

ersatzkasse magazin.

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

G20634

6. AUSGABE 2021



Digitalisierung im Sinne der Versicherten

Patientenzentrierte Digitalisierung kommt in vielen Bereichen gut voran, mehr Tempo ist aber notwendig

»Solidarfinanziertes Gesundheitssystem ist ein großes Plus«

Medizinerin Silke Schicktanz lobt Vorzüge des solidarfinanzierten Gesundheitssystems in Pandemie-Zeiten

Gesundheit in der Altenpflege fördern

Gezielte Bewegungsförderung stärkt die Gesundheit von Pflegekräften und Pflegebedürftigen in der Altenpflege

DIE MITGLIEDSKASSEN

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



Techniker Krankenkasse (TK)

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

BARMER

BARMER

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



DAK-Gesundheit

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



KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



hkk-Handelskrankenkasse

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



HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

 @vdek_Presse vdek zum #Koalitionsvertrag: #Ampelparteien gehen wichtige Baustellen an – aber: nachhaltiges Finanzierungskonzept für #GKV und #SPV nötig

 @vdek_Presse Zahlen z. B. aus Spanien zeigen, Impfen ist das beste Mittel gegen die Pandemie. Über 80% der Bevölkerung haben vollständigen Impfschutz & die Inzidenz liegt bei 85. Deshalb: Lassen Sie sich boostern, erst- oder zweitimpfen.



EDITORIAL

Die 20. Legislaturperiode hat begonnen

Der neue Bundestag hat sich am 26. Oktober 2021 konstituiert, der neue Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD) wurde am 8. Dezember 2021 gewählt. Etwas überraschend wurde der SPD-Politiker Prof. Dr. Karl Lauterbach zum Gesundheitsminister ernannt. Kein leichter Job. Die Corona-Pandemie muss eingedämmt, Strukturreformen, wie im Koalitionsvertrag beschrieben, auf den Weg gebracht, die Finanzen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung stabilisiert werden. Und es gilt, die digitale Transformation voranzutreiben. Die Corona-Pandemie hat vieles ermöglicht, doch das Potenzial von Telemedizin, elektronischer Patientenakte, Apps auf Rezept, Künstlicher Intelligenz usw. ist noch längst nicht ausgeschöpft. Das gilt auch für die Nutzung von Daten aus Pandemie-Apps, wie Prof. Dr. Silke Schicktanz im Interview mit *ersatzkasse magazin*. erläutert. Allerdings fordert die Medizinerin dafür auch klare ethische Leitplanken. Wir wünschen der neuen Bundesregierung ein gutes Händchen bei der Bewältigung all der anstehenden Aufgaben. Und Ihnen liebe Leserinnen und Leser: Frohe Weihnachten und rutschen Sie gesund ins neue Jahr!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Der neue Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP will viele Baustellen im Gesundheitswesen angehen, etwa Strukturreformen in der Krankenhauslandschaft und die Stärkung der Prävention. → **Mehr dazu auf Seite 10 und 31**

In den vergangenen Jahren sind die finanziellen Eigenanteile von Pflegebedürftigen, die in Pflegeheimen wohnen, stark gestiegen. Eine gesetzliche Neuregelung sieht ab dem nächsten Jahr eine finanzielle Entlastung vor. → **Mehr dazu auf Seite 18**

Digitalisierung im Sinne der Versicherten

SCHWERPUNKT Digitaler Fortschritt kommt bei den Versicherten an. Dafür gibt es gute Beispiele, etwa mit Blick auf das virtuelle Krankenhaus, Videosprechstunden, die elektronische Patientenakte und Teleschlafmedizin. Die neue Bundesregierung muss den Ausbau der telemedizinischen Anwendungen im Sinne der Patientinnen und Patienten weiter vorantreiben.

