DiGA belegen, nachreichen müssen. Liegen diese nach zwölf Monaten nicht vor, kann das BfArM Herstellern die Zulassung von DiGA auch wieder entziehen.

## Kosten übersteigen Nutzen

Auffällig sind die derzeit von den Herstellern aufgerufenen Preise. Diese gelten für das erste Jahr und können vom DiGA-Hersteller frei bestimmt werden. Erst nach Ablauf eines Jahres gelten die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den DiGA-Herstellern verhandelten Vergütungsbeträge. Mit aufgerufenen Preisen von bis zu 500 Euro je 90 Tage Anwendungsdauer sind die DiGA derzeit mit hohen Kosten für die GKV verbunden, die nicht im Verhältnis zum Nutzen der jeweiligen Produkte oder auch zu den Ausgaben für mögliche



Foto: Privat

**Timo Neunaber**  
Abteilung Ambulante  
Versorgung beim vdek



Vergleichstherapien stehen. Befürchtungen von zu hoch aufgerufenen Preisen der Hersteller haben sich damit bestätigt.

### Anpassungen beim Datenschutz

Auch beim Thema Datenschutz und Datensicherheit gibt es bei den DiGA noch Nachholbedarf. So weisen erste Erfahrungen auf Sicherheitslücken bei Herstellern hin. Diese sind gerade zu Beginn der ersten Zulassungen von DiGA zu vermeiden, um einen Vertrauensverlust der Versicherten zu vermeiden.

Jüngst hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege veröffentlicht, welcher Anpassungen im Bereich der DiGA vorsieht. So sollen beispielsweise die Anforderungen im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit erhöht oder auch eine Vereinbarung zu einer Höchstpreisregelung für DiGA im ersten Jahr verpflichtend werden. Es zeigt sich: Der Gesetzgeber justiert bereits an einigen Stellen im Bereich der DiGA nach. Dies ist vor dem Hintergrund erster Erfahrungen mit den DiGA zu befürworten. ■

*Die ersten Zulassungen zeigen bereits, dass DiGA für ein breites Spektrum an Erkrankungen eingesetzt werden können.*



## Drei DiGA-Beispiele – kurz erklärt

Wie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) funktionieren, erklärt *ersatzkasse magazin* anhand von drei DiGA, die vorläufig oder dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen wurden.

**Kalmeda** ist eine App zur Behandlung chronischer Tinnitusbelastung. Das Programm bietet einen individuellen Therapieplan und ist als mehrmonatiges verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm ausgelegt. Zielsetzung ist es, den Patienten schrittweise den Weg zu einem selbstbestimmten Umgang mit dem Tinnitus zu zeigen und zur Reduzierung der Belastungen beizutragen. Die App umfasst dabei auch Entspannungsanleitungen, beruhigende Natur- und Hintergrundgeräusche sowie einen Wissensteil. Weitere Informationen zu Kalmeda können in dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nachgelesen werden: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/350>

**Vivira** ist eine App zur Behandlung von Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen, Arthrose der Wirbelsäule, Arthrose der Knie, unspezifischen Knieschmerzen, Arthrose der Hüfte und unspezifischen Hüftschmerzen. Die App bietet täglich vier Physio-Übungen für zu Hause, die sich hinsichtlich der Intensität und Komplexität an den eigenen Rückmeldungen anpassen. Jede Übung wird dabei mithilfe von Texten und Videoanleitungen erklärt. Ergänzt werden die Übungen durch wöchentliche Abfragen zur Gesundheit, eine Fortschrittsvisualisierung, monatliche Bewegungstests und Lerninhalte. Weitere Informationen zu Vivira können in dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nachgelesen werden: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/387>

**Somnio** ist eine Anwendung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen. Begleitet durch einen digitalen Schlafcoach sollen Patienten über verschiedene Module Techniken erlernen, um Schlafstörungen zu verringern. Das individualisierte Programm passt sich nach den eigenen Angaben und Schlafdaten automatisch an die jeweiligen Schlafziele an. Im Vordergrund können beispielsweise die Erreichung eines schnelleren Einschlafens sowie die Reduktion der Wachphasen in der Nacht sein. Somnio kann sowohl als App für Smartphones und Tablets genutzt werden als auch als Web-Anwendung direkt über den Browser abgerufen werden. Weitere Informationen zu Somnio können in dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nachgelesen werden: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/508>





FAQ

# Was sind Digitale Gesundheitsanwendungen?

## Welche Apps sind bereits zugelassen?

Derzeit sind fünf Anwendungen für folgende Krankheitsbilder zugelassen: Adipositas (zanadio); Angststörungen (velibra); Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen (Vivira); Schlafstörungen (somnio); Tinnitus (Kalmeda).

Neben den bisherigen Anwendungen befinden sich weitere im Zulassungsverfahren. Das BfArM verweist auf seiner Homepage auf rund 20 Anträge, die sich derzeit in der Prüfung befinden.

## Wo kann die Liste der zugelassenen DiGA eingesehen werden?

Eine Übersicht aller zugelassenen Anwendungen ist dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen zu entnehmen (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>). Das Verzeichnis bietet für Patienten, Ärzte und andere Leistungserbringer Informationen zu den jeweiligen Anwendungen. Neben einer Kurzbeschreibung werden beispielsweise die Zielsetzung, Wirkungsweise und Funktionen der DiGA beschrieben.

## Wie erfolgt die Zulassung einer DiGA?

Damit eine DiGA zugelassen wird, müssen eine Reihe verschiedener Anforderungen erfüllt werden. So müssen Benutzerfreundlichkeit und Datenschutz gewährleistet sein. Das BfArM nimmt hierbei allerdings nur eine Prüfung auf Plausibilität der Selbstangaben der Hersteller vor, ohne eigene zusätzliche Prüfverfahren zu verwenden. Zum anderen – und damit entscheidend für die Zulassung – muss

die vom Hersteller angegebene Wirksamkeit der Anwendung durch wissenschaftliche Studien belegt werden. Können beim Antragsverfahren noch keine abgeschlossenen Studien vorgelegt werden, kann eine DiGA für einen Erprobungszeitraum zugelassen werden. Der Nachweis zur Wirksamkeit muss dann nachgereicht werden. Der Gesetzgeber hat mit dem sogenannten „Fast-Track-Verfahren“ ein zügig konzipiertes Verfahren zur schnellen Antragsprüfung etabliert. Anbieter von DiGA müssen beim BfArM einen Antrag auf Zulassung stellen, der innerhalb von drei Monaten geprüft wird.

## Wie ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse geregelt?

Digitale Gesundheitsanwendungen werden durch die Krankenkassen komplett erstattet. Voraussetzung ist die Zulassung und die Aufnahme der App in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen. Nicht erstattet wird dagegen Hardware, die das BfArM als nicht unmittelbaren Bestandteil der App definiert. Kosten für Gegenstände der alltäglichen Nutzung wie zum Beispiel Smartphones sind damit selbst zu tragen.

## Wie erhalten die Versicherten eine DiGA?

Den Versicherten stehen zwei Zugangswege offen. Der erste Weg verläuft über Ärzte und Psychotherapeuten, die eine „App auf Rezept“ verordnen. Versicherte erhalten dann eine Papierverordnung, die bei der Krankenkasse eingereicht werden muss. Langfristig sollen auch digitale Verordnungen

eingesetzt werden können. Der zweite Weg verläuft direkt über die Krankenkasse. Versicherte können eine DiGA aus dem Verzeichnis auch bei der Krankenkasse beantragen, sofern die medizinische Indikation nachgewiesen ist.

## Was passiert nach der Einreichung der Verordnung bzw. Antragsstellung auf Genehmigung bei der Krankenkasse?

Die Krankenkasse erstellt einen Freischaltcode für die DiGA und übermittelt diesen an den Versicherten. Daraufhin lädt sich der Versicherte die App über den jeweiligen App-Store herunter oder öffnet die Webanwendung im Browser. Der Freischaltcode ist dann in der DiGA in einem dafür vorgesehenen Feld einzugeben. Um die Gültigkeit des Freischaltcodes zu prüfen, fragt das System der Hersteller von DiGA daraufhin über eine Schnittstelle bei der Krankenkasse nach. Ist der Freischaltcode gültig, kann der Versicherte die DiGA für den vorgesehenen Zeitraum nutzen.

## Wie stehen die Ersatzkassen zu den DiGA?

Die Ersatzkassen begrüßen die ersten Zulassungen von DiGA. Sie stellen einen wichtigen Baustein dar, um die Versorgung der Versicherten mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten zu verbessern. Voraussetzung für den Einsatz einer DiGA muss jedoch immer die nachgewiesene Wirksamkeit sein. Auch sind Anforderungen bei der Zulassung an eine DiGA beispielsweise im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit streng zu prüfen, um Versichertendaten zu schützen.



# Impfungen

Der Aufbau von Impfzentren in Deutschland befindet sich in der entscheidenden Phase. In gemeinsamer Kraftanstrengung mit dem Bund wirken die Länder, Landkreise, Städte und Kommunen auf die Inbetriebnahme der Zentren hin, in denen künftig Millionen Menschen gegen Covid-19 geimpft werden können. Zugang zu einer Impfung erhalten zunächst die Risikogruppen, für deren Priorisierung die Ständige Impfkommission (STIKO) eine Empfehlung vorbereitet. An der Empfehlung zu arbeiten, noch bevor der Impfstoff zugelassen ist, sei eine einmalige Situation, betonte der STIKO-Vorsitzende Prof. Dr. Thomas Mertens im Interview mit *ersatzkasse magazin*.

Den Grundstein für die großen Impferfolge unserer Zeit legte der britische Landarzt Edward Jenner 1798 mit der von ihm entwickelten „Kuhpockenimpfung“ (Vakzination). Die Vakzination revolutionierte die Medizin und ist in der Infektiologie bis heute der große Wurf. Der derzeitige Wettlauf gegen die Corona-Pandemie ist indes für die Impfstoffforschung eine Jahrhundertherausforderung. Impfstoffentwickler mussten quasi aus dem Stand ihren Labormarathon aufnehmen. Ebenfalls herausfordernd ist es, Fragen der Zulassung und Inanspruchnahme von Covid-19-Impfungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu regeln.