32



ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin





»Unser solidarfinanziertes Gesundheitssystem ist ein großes Plus«

POLITIK & VERSORGUNG Die Corona-Pandemie hat weltweit bioethische Konflikte offengelegt. Dies zeigte sich beim Impfen und bei der mangelnden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, sagt die Medizinethikerin Prof. Dr. Silke Schicktanz in *ersatzkasse magazin*. Ein großes Plus bei der Pandemiebewältigung sei das solidarfinanzierte Gesundheitssystem in Deutschland.

26

Gesundheit in der Altenpflege fördern

ERSATZKASSEN Gezielte körperliche Betätigung kann die Gesundheit von Pflegekräften und Pflegebedürftigen in der Altenpflege stärken. Die DAK-Gesundheit verfolgt diesen Ansatz in ihrem Projekt POLKA, an dem 30 stationäre Altenpflegeeinrichtungen in vier Bundesländern teilnehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention gehen hier Hand in Hand.

46

AKTUELL

- 7 Impfen ist Ausdruck von Solidarität
- 8 Abrechnungsbetrug bekämpfen
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Ampel-Koalitionsvertrag im Fokus
- 13 Neuer Bundestag: Zahlen und Fakten
- 14 Drei Fragen an Bärbel Bas
- 15 Was ändert sich 2022?
- 16 Mit Impfungen gegen Corona
- 18 Pflegebedürftige spürbar entlastet
- 20 #regionalstark
- 24 vdek-Zukunftspreis 2021 geht an drei Projekte
- 26 Silke Schicktanz im Interview
- 31 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 34 Digital Health im Gesundheitswesen
- 36 Drei Fragen an das RKI
- 37 Meilensteine für die Versicherten
- 40 Mehr Videosprechstunden
- 41 Ansätze der Teleschlafmedizin
- 42 Das virtuelle Krankenhaus

ERSATZKASSEN

- 44 Mehr Kinderkrankengeld abgerufen
- 46 Bewegungsförderung in der Altenpflege

VERMISCHTES

- 48 Podcast „Sneakerjagd“
- 50 PS: Kopfkino im Wartezimmer
- 50 Impressum

Einnahmen vor allem aus Kassenabrechnung

Die Arztpraxen in Deutschland haben nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) 2019 mit 71,2 Prozent den überwiegenden Teil ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung erzielt. Zu den Arztpraxen zählen allgemeinmedizinische Praxen und Facharztpraxen. 25,9 Prozent resultierten aus Privatabrechnung und 2,9 Prozent aus sonstigen selbstständigen ärztlichen Tätigkeiten. Seit 2015, dem letztmaligen Berichtsjahr der Erhebung, sind die Anteile nahezu stabil geblieben. Die durchschnittlichen Einnahmen je Arztpraxis lagen 2019 bei 602.000 Euro. Den Einnahmen standen Aufwendungen in einer durchschnittlichen Höhe von 306.000 Euro je Arztpraxis gegenüber. Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen ergibt sich der Reinertrag, der nicht mit dem Gewinn beziehungsweise dem Einkommen der Ärzte gleichzusetzen ist. Der durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis lag 2019 bei 296.000 Euro. *pm*
 → bit.ly/3deov8l





Der Bundestag hat Mitte November 2021 die Bundeszuschussverordnung für das nächste Jahr verabschiedet, die einen ergänzenden **Bundeszuschuss in Höhe von 14 Milliarden Euro im Jahr 2022** an den Gesundheitsfonds vorsieht. „Es ist ein wichtiges Signal für die gesetzlichen Krankenkassen und die Beitragszahler, dass der neu gewählte Bundestag der Verordnung für einen ergänzenden Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds um weitere sieben Milliarden Euro zugestimmt hat. Das verschafft der GKV eine Verschnaufpause“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Mit dem Beschluss über 14 Milliarden Euro an zusätzlichen Steuergeldern erhalte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine finanzielle Stabilisierung für das Jahr 2022 und es werde sichergestellt, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im kommenden Jahr bei 1,3 Prozent stabil bleibe. Da die getroffene Regelung allein für das Jahr 2022 gilt, werde eine nachhaltige Finanzierungsstrategie eine der wesentlichen Aufgaben der neuen Bundesregierung sein. *pm*



Impfen ist Ausdruck von Solidarität

Angesichts der massiv steigenden Corona-Zahlen und der drohenden Überlastung der Krankenhäuser hat die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf ihrer Sitzung am 8. Dezember 2021 die Menschen aufgefordert, sich impfen zu lassen. Der ehrenamtliche **vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens** betonte: „Wir bauen in unserem Gesundheitswesen auf Solidarität. Auch Impfen ist ein Ausdruck von Solidarität. Mit der Impfung schützen wir uns selber und andere.“ In Bezug auf den neuen Koalitionsvertrag sagte er, dass die Ampelkoalition die Probleme richtig adressiere und Kernforderungen der Ersatzkassen aufgegriffen habe. Ein Schlüsselthema bleibe die nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung. Ausdrücklich begrüßte er das Vorhaben, Gremien der Selbstverwaltung bei den Verbänden im Gesundheitswesen paritätisch mit Frauen und Männern zu besetzen. Es sei erfreulich, dass der vdek-Vorschlag für eine verbindliche, geschlechterparitätische Besetzung umgesetzt wird. Sie führe zu einer Stärkung der Geschlechtergerechtigkeit auch im Gesundheitswesen. Insgesamt sei die Selbstverwaltung der Erfolgsgarant für das gut funktionierende Gesundheitssystem. *pm*
→ [Mehr dazu auf Seite 10 und 31](#)



DIE ZAHL Bis zum Jahr 2030 könnten bei konservativen Annahmen mehr als 180.000 Pflegekräfte fehlen, auch weil es mit dann insgesamt rund sechs Millionen Pflegebedürftigen über eine Million Betroffene mehr geben wird als bisher angenommen. Das geht aus dem aktuellen Pflegereport der BARMER hervor.
→ bit.ly/3DCXDu0



Karl Lauterbach ist neuer Bundesgesundheitsminister

Am 8. Dezember 2021 ist **Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD)** als neuer Bundesgesundheitsminister vereidigt worden. Inmitten der vierten Corona-Welle übernimmt der SPD-Bundestagsabgeordnete, Arzt, Gesundheitsökonom und Epidemiologe das Amt von Jens Spahn (CDU). Zu seinen politischen Schwerpunkten zählen neben der Gesundheitspolitik auch die Finanzierung sozialer Sicherungssysteme und die Pflegeversicherung. Der gebürtige Westfale ist seit 2005 Mitglied des Bundestages. Für diese Tätigkeit ist er als Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Medizinischen Fakultät an der Universität Köln beurlaubt. Darüber hinaus hat der Sozialdemokrat eine Gastprofessur an der Harvard-Universität (USA) inne. In einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Civey hatten 59 Prozent der Deutschen eine Ernennung Lauterbachs zum Gesundheitsminister befürwortet. *tag*

Neues Vorstandsmitglied der BARMER



Simone Schwering ist seit 1. November 2021 neues Vorstandsmitglied der BARMER. Sie ist unter anderem für die Bereiche Personal, Organisation/Beitrag und Zentrale Dienste zuständig. Sie hat in herausgehobenen Positionen bei verschiedenen Krankenkassen seit 2004 umfangreiche Erfahrungen gesammelt. Seit 2017 ist die ausgebildete Juristin bei der BARMER tätig, seit März 2020 als Bereichsleiterin Personal/Organisation. *tag*