IMPFUNGEN IN HISTORISCHER PERSPEKTIVE

# „Der Menschheit eine wesentliche Wohltat zu erweisen.“

Beispielhaft und bis heute ein Ansporn ist der Erfolg, der mit der von dem englischen Landarzt Edward Jenner 1798 erfundenen „Kuhpockenimpfung“ (Vakzination) erzielt wurde. Infektionskrankheiten durch eine risikoarme primäre Prophylaxe zu verhindern, ist seit rund zwei Jahrhunderten ein Kernziel der Medizin.

/ Text / Karl-Heinz Leven

Die „Pest“ im Sinne einer gefährlichen infektiösen Massenerkrankung hat es immer gegeben und hier ist auch kein Ende in Sicht. In der Vormoderne gab es verschiedene Konzepte teils naturkundlicher Art, durch die Seuchen wenn schon nicht beherrschbar, so doch erklärbar wurden. Mit dem 18. Jahrhundert trat ein grundsätzlicher Wandel ein, als ein Brauch aus der osmanischen Türkei nach Westeuropa kam. Die Rede ist von der „Variolation“ bzw. „Inokulation“. Hierbei wurde Kindern, die noch nicht an Pocken erkrankt waren, Pockenmaterie in die Haut geritzt. Damit waren sie vor einer Infektion mit „wildem“ Pocken, einer gefährlichen Seuche, geschützt. Diese Methode gelangte durch Lady Mary Wortley Montagu (1689-1762), Ehefrau des britischen Botschafters in Konstantinopel, nach London. Die Variolation war allerdings noch kein echter Durchbruch, denn die Impfung mit echter Pockenmaterie war gefährlich; man konnte tödlich an Pocken erkranken. Gleichwohl übernahmen die Ärzte in Europa die Variolation in ihr Repertoire; die Prophylaxe gegen eine spezifische Infektionskrankheit war damit erstmals Aufgabe der Medizin geworden.

Der britische Landarzt Edward Jenner (1749-1823) beobachtete, dass die Bauern seiner Umgebung bei Kuhpockenepidemien

gerne Melkerinnen einsetzten, die bereits die Pocken überstanden hatten. Jenner erkannte ein Phänomen, das man modern „Kreuzimmunität“ nennt: nach überstandener Infektion mit Pocken waren die Melkerinnen immun gegen die Kuhpocken. Er schloss daraus, dass umgekehrt nach durchgemachten Kuhpocken eine Immunität gegen Pocken bestünde. Diese kühne These, die sich bewahrheiten sollte, erforschte er systematisch in seiner Landarztpraxis. Hierzu führte er Versuche mit Kindern durch, die er zunächst mit Kuhpocken infizierte und nach deren Abklingen mit Pocken traktierte.

**Jenner war klug und umsichtig, hatte aber auch stets Glück.** Alle Versuche gelangen, niemand kam je zu Schaden durch seine recht riskanten Experimente und 1798 konnte er seine „Vaccine Inoculation“, später kurz „Vakzination“ (von lat. vacca, „Kuh“) genannt, veröffentlichen. Hellsichtig erkannte er, dass seine Absicht, „der Menschheit eine wesentliche Wohltat zu erweisen“, in Erfüllung gehen würde. Er hielt die „Eradikation“ (Tilgung) der Pocken von der Erde für möglich. Auch damit sollte er Recht behalten. Allerdings dauerte es rund 200 Jahre, bis im Jahr 1979 eine entsprechende Urkunde der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgestellt wurde. Die von Jenner entwickelte Vakzination ist in der Infektiologie bis heute der große Wurf und das Erfolgsmodell schlechthin



Prof. Dr. med.  
Karl-Heinz Leven  
Professor für Geschichte  
der Medizin und Direktor  
des Instituts für Geschichte  
und Ethik der Medizin an  
der Universität Erlangen-  
Nürnberg



geblieben. Bemerkenswert ist, dass Jenner von seinem eigenen Tun recht unscharfe Vorstellungen hatte: In seiner (vormodernen) Zeit gab es keine Mikrobiologie. Wenn Jenner von einem „Virus“ sprach, verwendete er das Wort in seiner lateinischen Originalbedeutung von „Gift“. Tatsächlich sah er einen giftartigen Ansteckungsstoff als wirksam an. Unklar war ihm weiterhin, welche Tierpocken (von Kühen bzw. Pferden) er am Ende überhaupt anwandte.

### Vakzination revolutioniert Medizin

Gleichwohl revolutionierte die Vakzination die Medizin, die um 1800 noch wenig durchschlagende Instrumente besaß. Mit der Vakzination änderte sich dies. In Europa und den USA erkannte man, dass diese Impfung dem philanthropischen Ansatz der Spätaufklärung entsprach, wonach Gesunderhaltung und Prophylaxe Staatsziele waren. Infolgedessen wurde die Vakzination recht bald gesetzlich eingeführt, so in Bayern bereits 1807, im Deutschen Reich 1874. Es mag überraschen, dass die so wirksame und risikoarme Vakzination eine starke Impfgegnerschaft auf den Plan rief. Der „Deutsche Reichsverband zur Bekämpfung der Impfung“ zählte 1914 über 300.000 Mitglieder. Es handelte sich um eine bürgerliche Bewegung, die neben einzelnen Ärzten ein weites Spektrum zeitgenössischer Bewegungen (Homöopathie, Naturheiler, Vegetarismus u. a.) umfasste. Staat und Medizin setzten sich hiergegen durch – und waren spektakulär erfolgreich.

Die Impfung gegen die Pocken wurde im Zeitalter der Bakteriologie seit Ende des 19. Jahrhunderts das meist unerreichbare Vorbild für weitere Impfungen. Hierbei kam es in vielen Ländern nahezu regelmäßig zu Grenzüberschreitungen, indem forschende Ärzte Versuchspersonen traktierten, ohne diese hinreichend aufgeklärt oder deren Zustimmung eingeholt zu haben. Seit 1900 gab es in Deutschland, erstmals in der Welt, für derartige Versuche Regelungen, die 1931 bedeutend verschärft und präzisiert wurden. Vorausgegangen war eine Impfkatastrophe mit einem Tuberkulose-Impfstoff in Lübeck 1930. Die Beispiele zeigen, dass die staatlich geförderte und bei den Pocken sogar gesetzlich vorgeschriebene Impfung gegen

Infektionskrankheiten keine reine Erfolgsgeschichte war. Vielmehr mussten sich die Innovationen in einem politischen und gesellschaftlichen Kontext durchsetzen und sahen sich harter Kritik ausgesetzt. Diese Problemgeschichte der Impfung hat sich auch in den folgenden Jahrzehnten bis in unsere Zeit fortgesetzt.

Die „Spanische Grippe“ 1918-1920 förderte die Entwicklung der Virologie, die zuvor nur dem Namen nach bestanden hatte. Seit den 1930er Jahren ließen sich Viren elektronenmikroskopisch darstellen, seit den 1940er Jahren gab es erste Impfungen gegen Grippe. In den letzten Jahrzehnten sind weltweite Impfkampagnen gegen Polio und Masern recht erfolgreich gewesen; gesetzlich vorgeschriebene Impfungen gibt es in Deutschland gegenwärtig nicht. Die Masernimpfung ist jedoch durch das „Masernschutzgesetz“ von 2020 de facto für weite Kreise der nach 1970 geborenen Personen bindend. Damit hält die Exekutive die Waage zwischen einer gesetzlich vorgeschriebenen Impfung wie bei den Pocken und dem Angebot einer freiwilligen Impfung.

**Aus der historischen Erfahrung im Umgang mit Infektionskrankheiten** stand mit dem Auftreten der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 fest, dass beispiellose Anstrengungen unternommen würden, möglichst schnell einen Impfstoff zu entwickeln. Im Herbst 2020 hat sich abgezeichnet, dass verschiedene Impfstoffe demnächst verfügbar sein werden. Damit einhergehen werden, so ebenfalls die historische Erfahrung, einerseits Kontroversen über die Verteilung der anfangs beschränkt verfügbaren Einzeldosen und andererseits Widerstand gegen eine staatlich und medizinisch für notwendig erachtete Immunisierung. ■



Erste Impfung durch Edward Jenner, 14. Mai 1796. Photogravure, Ende 19. Jh., nach einem Gemälde von Georges Gaston Melingue (1840–1914).

*Die „Pest“ im Sinne einer gefährlichen Massenerkrankung hat es immer gegeben und hier ist auch kein Ende in Sicht.*

ENTWICKLUNG VON COVID-19-IMPFSTOFFEN

# Im Wettlauf gegen die Pandemie

Rekordschnell und erfolgreich sein, ohne einen Kontrollschritt auszulassen – das war die Herausforderung für die Impfstoffentwickler in Unternehmen und Forschungsinstituten, die es mit SARS-CoV-2 aufnahmen. Kein Impfstoff der letzten 60 Jahre war in weniger als vier Jahren entwickelt worden.

/ Text / Rolf Hömke

**A**m 10. Januar 2020 lieferten chinesische Wissenschaftler der Welt die vielleicht wichtigste Information dieses Jahres: die Gensequenz des neuen Coronavirus SARS-CoV-2, Erreger der Krankheit Covid-19.

Dies war so entscheidend, weil Diagnostik wie Impfstoffentwickler darin fast alles fanden, was sie für ihre Arbeit benötigten. Sie brauchten dann den echten Erreger gar nicht mehr, um loszulegen. So wurde dann auch schon am 16. Januar von der Berliner Charité ein erster Test vorgestellt; und kurz darauf meldeten Unternehmen und Institute, dass sie mit der Entwicklung von Impfstoffen begonnen hatten. Eine Firma gab sogar an, dass sie ihren ersten Impfstoffprototyp nach einem Labormarathon schon am späten Abend des 12. Januars fertig hatte. Andere arbeiteten etwas länger, doch auch hier dauerte die (teilweise Nacht-)Arbeit in den Labors nur wenige Wochen. Und die Zahl der Impfstoffprojekte stieg und stieg – auf mittlerweile über 220, darunter zwölf aus Deutschland.