Neue Staatssekretärin und neuer Staatssekretär im BMG

In der 20. Legislaturperiode unterstützen **Sabine Dittmar und Dr. Edgar Franke (beide SPD)** den neuen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach als parlamentarische Staatssekretärin/parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Dittmar war zuvor gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Bundestag. Die praktische Ärztin ist seit 2013 Bundestagsabgeordnete. Franke gehört dem Deutschen Bundestag seit 2009 an und hat sich dort vorrangig für gesundheits- und rechtspolitische Themen engagiert. In den vergangenen vier Jahren war er stellvertretender gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion. Von 2014 bis 2017 leitete er den Gesundheitsausschuss im Bundestag. Er studierte Rechts- und Politikwissenschaften in Marburg und Gießen und promovierte im Kommunalrecht. *tag*



Betrug im Gesundheitswesen stärker bekämpfen

Vor gut einem Jahr ist die Bayerische Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg neu eingerichtet worden. Anlässlich des einjährigen Bestehens der ZKG erklärte Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: „Landesweit einheitliche, spezialisierte Ermittlungsstrukturen sind besonders effektiv und haben sich bei der Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen als sehr wirksam erwiesen.“ Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes appellierte bereits im letzten Jahr an die Länder, diese Entwicklung konsequent fortzusetzen und in den länderübergreifenden Gremien zu beraten. Die Strafverfolgung von Vermögensstrafataten und Korruption im Gesundheitswesen müsse so effizient wie möglich werden und sollte deshalb im kommenden Jahr auch von der Justiz- und Innenministerkonferenz aufgegriffen werden.“ *pm*



**AUS DEM
GEMEINSAMEN
BUNDESAUSSCHUSS**
www.g-ba.de

Corona-Sonderregelungen verlängert

Der G-BA hat Anfang Dezember 2021 seine zeitlich befristeten Corona-Sonderregelungen im Bereich der Arbeitsunfähigkeit und verordneten Leistungen bis Ende März 2022 verlängert. Zudem reaktivierte er bereits ausgelaufene Ausnahmen bei der Qualitätssicherung. Bis Ende März 2022 können Krankenhäuser beispielsweise von der Mindestausstattung mit Pflegefachkräften bei bestimmten komplexen Behandlungen abweichen. Es wird bis zu diesem Zeitpunkt in den Krankenhäusern auch auf bestimmte Kontrollen durch den Medizinischen Dienst verzichtet. Der G-BA reagiert damit auf die vierte Welle der Corona-Pandemie, die

durch sehr hohe Infektionszahlen, eine zu niedrige bundesweite Impfquote und hohe Belastungen für die Intensivstationen der Krankenhäuser geprägt ist.

Außerklinische Intensivpflege wird neu aufgestellt

Eine neue Richtlinie (AKI-RL) legt fest, wie Versicherte, die auf eine außerklinische Intensivpflege angewiesen sind, künftig besser versorgt werden. Der G-BA listet eine Auswahl von Therapieleistungen auf, die verordnet werden können und konkretisiert, wie die Zusammenarbeit der verschiedenen betreuenden Berufsgruppen koordiniert werden soll. Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zum bisherigen Leistungsanspruch besteht darin, dass bei beatmungspflichtig eingestuften Patient:innen sehr frühzeitig und regelmäßig überprüft wird, ob eine Entwöhnung von der Beatmung infrage kommt.

Anforderungen für Gen- und Zelltherapien

Die qualitätssichernden Mindestanforderungen für Gen- und Zelltherapien werden in einer neuen Rahmenrichtlinie zusammengefasst. Gen- und Zelltherapeutika zählen zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP). Da ihre Anwendung mit besonderen Risiken verbunden sein kann, kann der G-BA qualitätssichernde Anforderungen festlegen. Dazu zählen die generell infrage kommenden Mindestanforderungen für die Behandlungseinrichtungen, etwa räumliche und medizintechnische Ausstattung und Mindestfallzahlen, sowie Grundzüge der Anzeige- und Nachweispflichten und ATMP-spezifische Bestimmungen. Nur Krankenhäuser und Praxen, die die Mindestanforderungen erfüllen, dürfen die ATMP mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. *pm*