Das ist nicht die Art, wie Pharma-Unternehmen normalerweise vorgehen. Auf neue Ideen für Produkte folgt sonst erst eine Zeit der Finanzplanung, Marktevaluation

und Prüfung der Patentsituation. Und einen Impfstoff gegen eine Krankheit zu planen, die schon mehr als 20 andere Firmen im Visier haben – unplausibel! Aber dieses Mal war nichts normal, und so legte eine wachsende Zahl von Unternehmen und Forschungseinrichtungen einfach los.

## Alarm: „Das ist keine Übung!“

Mehrere Entwicklungsteams waren deshalb so schnell, weil sie sich schon seit Jahren auf so eine Situation vorbereitet hatten. Sie hatten zum Teil die ersten Arbeitsschritte hin zu einem Notfallimpfstoff schon praktisch trainiert – wobei ein bekannter Keim ersatzweise den „unbekannten Erreger X“ mimen musste. Know-how und technische Geräte für diese Aufgabe standen bereit; von der Forschungsleiterin bis zum technischen Assistenten waren alle geschult. Nun kam es zum Ernstfall.

Den Teams kam aber auch zu Hilfe, was man schon über die nahe verwandten SARS- und MERS-Coronaviren wusste, besonders über ihre äußerlichen Zacken, genannt Spikes: Sie sind entscheidend für das Virus, weil es sich damit Zugang zu einer Zelle verschafft, in der es sich vermehrt. Und sie sind wesentlich für die Impfstoffentwickler, weil der Körper auf die Spikes mit einer starken Immunantwort reagiert. Das Gen für die Spikes von SARS-CoV-2 war in der übermittelten Sequenz schnell gefunden; und für die meisten Impfstoffe wurde es dann auf die eine oder andere Weise benutzt.

**Beim Impfstofftyp gingen die Entwickler unterschiedliche Wege.** Einige konzipierten Impfstoffe, die vor allem diese Spikes enthalten, hergestellt in gentechnisch veränderten Zellkulturen. Andere planten, die Produktion von Spikes in Zellen der Geimpften zu verlegen. Dafür mussten die Forscher das Gen mit der Anleitung entweder einem anderen, harmlosen Virus mitgeben (einem sogenannten Vektorvirus) und damit impfen; oder sie konnten das Gen direkt zum Impfen verwenden, als sogenannte Messenger-RNA (kurz mRNA). Jede Zelle weiß, was sie mit mRNA machen muss, weil sie es ständig tut: durchlesen, nach dieser Bauanleitung ein Protein herstellen, und die mRNA anschließend schreddern. Vom eingeschleusten Gen bleibt dann nichts zurück.



**Dr. Rolf Hömke**  
Senior Referent Kommunikation Forschung und Medizin beim vfa



Impfstoffe mit gentechnisch produziertem Virusmaterial gibt es schon viele; und Vektortvirenimpfstoffe seit Kurzem gegen Ebola. Doch Impfstoffe mit mRNA sind so neu, dass bisher noch keiner den Markt erreicht hatte. Doch die theoretischen Vorzüge dieser Impfstoffe – besonders kurze Entwicklungszeit und vergleichsweise einfache Großproduktion – machten es wert, es zu versuchen.

### Erprobung mit Tieren und mit Freiwilligen

Sobald Impfstoffe im Labor fertig designt waren, war ihr weiterer Weg vorgezeichnet: Zunächst mussten sie sich bei Tieren bewähren, dann bei freiwilligen Teilnehmern von Impfstudien. Um ein schnelleres Vorankommen zu ermöglichen, boten die Arzneimittelbehörden und Ethik-Kommissionen an, Teile von Studienanträgen schon vorab zu bearbeiten. Trafen dann die letzten benötigten Daten ein, brauchten sie nur noch wenige Tage für eine Genehmigung. So ließ sich viel Zeit sparen und eine Erprobung ohne Verzug erreichen.

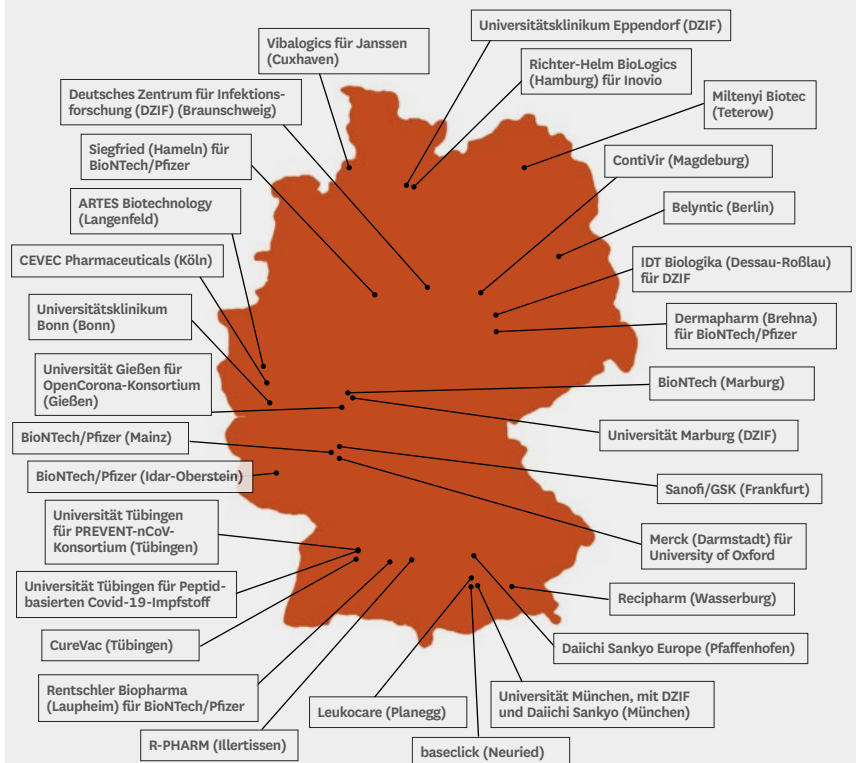
In den ersten Studien ging es darum, mit wenigen Hundert Teilnehmern die Verträglichkeit zu bestätigen, die Immunreaktionen zu vermessen und das beste Impfschema zu finden („Welche Dosis? Einmal oder zweimal?“). Das ließ sich im Frühsommer gut in Europa durchführen; denn da ist es noch unerheblich, ob die Teilnehmer mit SARS-CoV-2 in Berührung kommen oder nicht.

Anders bei den abschließenden Studien: Hier muss der Impfstoff zeigen, ob er wirklich vor einer Erkrankung mit Covid-19 schützt. Und das ließ sich zügig nur da herausfinden, wo die 25.000 bis 60.000 Teilnehmenden trotz Vorsichtsmaßnahmen ein substantielles Ansteckungsrisiko haben. So kam es, dass Brasilien, Argentinien und die USA zu Top-Studienländern wurden. Genügend Teilnehmer zu finden, war kein Problem, obwohl sie alle von vornherein wussten, dass sie nur eine Fifty-Fifty-Chance hatten, tatsächlich eine echte und keine Scheinimpfung zu bekommen. Das hielt sie nicht ab und sorgte dafür, dass bei drei Impfstoffen tatsächlich schon nach wenigen Monaten erkennbar wurde, dass sie bis zu 95 von 100 Geimpften vor einer Covid-19-Erkrankung schützen können.

**Nun entscheiden die Zulassungsbehörden weltweit darüber, ob die Impfstoffe alle Anforderungen erfüllen.** Währenddessen werden weitere Ergebnisse aus den weiterlaufenden Studien gesammelt. Noch weiß man ja zum Beispiel nicht, wie lange der Impfschutz hält.

Es zeichnet sich ab, dass es Unternehmen wirklich gelungen ist, Impfstoffe in Rekordzeit zu entwickeln, ohne Abstriche an der Sicherheit zu machen. Lassen die Behörden erste Impfstoffe zu, kann ab Ende 2020/Anfang 2021 geimpft werden, auf freiwilliger Basis. Weitere könnten folgen. Mit vielen Anbietern einschließlich Lizenz-Produzenten bestehen gute Aussichten, im Laufe von 2021 diese Pandemie zurückzudrängen. ■

## Covid-19-Impfstoffe: Entwicklung und Produktion in Deutschland



Quelle: vfa

Mehr unter [www.vfa.de/corona-impfstoffe](http://www.vfa.de/corona-impfstoffe)

## IMPFUNGEN

# Der Weg in die Krankenversicherung

Schutzimpfungen sind primärpräventive Leistungen, die die Entstehung von übertragbaren Krankheiten verhindern oder ihren Schweregrad mildern können. Doch wie halten eigentlich neue Impfungen Einzug in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?

/ Text / Sibylle Malinke

**D**ie erste bekannte Impfung fand im Jahr 1796 gegen Pocken in England statt und hat den Grundstein für die heutige Form der Impfung gelegt. Seitdem wurden für viele übertragbare Infektionskrankheiten

Impfungen entwickelt, die meist einen hochwirksamen und sicheren Schutz gegen ansonsten nicht selten tödlich verlaufende Erkrankungen wie zum Beispiel Masern bieten. Die heute verwendeten Impfstoffe enthalten exakt dosierte Mengen eines Erregers. Durch den Einsatz abgeschwächter und inaktiver Erreger oder nur einzelner seiner Bestandteile sind moderne Impfstoffe heute risikoärmer denn je. An weiteren Impfungen wird geforscht, im Fokus stehen derzeit Impfstoffe gegen HIV, Ebola, Cytomegalie-Virus, multiresistente Krankenhauskeime sowie Malaria. Durch Covid-19 hat eine völlig neue Art von Impfstoffen den Sprung aus der Forschung in die Zulassung geschafft, sogenannte mRNA-Impfstoffe, welche die genetische Information – gewissermaßen die Bauanleitung – zur Bildung von Antigenen im Körper liefert. Diese mRNA-Impfstoffe haben als erste das Rennen um Impfungen gegen Covid-19 gewonnen und sollen bis zu 95 Prozent der Erkrankungen verhindern.

**Spätestens jetzt während der Corona-Pandemie und mit Blick auf die Hoffnung neuer Impfstoffe stehen die Fragen der Zulassung und Inanspruchnahme von Impfungen wieder mehr im Fokus.** In Deutschland ist das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) für Impfstoffe verantwortlich und überwacht deren Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit. Die Ständige Impfkommission (STIKO) entwickelt darauf aufbauend gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes Impfempfehlungen für Deutschland.

## Epidemiologische Aspekte

Neben der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit einer Impfung für den Einzelnen spielen bei den STIKO-Empfehlungen auch epidemiologische Aspekte auf Bevölkerungsebene eine Rolle. Viele Empfehlungen der STIKO sind daher auf bestimmte Alters- oder Risikogruppen beschränkt und Grundlage für die spätere Kostenübernahme der unterschiedlichen Kostenträger. Nach § 20i Abs. 1 SGB V haben Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Impfungen. Dabei ist zu unterscheiden, ob eine Impfung beruflich veranlasst ist oder nicht. Im Falle einer beruflichen Veranlassung, beispielsweise für Personal in Gesundheitseinrichtungen oder bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten, ist in der Regel der Arbeitgeber zuständig für die Kostenübernahme der



Foto: Eva Kruse-Barisch

**Sibylle Malinke**  
Abteilung Gesundheit  
beim vdek

*Viele Empfehlungen der STIKO sind auf bestimmte Alters- oder Risikogruppen beschränkt.*



# Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

2020/2021

| Impfung                                        | Alter in Wochen | Alter in Monaten |    |      |      |                 |    |       |    |       | Alter in Jahren |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
|------------------------------------------------|-----------------|------------------|----|------|------|-----------------|----|-------|----|-------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|-------|----|-------|-------|-----------------|-----------------|
|                                                | 6               | 2                | 3  | 4    | 5–10 | 11 <sup>a</sup> | 12 | 13–14 | 15 | 16–23 | 2–4             | 5–6             | 7–8             | 9–14   | 15–16 | 17 | ab 18 | ab 60 |                 |                 |
|                                                |                 |                  | U4 |      | U5   | U6              |    |       |    | U7    | U7a/U8          | U9              | U10             | U11/J1 |       | J2 |       |       |                 |                 |
| Rotaviren                                      | G1 <sup>a</sup> |                  | G2 | (G3) |      |                 |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Tetanus <sup>b</sup>                           |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Diphtherie <sup>b</sup>                        |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Pertussis <sup>b</sup>                         |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Hib <sup>b</sup><br><i>H. influenzae</i> Typ b |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Polioomyelitis <sup>b</sup>                    |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Hepatitis B <sup>b</sup>                       |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Pneumokokken <sup>b</sup>                      |                 | G1               |    | G2   |      | G3 <sup>c</sup> |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Meningokokken C                                |                 |                  |    |      |      |                 | G1 |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Masern                                         |                 |                  |    |      |      | G1              |    |       |    |       | G2              |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Mumps, Röteln                                  |                 |                  |    |      |      | G1              |    |       |    |       | G2              |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Varizellen                                     |                 |                  |    |      |      | G1              |    |       |    |       | G2              |                 |                 |        |       |    |       |       |                 |                 |
| HPV<br>Humane Papillomviren                    |                 |                  |    |      |      |                 |    |       |    |       |                 | G1 <sup>d</sup> | G2 <sup>d</sup> |        |       |    |       |       |                 |                 |
| Herpes zoster                                  |                 |                  |    |      |      |                 |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       | G1 <sup>h</sup> | G2 <sup>h</sup> |
| Influenza                                      |                 |                  |    |      |      |                 |    |       |    |       |                 |                 |                 |        |       |    |       |       | S<br>(jährlich) |                 |

 Empfohlener Impfzeitpunkt

 Nachholimpfzeitraum für Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. für Komplettierung einer unvollständigen Impfserie

G Grundimmunisierung (in bis zu 3 Teilimpfungen G1 – G3)  
A Auffrischimpfung  
S Standardimpfung

- a Erste Impfstoffdosis bereits ab dem Alter von 6 Wochen, je nach verwendetem Impfstoff 2 bzw. 3 Impfstoffdosen im Abstand von mind. 4 Wochen
- b Frühgeborene: zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Impfstoffdosen
- c Mindestabstand zur vorangegangenen Dosis: 6 Monate
- d Zwei Impfstoffdosen im Abstand von mind. 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 Monaten ist zwischen 1. und 2. Dosis eine 3. Dosis erforderlich
- e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung
- f Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit
- g Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff
- h Zweimalige Impfung mit dem adjuvantierten Herpes-zoster-Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 bis maximal 6 Monaten

\* Impfungen können auf mehrere Impftermine verteilt werden. MMR und V können am selben Termin oder in 4-wöchigem Abstand gegeben werden.



→ Impfung. Ausnahmen hierzu sind jedoch in §20i SGB V festgelegt. Für alle anderen Impfungen ist zu unterscheiden zwischen Impfungen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder privaten Reiseimpfungen.

Der G-BA bestimmt das Nähere zu Art und Umfang der Leistungen in einer eigenen Schutzimpfungs-Richtlinie auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO, Abweichungen sind dabei besonders zu begründen. Zu Änderungen der Empfehlungen der STIKO hat der G-BA innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht fristgemäß zustande, dürfen insoweit die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt. In der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie listet der G-BA für jede einzelne Impfung auf, wann diese Teil des Regelleistungskatalogs der GKV ist.

Private Reiseimpfungen sind grundsätzlich selbst zu zahlen. Allerdings haben die Krankenkassen gemäß §20i Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, weitere Schutzimpfungen in ihrer Satzung vorzusehen. Die meisten Krankenkassen in Deutschland machen von dieser Möglichkeit Gebrauch und bieten private Reiseimpfungen als Satzungsleistungen an, wobei der Umfang der Kostenübernahme je nach Krankenkasse variieren kann.

### Sonderfall Corona

Falls der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite ausgerufen hat, besitzt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gem. §20i Abs. 3 SGB V das Recht, weitere Impfungen oder auch prophylaktische Maßnahmen zu bestimmen, auf die sowohl in der GKV Versicherte als auch nicht in der GKV Versicherte Anspruch haben. Ebenso ist das BMG in diesem Fall ermächtigt, das Nähere zu der Übernahme der Kosten in einer Rechtsverordnung festzulegen und dabei auch auf Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückzugreifen sowie die privaten Krankenversicherungen zu einer anteiligen Kostenübernahme in Höhe von sieben Prozent zu verpflichten.

Die Nationale Impfstrategie Covid-19 wurde entwickelt, um die neuen Impfungen gegen Covid-19-Erkrankungen in Deutschland verfügbar zu machen. Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Covid-19-Impfstoffen und der hohen Dringlichkeit sind dabei ein paar Besonderheiten zu beachten. Es ist vorgesehen, das in drei Phasen geimpft werden soll. In Phase 1A sollen besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen geimpft werden. In Phase 1B und mit mehr verfügbarem Impfstoff sollen die Bevölkerungsgruppen, die Anspruch auf die Impfung haben, ausgeweitet werden. Erst mit ausreichend verfügbarem Impfstoff wird dann in die sogenannte Phase 2 übergeleitet, die voraussichtlich der weiter oben beschriebenen Regelversorgung entspricht. Die Priorisierung der Gruppen erfolgt auch hier durch die STIKO und auf Grundlage von epidemiologischen und ethischen Kriterien unter Einbezug des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina.

### Aufbau von Impfzentren

Für die ersten beiden Phasen werden derzeit bundesweit Impfzentren gegründet. Die Kosten für den Aufbau und die Organisation werden gemeinsam von den Ländern und aus Mitteln der GKV beziehungsweise aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie gegebenenfalls der privaten Krankenversicherung (PKV) getragen, sofern das BMG in seiner Rechtsverordnung auch einen Anspruch für privat Versicherte regelt. Der Bund beschafft die Impfstoffe zentral und stellt sie den Impfzentren ohne Refinanzierung zur Verfügung.

Mit den ersten europaweiten Zulassungen von Covid-19-Impfstoffen ist noch im Dezember 2020 zu rechnen. Die Geschwindigkeit, in der die Impfstoffe entwickelt wurden, war nur durch intensive internationale Kooperation und Finanzierung der Forschung möglich. Es fehlt bislang an Erfahrungen zu einer Impfstrategie in Zeiten einer Pandemie, sodass damit zu rechnen ist, dass die STIKO die Impfpläne in den nächsten Monaten sukzessive weiterentwickeln und an die jeweilige Situation anpassen wird. Eins zumindest ist sicher: Gesetzlich Krankenversicherte werden die Impfungen kostenfrei erhalten. ■

### Reiseimpfungen können derzeit sein:

Cholera

Diphtherie

FSME

Gelbfieber

Hepatitis A

Hepatitis B

Influenza

Japanische Enzephalitis

Malariaphylaxe  
(Tabletten)

Meningokokken

Poliomyelitis-Meningitis

Tetanus

Tollwut

Typhus





Foto: imago images/Metodi Papow

INTERVIEW

# „Die Arbeit an einer Empfehlung vor Zulassung ist einmalig“

Die ersten Impfstoffe gegen Corona stehen kurz vor der Zulassung. Bund und Länder haben sich bereits auf ein einheitliches und abgestimmtes Vorgehen zur Versorgung mit Impfstoffen geeinigt. Unterdessen entwickelt die Ständige Impfkommission (STIKO) Impfeempfehlungen. **Prof. Dr. Thomas Mertens**, Vorsitzender der STIKO, erläutert im Interview, wie die Entwicklung von Impfeempfehlungen vonstattengeht, welche Besonderheiten bei Corona-Impfstoffen auftreten und wie sich die Impfakzeptanz in Deutschland darstellt.

/ Interview / Michaela Gottfried und Annette Kessen

**Die Corona-Pandemie hat die Arbeit der STIKO stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Was sind ihre Aufgaben?**

**THOMAS MERTENS** Die STIKO ist im Infektionsschutzgesetz verankert mit der Aufgabe, Impfeempfehlungen auszusprechen. Ihre Mitglieder werden vom Bundesgesundheitsministerium berufen. Die STIKO setzt sich aus ganz verschiedenen Fachrichtungen zusammen, so dass alle Kompetenzen vorhanden sind, die für die Entwicklung von Impfeempfehlungen relevant sind. Es ist ein unabhängiges, nicht weisungsgebundenes Expertengremium, was ein ganz wichtiger Punkt ist. Denn diese Unabhängigkeit unterscheidet uns von ähnlichen Institutionen in anderen europäischen Ländern, die häufig an ein Ministerium angegliedert sind. Ein Missverständnis ist oft, dass die STIKO Teil des Robert Koch-Instituts (RKI) sei, das ist aber nicht so. Wir haben dort nur unsere Geschäftsstelle und erhalten administrative sowie wissenschaftliche inhaltliche Unterstützung.