 **27.01.–18.02.2022** Der **Kongress Pflege** findet aufgrund der Pandemie online und kostenfrei statt. Teile des ursprünglich geplanten Präsenzangebotes werden als Live-Webinare und Live-Stream angeboten → bit.ly/3dtMalO

 **13.–16.11.2022** Der **35. Deutsche Krebskongress (DKK)** ist zum Redaktionsschluss als Präsenzveranstaltung nach dem 2G-Prinzip in Berlin im CityCube geplant. Das Programm umfasst u. a. Vorträge und Diskussionen. → bit.ly/3dozyfl



PRESSESCHAU

Impfpflicht

„Ohne Impfpflicht wird sich die Krise kaum beenden lassen. Nicht sie wird es sein, die das Land weiter spaltet. [...] Und trotzdem ist der Schritt, vor dem Deutschland steht, nichts anderes als ein großes Eingeständnis für das Versagen der Politik. Sie hat es mit ihrem chaotischen Krisenmanagement nie geschafft, eine Kampagne zu präsentieren, die Vertrauen schafft und Überzeugungsarbeit leistet.“

AUGSBURGER ALLGEMEINE, 1.12.2021

Verantwortung

„Es wäre die Verantwortung der Politik gewesen, es nicht bei Appellen und Impfstoff-Beschaffung zu belassen und die unpopuläre Pandemie so gut wie möglich aus dem Wahlkampf herauszuhalten. [□] Vor allem aber hätte die Politik sich so um Krankenhäuser und Pflegepersonal kümmern müssen, dass die neue Corona-Welle auf aufgerüstete statt auf weiter geschwächte Intensivstationen trifft.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 2.12.2021

Schmerzgrenzen

„Kein Fest mehr, kein Wirtshaus, kein Weihnachtseinkauf, kein Friseur: Für Ungeimpfte sind das knallharte Beschlüsse. [□] Kein Zweifel: Das geht über die Schmerzgrenze der Ungeimpften hinaus. Aber wir sind längst weit über der Schmerzgrenze: der Krebspatienten, deren Operationen verschoben werden; der Herzinfarktoper, die im Krankenwagen auf dem Weg zwischen überfüllten Intensivstationen sterben.“

MÜNCHNER MERKUR, 2.12.2021

Wichtige Projekte vorgenommen – Finanzierung seriös sicherstellen



Text von **Thorsten Nahrgang**

Am 24. November 2021 ist über dem politischen Berlin weißer Rauch aufgestiegen, der neue **Koalitionsvertrag** wurde der Öffentlichkeit präsentiert. Bereits beim ersten Blick auf den 179-seitigen Vertrag wird deutlich: Die Koalition aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP will viele Baustellen angehen: etwa die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Strukturreformen in der Krankenhauslandschaft, die Versorgung in strukturschwachen Regionen, die Stärkung der Prävention und die Pflege.

In Sachen Finanzierung ist es begrüßenswert, dass die Ampel-Koalition den Steuerzuschuss künftig regelhaft dynamisieren will. An welcher Regel sich dies orientieren soll, bleibt jedoch unklar. Ein einfacher Inflationsausgleich wird wahrscheinlich nicht ausreichen. Daneben soll künftig ein höherer GKV-Beitrag für ALG-II-Empfänger:innen geleistet werden. Derzeit führt die Arbeitslosenversicherung lediglich einen pauschalen Beitrag an die GKV ab, der nicht kostendeckend ist. Ob der höhere Beitrag tatsächlich kostendeckend sein wird, ist ungewiss. Insbesondere der Arzneimittelbereich ist ein Kostentreiber in der GKV. Das Arzneimittelpreismoratorium soll erhalten bleiben. Zusätzlich soll das erste Jahr der freien Preisbildung für neue, patentgeschützte Arzneimittel zumindest teilweise entfallen. Der im Zuge des AMNOG-Verfahrens ermittelte Erstattungsbetrag soll bereits ab dem siebten Monat gelten. Einen noch weitergehenden Entlastungseffekt hätte die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes gebracht.