Foto: imago images/Jürgen Heinrich

*Wir hoffen,  
dass die Politik  
jetzt nicht an-  
fängt, unab-  
hängig von der  
Evidenz Dinge  
zu entscheiden,  
was sie natür-  
lich durchaus  
könnte.*



#### **Wie läuft der Prozess der Impfeempfehlungen ab?**

Wir haben uns in den letzten 15 Jahren sehr stark damit beschäftigt, unsere Vorgehensweise zu definieren und in einer schriftlichen Standardarbeitsanweisung niederzulegen, die auch im Internet abrufbar ist. Diese beinhaltet zum Beispiel, welche Fragen vor der Formulierung einer Impfeempfehlung beantwortet werden müssen oder sollten. Wenn wir jetzt vor der Frage stehen, ob man eine Impfung oder seltener einen Impfstoff empfehlen soll, erfolgt unsere Arbeit immer auf der Basis von Evidenz, mit Blick auf in der Weltliteratur veröffentlichte Daten zu einzelnen Fragestellungen, die systematisch aufgearbeitet werden. Die Fragen können sich beispielsweise beziehen auf den Erreger, die Bedeutung und Rezeption der Krankheit bis hin zu der Frage, ob man eine neue Impfung in den bestehenden Impfplan vernünftig eingliedern kann. Es sind auch ganz praktische Fragestellungen. Am Ende kommen wir dann zu einer Empfehlung oder eben auch nicht. Primäres Ziel der STIKO ist es nicht, eine Kosten-Nutzen-Analyse zu machen, also zu schauen, ob sich eine Impfung lohnt, was auch immer man in der Politik darunter versteht.

#### **Wie lange dauert so ein Verfahren?**

Das ist auf jeden Fall ein aufwändiger Prozess. Nur die Evidenzschaffung zu einer einzelnen Fragestellung alleine kann schon mal ein halbes Jahr dauern. Unsere Methodik gehört aber auch weltweit zu den anspruchsvollsten, was dazu geführt hat, dass die Reputation der

STIKO international sehr hoch geworden ist. Unsere Nachbarländer sind jetzt mit Blick auf Corona auch sehr interessiert an unseren systematischen Vorarbeiten.

#### **Was den Corona-Impfstoff angeht, drücken jetzt alle auf die Tube. Die ersten Impfstoffe stehen bereits kurz vor der Zulassung, also innerhalb eines Jahres.**

Normalerweise dauert das alles länger. Aber die mRNA-Technologie, auf der die Corona-Impfstoffe basieren, ist nicht neu als Technologie und bot sich an. Biontech, also eines der Unternehmen, das einen Corona-Impfstoff entwickelt hat, war auch deshalb so flott, weil es schon lange mit der mRNA-Technologie arbeitet und die Erfahrungen genutzt hat. Darüber hinaus übt der weltweite Bedarf nach einem guten und sicheren Impfstoff einen gewissen zeitlichen Druck aus.

#### **Befürchten Sie, dass aufgrund des dringenden Bedarfs die Maßstäbe an einen Corona-Impfstoff herunter geschraubt werden?**

Ich habe das Gefühl, dass die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), die ja auf europäischer Ebene für die Zulassung von Impfstoffen zuständig ist – und die Corona-Impfstoffe werden europaweit zugelassen, es wird also keine nationale Zulassung über das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) geben –, ganz normal prüft wie gehabt. Es gab auch Publikationen in bedeutenden amerikanischen Journalen, in denen Wissenschaftler darauf hingewiesen haben, dass die U. S. Food and Drug Administration (FDA), die amerikanische Zulassungsbehörde, keinesfalls von ihren üblichen Zulassungsvorgehensweisen und –regeln abweichen darf.

#### **Was bedeutet das für die STIKO mit Blick auf den zeitlichen Druck?**

Die STIKO arbeitet ja nicht erst seit zwei Wochen an den Empfehlungen für einen Corona-Impfstoff. Im Grunde erfassen wir seit Ausbruch der Corona-Pandemie in Europa, was an neuen Daten bekannt wird; sei es zum Erreger, zur Immunität gegen den Erreger oder wie nun zu den Impfstoffen. Wir hoffen, dass die Politik jetzt nicht anfängt, unabhängig von der Evidenz Dinge zu entscheiden, was sie natürlich durchaus könnte. Deswegen stehen auch wir ein wenig unter Druck, möglichst zeitnah abzuliefern. Aber wir wollen keinesfalls von den

Forderungen unserer Standardvorgehensweise (SOP) abweichen. Man muss aber auch sehen, dass eine Empfehlung immer praktikabel sein muss. Das spielt bei Corona eine große Rolle, weil wir natürlich eine Empfehlung nicht so kompliziert machen können, sodass die Befolgung in der Praxis gar nicht möglich ist.

**Eine große Rolle spielt auch die Priorisierung, also wer zuerst geimpft werden soll.**

Zunächst einmal: Wir als STIKO machen immer Empfehlungen. Das heißt wir machen auch nur eine Empfehlung zu einer Priorisierung, die Priorisierung selbst machen wir nicht. Die Umsetzung der Empfehlung ist Sache der Länder, also der Politik. An der Empfehlung zur Priorisierung arbeiten wir derzeit und wollen den Entwurf der Empfehlung in Kürze in das vorgeschriebene Stellungnahmeverfahren geben. Danach werden die eingehenden Stellungnahmen noch geprüft und diskutiert. Die Empfehlung wird sicher bald in 2021 überarbeitet werden müssen, da neue Erkenntnisse und Impfstoffe erwartet werden. Veröffentlicht wird die Empfehlung mit Zulassung des Impfstoffs beziehungsweise der Impfstoffe.

**Hatte die Priorisierung in der Vergangenheit schon mal eine ähnliche Bedeutung?**

Nehmen wir die Grippeimpfung: Wenn Sie sich da die differenzierten Empfehlungen nach Indikationsgruppen angucken, ist das natürlich im gewissen Maße auch eine Priorisierung beziehungsweise Priorisierungsempfehlung. Also wenn man zum Beispiel sagt, es sollten vor allem ältere Leute geimpft werden. Aber bei Corona erfährt sie ein viel größeres Gewicht, alleine schon durch die mediale Aufmerksamkeit. Insofern ist es eigentlich nichts Besonderes vom Abstrakten her, aber vom Konkreten durchaus. Allerdings: Was für uns als STIKO besonders war, ist dass wir zu einem Impfstoff arbeiten mussten, der noch gar nicht zugelassen ist. Das ist erstmalig. Wenn Sie bei Corona nach etwas Einmaligem fragen, ist es weniger die Tatsache, dass wir eine Empfehlung zur einer Priorisierung erarbeiten müssen, sondern dass es geschieht für einen Impfstoff, den es noch gar nicht gibt.

**Kann es passieren, dass Sie am Ende keine Impfempfehlung aussprechen?**

Theoretisch könnte das sein. Das ist jetzt aber

nicht sehr wahrscheinlich nach dem, was wir bislang wissen. Wenn wir keine Empfehlung aussprechen würden, wäre das politisch natürlich heikel. Wobei die Politik selbstverständlich trotzdem impfen lassen könnte. Im Übrigen haben wir ja schon häufig keine allgemeine Impfempfehlung ausgesprochen. Die Menschen rennen einem zum Beispiel immer noch die Bude ein zu den Impfempfehlungen zu den B-Meningokokken, wo wir uns noch für keine standardmäßige Impfung aussprechen. Seit heute, 3. Dezember 2020, liegen uns die Daten aus der Zulassungsstudie vor, die derzeit intensiv geprüft werden – aber es sieht zunächst nicht schlecht aus.

**Wenn der Impfstoff erhältlich ist, wie schnell kann eine Durchimpfung erfolgen?**

Es wird schon eine gewisse Zeit dauern. Da gibt es viele Variablen zu beachten, etwa die Anzahl der Impfzentren, die Dauer pro Impfung, die Voraussetzungen, dass genug Impfstoff vorhanden ist, dass die Logistik klappt und dass die richtigen Leute zum richtigen Zeitpunkt zum Impfen erscheinen. Wir wissen auch nicht genau, wie die Akzeptanz in der Bevölkerung letztlich sein wird. Um es klar zu sagen: Individualschutz könnte man leicht erreichen. Wenn Sie zehn Leute impfen mit einem Impfstoff, der was taugt, dann sind zehn Leute geschützt. Aber bevor Sie eine epidemiologische Auswirkung sehen und wieder eine große Party feiern können, dauert das. Und das öffentliche Interesse ist eigentlich mehr an den epidemiologischen Auswirkungen interessiert. Wenn nur 50 Prozent Impfbeteiligung vorliegen, dann werden die epidemiologischen Effekte nicht wie gewünscht eintreten. Dann kommen wir nie zu einer Herdenimmunität, die ja letztlich ein Ziel ist.

**Wie sieht es mit der Impfakzeptanz in Deutschland aus?**

Sie ist nicht besonders hoch, aber die Bereitschaft der Bevölkerung hat im Großen und Ganzen in den letzten Jahren eher zugenommen. Blicken wir konkret auf Corona, so glaube ich, dass je drängender das Problem wird und je schlechter es uns als Gemeinschaft geht, wenn die Krankenhäuser überfüllt sind und Menschen sterben, dann wird die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, weiter zunehmen. Ich habe mich in der Vergangenheit

Prof. Dr. Thomas Mertens, geboren am 10. März 1950 in Freiburg im Breisgau, hat von 1968 bis 1976 an den Universitäten Bonn und Köln Medizin studiert und promoviert. 1983 absolvierte er seinen Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, 1984 folgte die **Habilitation für das Fach Virologie**. 1985 übernahm er eine **Professur am Institut für Virologie** an der Universität Köln, 1991 wechselte er an die Universität Ulm, wo er unter anderem von 2010 bis 2016 als **Studiendekan Molekulare Medizin** tätig war. Von 1998 bis 2018 war er **Ärztlicher Direktor am Institut für Virologie** des Universitätsklinikums Ulm. Darüber hinaus war und ist er in unterschiedlichen Institutionen tätig, unter anderem als **Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamts für Sera und Impfstoffe des Bundesgesundheitsministeriums und als Präsident der Gesellschaft für Virologie**. Seit 2004 ist er Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO), seit 2017 **STIKO-Vorsitzender**.







*Wir müssen unbedingt für ausgezeichnete Pharmakovigilanz sorgen. Deswegen ist eine flächendeckende und absolut zuverlässige Dokumentation der Impfung extrem wichtig.*



schon sehr intensiv mit den sogenannten Impfgegnern beschäftigt. Es ist ein sehr heterogenes Kollektiv.

#### **Wie sieht dieses aus?**

Da gibt es eine kleine Gruppe, in etwa ein bis zwei Prozent, die sind überhaupt nicht in der Lage zu argumentieren, somit fragt man sich auch, wie man mit den Leuten umgehen soll. Die ehrlich Besorgten sind Leute, die mehr oder weniger berechnete Fragen haben, was eine Impfung betrifft. Die meistens von ihnen sind auch gar nicht gegen alle Impfungen, sondern nur gegen bestimmte. Und da muss man fairerweise sagen, dass die Verantwortung bei uns Fachleuten und Ärzten liegt im Sinne von Aufklärung.

#### **Was müssen wir tun, um gut aufzuklären?**

Erstens müssten die Ärzte eine gute Ausbildung und Kompetenz in Sachen Impfung mitbringen, um informieren und diskutieren zu können. Ich bin lange Zeit Studiendekan an einer Medizinischen Fakultät gewesen und ich weiß, dass Impfung keine Pflichtveranstaltung darstellt. Die Studierenden lernen ja zum Teil viel abgefahrenes Zeug, aber Impfen als Thema ist mancherorts eine Freiwilligkeit und überall anders geregelt. Zweitens, Beratung und Aufklärung kosten viel Zeit und die wird nicht bezahlt. Neben der Aufklärung durch die Ärzte müssen wir aber auch alle möglichen Kommunikationskanäle und Kommunikationsformen nutzen, sprich letztlich die ganze Bandbreite des Internets. Da sind alle Akteure gefragt, die Ärzte, Krankenkassen, Politik, Medien und letztlich jeder Einzelne.

#### **Die Impfung soll freiwillig sein. Können Sie sich unter Umständen eine Pflicht zur Corona-Impfung vorstellen?**

Nein. Ich meine, natürlich ist es nicht letztlich auszuschließen, dass man in eine Situation käme, in der man eine sehr genau definierte Impfpflicht für eine bestimmte Gruppe machen könnte. Wenn man zum Beispiel feststellt, dass die vulnerablen Gruppen nicht ausreichend geschützt werden, weil man keine entsprechend hohe Durchimpfungsrate bei den Pflegenden erreicht, dann wäre so etwas vielleicht später überlegbar. Aber derzeit steht das überhaupt nicht auf der Agenda. Ich persönlich bin auch niemals ein Befürworter einer Impfpflicht gewesen.

#### **Einige Menschen sagen, sie würden sich gerade am Anfang nicht impfen lassen und erstmal abwarten. Was würden Sie ihnen entgegnen?**

Grundsätzlich ist es ja immer so: Wenn es etwas Neues gibt, haben die Menschen erstmal Angst. Und die Risikowahrnehmung ist bei Menschen schon immer ein Problem gewesen, die Gewichtung von Risiken fällt uns extrem schwer. Das sehen Sie beim Impfen auch. Und wenn Sie mich jetzt als Theoretiker fragen, ist es natürlich so, dass in dieser Phase die Sicherheit gut ist, aber nie vollständig sein kann. Doch das gilt für jedes neue Medikament und jede neue Impfung. Die Konsequenz ist, dass wir unbedingt für ausgezeichnete Pharmakovigilanz sorgen müssen. Deswegen ist eine flächendeckende und absolut zuverlässige Dokumentation der Impfung extrem wichtig, denn nur so kann man letztendlich sogenannte seltene Signale, die auftreten könnten, frühzeitig erkennen.

#### **Sie sprechen sich für ein Impfregister aus.**

Das habe ich immer getan und lag damit schon im Clinch mit allen möglichen Leuten, von Datenschützern bis hin zu denjenigen, die sagen, es koste zu viel Geld. Diese Diskussion ist alt. Und trotzdem, wir brauchen ganz klar ein Impfregister, gerade auch jetzt zu Corona. Natürlich muss das datenschutzrechtlich gesichert sein. Aber wenn man auf der einen Seite eine wirklich verantwortungsvolle Pharmakovigilanz erreichen will, was wir müssen, dann braucht es einen gangbaren Kompromiss, was den Datenschutz betrifft. Ich bin und bleibe Verfechter eines Impfregisters, so ähnlich wie es das in Finnland gibt zum Beispiel, die machen damit sehr gute Erfahrungen.

#### **Ihr Schlussplädoyer in Bezug auf Impfungen generell und bezogen auf Corona?**

Impfungen sind die beste prophylaktische Maßnahme, die die Medizin bislang entwickelt hat, wenn Sie auf allgemeine Empfehlungen schauen. Dafür gibt es historisch viele unwiderlegbare Beweise, nehmen Sie Diphtherie, Tetanus, Hepatitis B, Polio, Kinderlähmung, Pocken. Bezüglich Infektionskrankheiten ist Impfung das Einzige, was uns hilft, ein Problem, das wir mit einer Infektionskrankheit haben, wirklich definitiv zu lösen. Bei Corona als Virusinfektion ist das auch so – und ich hoffe sehr, dass es uns gelingt, durch Impfung die Pandemie möglichst bald „in den Griff zu bekommen“. ■



BARMER-UMFRAGE

## Mehrheit will sich gegen Corona-Virus impfen lassen

Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung (53 Prozent) ist bereit, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen. Auch die Bereitschaft, die eigenen Kinder impfen zu lassen, fällt mit 42 Prozent hoch aus. Das geht aus einer repräsentativen Umfrage der BARMER unter rund 2.000 Befragten ab 16 Jahren im November 2020 hervor.

Demnach würde sich die Mehrheit der Befragten (55 Prozent) bald impfen lassen und vertraut darauf, dass die Impfstoffe sicher sind (43 Prozent). „An der Impfung führt kein Weg vorbei, um die Corona-Pandemie zu überwinden. Deshalb ist es ein wichtiges Signal, dass sich die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger impfen lassen möchte. Je höher die Bereitschaft, desto besser. Mit der Impfung schützt man nicht nur sich selbst, sondern auch diejenigen, die sich nicht immunisieren lassen können“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER.

**Laut Umfrage wollen sich 69 Prozent der Befragten impfen lassen, um bestmöglich geschützt zu sein.** 62 Prozent wollen es tun, um andere zu schützen. Ältere Personen stehen einer Impfung insgesamt offener gegenüber. So wollen sich bei den Befragten ab 60 Jahren knapp zwei Drittel impfen lassen. Bei den 16- bis 39-Jährigen hingegen ist sich nur knapp ein Viertel vollkommen sicher. Für gut ein Fünftel der Befragten (22 Prozent) kommt eine Corona-Impfung nicht in Frage. Eine generelle Ablehnung von Impfungen spielt mit 22 Prozent eine geringere Rolle.

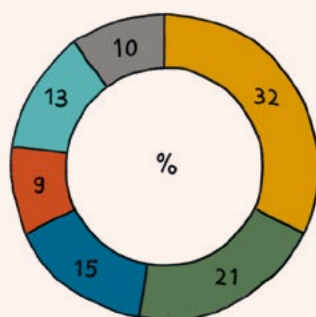
„Die Impfung gegen das Coronavirus soll freiwillig erfolgen. Aufklärung ist das beste Mittel für eine hohe Akzeptanz und Impfbereitschaft in der Bevölkerung“, betont Straub. Wichtig sei allen voran, über die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe zu informieren und so Menschen ihre Sorgen zu nehmen. Eine Impfpflicht würde von knapp zwei Dritteln der Befragten abgelehnt. *pm*

[www.barmer.de](http://www.barmer.de)

## Hohe Impfbereitschaft gegen das Coronavirus

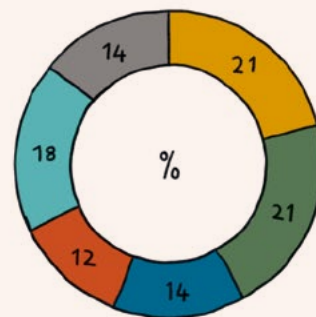
Repräsentative Online-Befragung im November 2020

Würden Sie sich gegen das Coronavirus impfen lassen?



Befragte: 2.032

Würden Sie Ihr Kind bzw. Ihre Kinder gegen das Coronavirus impfen lassen?



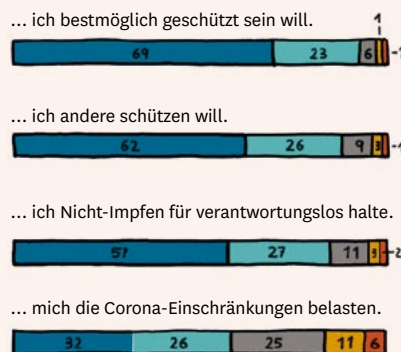
Befragte mit minderjährigen Kindern im Haushalt: 289

ja, auf jeden Fall   eher ja   vielleicht   eher nicht   sicher nicht   weiß nicht

## Gründe für und gegen die Coronavirus-Impfung

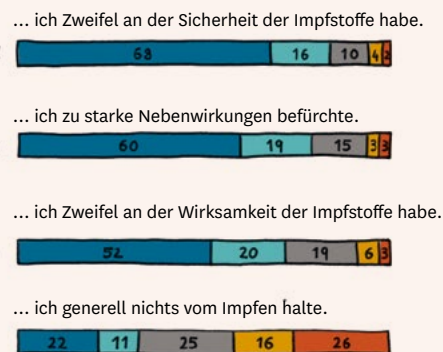
Repräsentative Online-Befragung im November 2020; Angaben in Prozent

Ich würde mich gegen das Coronavirus impfen lassen, weil ...



Befragte (Personen, die sich eher/auf jeden Fall impfen lassen würden): 1.080

Ich würde mich nicht gegen das Coronavirus impfen lassen, weil ...



Befragte (Personen, die sich eher/sicher nicht impfen lassen würden): 438

1 (stimme voll und ganz zu)   2   3   4   5 (stimme überhaupt nicht zu)

Quelle: BARMER



# BIBLIOTHEK

## KOMMENTAR

### Fragestellungen im Sozialgerichtsverfahren

Die Neuauflage des Kommentars berücksichtigt mit Gesetzesstand April 2020 unter anderem das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung und das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts. Der Praktiker-Kommentar richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich beruflich mit dem SGG beschäftigen müssen, und hilft bei der Lösung prozessualer Fragestellungen im Sozialgerichtsverfahren.



Dr. Jens Meyer-Ladewig,  
Wolfgang Keller, Dr. Stephan  
Leitherer, Dr. Benjamin Schmidt  
**Sozialgerichtsgesetz (SGG) -  
Kommentar**  
13. Auflage 2020, XXVII,  
1.759 S., €105  
Verlag C. H. Beck, München

## Rechte behinderter Menschen

Das Sozialgesetzbuch IX hat die Situation behinderter Menschen wesentlich erleichtert. Die vom Gesetzgeber seitdem mehrfach ergänzten und geänderten Vorschriften werden von kompetenten Autoren aus dem Bereich Rechtsprechung und Verwaltung fundiert und praxisorientiert kommentiert. Das Werk erleichtert das Verständnis der Vorschriften und bietet verlässliche Hilfe für ihre Anwendung.

Dr. Dagmar Oppermann (Hg.)

### **SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

44. Lfg., 01/2020, €55,40; 45. Lfg., 04/2020, €61,60;  
46. Lfg., 08/2020, €62,80. Gesamtwerk 5.096 S. in drei  
Ordnern, €108

Erich Schmidt Verlag, Berlin

## KOMMENTAR

### Grundlagen der Verwaltungsgerichtsbarkeit

Der erfolgreiche Handkommentar gibt zuverlässige und wissenschaftlich genaue Antworten auf alle verwaltungsprozessualen Fragen. Er ist eng mit dem Parallelwerk Kopp/Ramsauer, Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG), abgestimmt. Auf die Entwicklungen des europäischen Gemeinschaftsrechts wird in den Erläuterungen ein besonderes Augenmerk gelegt. Neue Rechtsprechung und Literatur zum Verwaltungsprozessrecht sind eingearbeitet. Die Neuauflage berücksichtigt bereits die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Verwaltungsprozess.



Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (†),  
Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Schenke  
(Hg.)  
**VwGO – Verwaltungsgerichts-  
ordnung – Kommentar**  
26. Auflage 2020, XXXIII,  
2.125 S., €67  
Verlag C. H. Beck, München

## Recht der Krankenversicherung

Neben praxisorientierten Kommentierungen und den aktuellen Gesetzestexten zum SGB V enthält der Kommentar eine Fülle von Entscheidungshilfen und Informationen zu aktuellen sozial- und rechtspolitischen Entwicklungen. Mit vielen lösungsorientierten Hinweisen zur konkreten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen geben die Autoren zusätzlich wertvolle Unterstützung für die richtige Rechtsanwendung.

Olaf Rademacker (Hg.)

### **SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung**

1. Lfg., 01/2020, €67; 2. Lfg., 02/2020, €57,80; 3. Lfg.,  
03/2020, €66,80; 4. Lfg., 04/2020, €72,80; 5. Lfg.,  
05/2020, €68; 6. Lfg., 06/2020, €63,40. Gesamtwerk  
11.022 S. in sieben Ordnern, €208

Erich Schmidt Verlag, Berlin

## NACHSCHLAGEWERK

### Gesundheitssystem in Stichworten

Mit mehr als 1.000 Stichworten wird das deutsche Gesundheitssystem in seinen Facetten und vielfach komplizierten Regelungen aufgeschlüsselt und auf diese Weise verständlich gemacht. Durch systematische Querverweise wird der Nutzer unterstützt, indem er auf wichtige ergänzende Begriffe und Schlagworte aufmerksam gemacht wird. Wegen des umfassenden Ansatzes ist das Lexikon sowohl im Rahmen der Aus- und Fortbildung, des Studiums als auch für gestandene Fachleute der verschiedenen Gesundheitsberufe bei Zweifelsfragen jenseits des eigenen Fachgebietes zu einem Standard-Nachschlagewerk geworden.



Dr. Uwe K. Preusker (Hg.)  
**Lexikon des deutschen  
Gesundheitssystems**  
6. Auflage 2020, XXII,  
645 S., €118,99  
medhochzwei Verlag GmbH,  
Heidelberg

## Kommentar zur Arbeitsförderung

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt von 2012 wurde das SGB III grundlegend überarbeitet. Dezentrale Entscheidungskompetenzen wurden gestärkt und das Instrumentarium der aktiven Arbeitsförderung flexibilisiert. Die Neuauflage des Kommentars bietet lösungsorientierte Hinweise zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und Unterstützung für die Rechtsanwendung.

Prof. Dr. Thomas Voelzke (Hg.)

### **SGB III – Arbeitsförderung**

1. Lfg., 02/2020, €62,40; 2. Lfg., 03/2020, €63,60;  
3. Lfg., 05/2020, €63,80.

Gesamtwerk 4.900 S. in drei Ordnern, €254  
Erich Schmidt Verlag, Berlin

GESUNDHEITSLEISTUNGEN

## Effizienz der Leistungserbringung

Ein Ansatz zur sektorenübergreifenden Optimierung der Leistungserbringung können prospektive regionale Gesundheitsbudgets, so genannte Capitation-Modelle, sein. Die Stiftung Münch hat deshalb eine Studie beauftragt, Modelle in den USA, der Schweiz, Peru und Spanien zu analysieren und darauf basierend Handlungsoptionen für Deutschland abzuleiten. Die Ergebnisse sind im Buch veröffentlicht.



Stiftung Münch (Hg.)  
**Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland**  
2020, XVIII, 170 S., €59,99  
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

## Gebühren- und Vertragsrecht Ärzte

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

Karl-Heinz Andro, Norbert Fischer  
**ÄGUV**  
201. Lfg., 04/2020, €229.  
Gesamtwerk in zwei Ordnern, €189  
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

BASISKOMMENTAR

## Erläuterungen zum SGB IX

Der Basiskommentar erläutert das Schwerbehindertenrecht im SGB IX Teil 3: Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen. Nach der umfassenden Reform durch das Bundesteilhabegesetz steht in der Neuauflage die aktuelle Rechtsprechung im Fokus, so unter anderem zu den Fällen: Betriebsbedingte Kündigung eines schwerbehinderten Menschen, wenn keine Weiterbeschäftigungsmöglichkeit besteht, und Mitwirkungspflicht des Arbeitgebers an der stufenweisen Wiedereingliederung schwerbehinderter Beschäftigter.



Werner Felde, Silvia Helbig,  
Bettina Krämer, Rainer Rehwald  
und Bernd Westermann  
**Schwerbehindertenrecht – Basiskommentar zum SGB IX mit Wahlordnung**  
15. Auflage 2020, 556 S., €39,90  
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

## Materialsammlung zur Krankenversicherung

Das SGB KV bietet die für die Ausbildung abgestimmten Gesetze auf dem jeweils neuesten Rechtsstand sowie ausgewählte Verordnungen und Rundschreiben. Redaktionelle Anmerkungen erleichtern die Lösung fachlich anspruchsvoller Aufgaben. Berücksichtigt werden vorzugsweise die für den Sozialversicherungsfachangestellten interessanten Fragestellungen.

**SGB – KV**  
69. Lfg., 07/2020, €137,90.  
Gesamtwerk in zwei Ordnern, €150  
Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied

BASISKOMMENTAR

## Hilfestellung im Betriebsratsalltag

Der Basiskommentar mit Wahlordnung erläutert das gesamte Betriebsverfassungsgesetz unter Berücksichtigung der Rechtsprechung aller Instanzen. Der Nutzer erhält zu wichtigen Einzelfragen einen Überblick über den aktuellen rechtlichen Stand, die Meinung der Rechtsprechung und – wenn erforderlich – eine arbeitnehmerfreundliche Empfehlung. Diese sind bei Auslegungsfragen für Betriebsräte besonders hilfreich. Kernthemen sind unter anderem die Mitbestimmung bei Pandemie, Arbeit 4.0 und Digitalisierung sowie Folgen des BVerfG-Urteils zum dritten Geschlecht Divers.



Thomas Klebe, Jürgen Ratayczak,  
Micha Heilmann, Sibylle Spoo  
**Betriebsverfassungsgesetz – Basiskommentar mit Wahlordnung**  
21. Auflage 2020, 1.010 S., €42  
Bund-Verlag, Frankfurt am Main

## Betäubungsmittelrechtliche Rechtsprechung

Im Mittelpunkt des Werkes stehen die Kommentierung des Betäubungsmittelgesetzes und Erläuterungen zu weiteren betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften wie dem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz. Es enthält zudem Dokumente zu internationalen Übereinkommen, eine Kommentierung des Gesetzes zur Bekämpfung von Doping im Sport sowie Erläuterungen zu weiteren internationalen Doping-Vorschriften.

Peter Cremer-Schaeffer, Annette Rohr,  
Karl-Rudolf Winkler  
**Deutsches Betäubungsmittelrecht – Kommentar**  
19. Lfg., 03/2020, €69. Gesamtwerk 2.440 S.  
in zwei Ringordnern, €98  
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart



## FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG

## Sichelzellkrankheit bei Neugeborenen

Der Bluttest auf Sichelzellkrankheit ist zukünftig fester Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen in Deutschland. Das dafür notwendige Bewertungsverfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) abgeschlossen. Damit deckt das erweiterte Neugeborenen-Screening nun bereits 15 Krankheiten ab, die man durch die frühe Untersuchung erkennen und dadurch zielgerichtet behandeln kann. So auch die Sichelzellkrankheit, die unbehandelt bereits bei kleinen Kindern zu gravierenden Schäden an lebenswichtigen Organen und zu Todesfällen führt. Basis für den Beschluss ist eine vom G-BA beauftragte Studienauswertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die belegt, dass eine frühestmögliche Diagnose – mit der die Beratung und Anleitung zu Verhaltensregeln der Angehörigen einhergeht – einen deutlichen Vorteil für die medizinische Behandlung bietet. *pm*

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## G-BA

## Screening auf Hepatitis B und C beim Check-up

Versicherte ab 35 Jahren haben künftig einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C als Bestandteil des sogenannten Check-ups (Gesundheitsuntersuchung) testen zu lassen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Damit sollen unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) oder Hepatitis-C-Virus (HCV) erkannt werden. Eine unbehandelte chronische Hepatitis kann gravierende Spätfolgen wie Leberzirrhose oder Leberkrebs nach sich ziehen. Im schlimmsten Fall wird die Leber so schwer geschädigt, dass eine Lebertransplantation nötig sein kann. *pm*

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## INNOVATIONSAUSSCHUSS

## Vorschläge für Förderbekanntmachungen

Bis Mitte Januar 2021 können Akteure im Gesundheitswesen den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dabei unterstützen, Themen und Kriterien für Förderbekanntmachungen im kommenden Jahr zu identifizieren. Den Rahmen dafür bildet ein sogenanntes Konsultationsverfahren, an dem Expertinnen und Experten aus Verbänden im Gesundheitswesen, aus der Wissenschaft (Forschung und Lehre) sowie von Patientenorganisationen teilnehmen können.

**Die Vorschläge können sich auf die Bereiche neue Versorgungsformen sowie Versorgungsforschung beziehen, letztgenannter Bereich umfasst auch die Untersuchung von Richtlinien des G-BA.** Sie sollten unter Verwendung eines Vorschlagsformulars bis zum 15. Januar 2021, 12:00 Uhr per E-Mail an [konsultationsverfahren@if.g-ba.de](mailto:konsultationsverfahren@if.g-ba.de) gesendet werden. Vorschläge, die nicht fristgerecht eingehen, können für die nächsten Förderbekanntmachungen berücksichtigt werden.

Grundsätzlich erstellt die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses im Auftrag des Innovationsausschusses eine Förderbekanntmachung, die auf den im Rahmen des Konsultationsverfahrens eingegangenen und ausgewerteten Vorschlägen basiert. Ziel ist es, solche Projekte mit den Mitteln des Innovationsfonds zu fördern, die über die bisherige regelhafte Gesundheitsversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland hinausgehen und für deren qualitative Weiterentwicklung einen wichtigen Impuls geben können.

**Bisher hatte der Innovationsausschuss die Themenschwerpunkte und Kriterien in den Förderbekanntmachungen selbst festgelegt.**

Ab dem Bewilligungsjahr 2021 ist diesem Schritt nun ein Konsultationsverfahren vorgeschaltet, das externe Expertise aus der Gesundheitsversorgung einbeziehen soll. Gesetzliche Grundlage dafür ist der §92b Absatz 2 Satz 1 SGB V, der durch das Digitale-Versorgung-Gesetz angepasst wurde. *pm*

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## IGEL-MONITOR

## Mehr Hinweise auf Schäden als auf Nutzen

Das Team des IGeL-Monitors hat die Selbsterlebung Ultraschall zur Früherkennung von Gebärmutterkörperkrebs erstmals bewertet. Die Bewertung des Ultraschalls der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung wurde aktualisiert. In Studien zu beiden Untersuchungen gab es mehr Hinweise auf Schäden als auf einen Nutzen für Patientinnen. Fachgesellschaften raten übereinstimmend davon ab, diese Untersuchungen als Screening anzuwenden. Dennoch werden die Untersuchungen häufig angeboten – auch jüngeren Frauen, die offensichtlich nicht zur Risikogruppe gehören. Gynäkologische Praxen handeln damit gegen die Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften.

**Gebärmutterkörperkrebs und Eierstockkrebs sind Krebserkrankungen der inneren Geschlechtsorgane der Frau.** Gynäkologische Praxen bieten ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen Früherkennungsuntersuchungen per Ultraschall an – oft im Rahmen einer „gynäkologischen Krebsvorsorge“, einer „großen Krebsvorsorge für die Frau“ oder eines „Sono-Checks“. Oft werden die Eierstöcke und der Gebärmutterkörper zusammen untersucht. Die Leistungen müssen als individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, von den Versicherten selbst bezahlt werden.

Bezogen auf den Gebärmutterkörperkrebs ließen sich weltweit keine Studien ausmachen, die zeigen, dass die Untersuchung den Betroffenen nützt. Zur Krebserkrankung der Eierstöcke fand das Team des IGeL-Monitors eine hochwertige aktuelle Übersichtsarbeit sowie Langzeitergebnisse einer der großen Screening-Studien zu diesem Thema, die belegen, dass sich bei der Gruppe der Frauen mit Ultraschall und der ohne Ultraschall die Sterblichkeit kaum unterscheidet. Zudem kann es bei beiden Früherkennungsuntersuchungen zu falsch positiven Ergebnissen kommen. *pm*

[www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)





# STECKBRIEF

**Claudia Bernhard**

Alter 59

Wohnort Bremen

Tätigkeit Senatorin für Gesundheit,

Frauen und Verbraucherschutz

Ausbildung Magister in Geschichtswissenschaft

Hobbys Schlafen, Heimwerken, Kino

Lieblingsgericht Kaiserschmarrn

**Gesundheit bedeutet für Sie ...**

... frei von Beschwerden zu sein.

**Wie lautet Ihr Rezept für persönliches Wohlbefinden?**

Frei und unabhängig zu sein.

**Was ist Ihr ungesundes Laster?**

Kaffee.

**Wogegen wären Sie gerne versichert?**

Sexismus.

**Was schätzen Sie am deutschen Gesundheitssystem?**

Die freie Arztwahl und den gerade im internationalen Vergleich niedrigschwelligen Zugang zu hausärztlicher Versorgung.

**Als Versicherte wünschen Sie sich ...**

... qualitativ hochwertige Versorgung und umfassende Kostenübernahme.

**Worauf könnten Sie in der Politik verzichten?**

Zu große Egos.

**Welche Person wären Sie gerne für einen Tag?**

Diane Krall.

**Wie lautet Ihr Motto fürs Leben?**

Es geht immer mehr, als man denkt.



# Vom Umgang mit Krankheitsangst

**S**pätestens mit der Corona-Krise dürfte es vorbei sein, Menschen mit Krankheitsangst von vornherein als eingebildete Kranke bzw. Hypochonder zu belächeln. Denn nichts ist zurzeit realer als die Angst vor Krankheit. Es geht um die allgegenwärtige Furcht davor, an Covid-19 zu erkranken. Diese Angst drückt sich vielfältig aus. Menschen erschrecken und weichen zur Seite, wenn jemand hinter ihnen hustet. So mancher Radfahrer radelt mit Maske, um sich zu schützen. Einige Bahnreisende buchen entgegen ihrer Gewohnheiten ein Ticket für die erste Klasse, in der Hoffnung, es möge dort leerer sein. Und an der Supermarktkasse fordern Wartende lautstark den Mindestabstand ein.

Auch Corona-Symptome werden häufig gegoogelt. Dabei ist das Googeln von Krankheiten kein neues Phänomen. Schon lange hat es sich eingebürgert, Dr. Google zu bemühen, um Krankheitszeichen zu deuten. Das ist ein Zeichen unserer Zeit. Der Zugriff auf digitale Informationen rund um das Thema Gesundheit befördert eben die intensive Beschäftigung mit Krankheiten. Immerhin 46 Prozent der Deutschen geben der Bertelsmann Stiftung zufolge an, regelmäßig im Internet Gesundheitsthemen zu recherchieren.

**Die Motive hierfür sind vielfältig.** Es geht darum, besser informiert zu sein, Tipps zu erhalten, Austausch zu pflegen und sich bei akuten Gesundheitsproblemen selbst zu helfen. Die Zahl der Gesundheits-Surfer wird weiter zunehmen. Umso wichtiger ist es, dass im Internet verlässliche und gesicherte Informationen bereitgestellt werden. Hierauf wirkt beispielsweise das neue nationale Gesundheitsportal hin.

Auch wenn sie einen Arztbesuch nicht ersetzen, können digitale Gesundheitsinformationen Orientierungshilfe bieten. Vielleicht verstärken sie aber auch Krankheitsangst. Wer übermäßig stark darunter leidet, benötigt professionelle Hilfe. Übrigens beschrieb der griechische Arzt Hippokrates die „Hypochondrie“ als eine „unter dem Knorpel“ gelegene Störung, die mit diversen Erkrankungen, mit Melancholie, später auch mit eingebildeten Leiden in Verbindung gebracht wurde. Letztere Zuschreibung hat sich bis heute gehalten.

Angst vor Krankheit gehört gerade in diesen Zeiten zum Alltag. Umso mehr kommt es darauf an, dass wir uns weiterhin vor- und umsichtig verhalten, zum Schutz aller. In diesem Sinne, bleiben Sie gesund.

*Ihre Redaktion*

## IMPRESSUM

*ersatzkasse magazin.*

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

### Herausgeber

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

### Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried  
(Leiterin Abteilung Kommunikation vdek)

### Redaktion

Annette Kessen, Dr. Tanja Grootz

### Kontakt

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

### Layout

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

### Repro und Druck

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

### Erscheinungsdatum

Dezember 2020 / 100. Jahrgang  
*ersatzkasse magazin.* erscheint sechs Mal im Jahr.

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

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

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

# Mitgliedskassen

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



## Techniker Krankenkasse (TK)

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



## DAK-Gesundheit

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



## hkk – Handelskrankenkasse

Martinistraße 26  
28195 Bremen  
Tel.: 0421-36 55-0  
Fax: 0421-36 55-3700  
info@hkk.de  
www.hkk.de  
@hkk\_Presse



## BARMER

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



## KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

## HEK – Hanseatische Krankenkasse

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



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

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel 030/26931-1206

Fax 030/26931-2900

[www.vdek.com/magazin](http://www.vdek.com/magazin)

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