Die nachhaltige Finanzierung der GKV scheint der Koalition ein Anliegen zu sein, einzelne Vorschläge wurden auch von den Ersatzkassen gefordert. Allerdings hätten konkretere und entschiedenere

Maßnahmen verabredet werden müssen. Für 2022 ist die finanzielle Situation gesichert, doch bereits ab 2023 drohen neue Herausforderungen. Da wird es auch nicht reichen, nur die Einnahmeseite zu reformieren, auch die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen muss debattiert werden.

Umfassende Pflegereform geplant

In der Pflege will die Koalition einen neuen Anlauf für eine Reform wagen. Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege soll zu einem flexiblen Entlastungsbudget zusammengefasst werden. Daneben sollen die Pflegegeldleistungen dynamisiert werden. Bei-

des waren Forderungen des vdek. Dass die Behandlungspflege aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in die GKV verschoben werden soll, ist ein finanzieller Verschiebebahnhof ohne eine Versorgungsverbesserung und vor allem ohne Gegenfinanzierung für die zusätzliche Belastung für

die GKV. Zusätzlich soll der Beitrag zur Pflegeversicherung „moderat“ angehoben werden. Zudem will die Koalition durch eine Kommission prüfen lassen, die Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen. Wie das konkret ausgestaltet werden soll, ist fraglich.

»Mit Blick auf die GKV-Finanzierung hätten konkretere und entschiedenere Maßnahmen verabredet werden müssen.«



Die Koalition will eine Strukturreform der Krankenhausversorgung unternehmen. Es ist beinahe unstrittig, dass einerseits im städtischen Raum eine Überversorgung herrscht, während im ländlichen Raum stellenweise Unterversorgung droht. In der Konsequenz bedeutet das eine Fehlversorgung. Die Koalition adressiert die Lösungsansätze korrekt. Zwischen Bund und Ländern muss es zu einer politischen Übereinkunft kommen. Die Krankenhausplanung soll weiterentwickelt werden, orientiert an Leistungsgruppen und Versorgungsstufen unter Berücksichtigung von Kriterien wie Erreichbarkeit und Demografie. Für den Bund-Länder-Pakt soll eine Regierungskommission Leitplanken entwickeln. Die Vergütung soll sich an den Versorgungsstufen unter Ergänzung eines differenzierten Systems von Vorhaltekosten orientieren. Eine differenzierte Vergütungssystematik fordert auch der vdek. Ein maximalversorgendes Uniklinikum hat andere Vorhaltekosten zu finanzieren als ein basisversorgendes Kreiskrankenhaus. Bereits seit langem fordern die Ersatzkassen zusätzlich eine Verdichtung von Leistungen in Spezialzentren. Das nutzt letztlich auch der Versorgungsqualität und der Patient:innensicherheit, ein Aspekt, den der Vertrag nicht adressiert. Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration, das fehlt im Koalitionsvertrag. Dafür werden sich die Ersatzkassen auch in der neuen Legislaturperiode weiter stark machen.

Stärkung der ambulanten Versorgung

In strukturschwachen Kommunen sollen niedrigschwellige Beratungsangebote („Gesundheitskioske“) gefördert werden. Multiprofessionelle integrierte Gesundheits- und Notfallzentren sollen für eine wohnortnahe ambulante und kurzstationäre Versorgung ausgebaut werden. Es ist geplant, den Spielraum für regionale Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern zu öffnen. Die Ambulantisierung soll durch Hybrid-DRG forciert werden. Der vdek sieht eine Stärkung der ambulanten Versorgung grundsätzlich positiv. Prävention und Vorsorge ist der Leitgedanke des

Koalitionsvertrags. Primär- und Sekundärprävention sollen gestärkt und Nationale Präventionspläne zu Bereichen wie etwa Diabetes, Suizid oder auch umweltbedingten Erkrankungen formuliert werden. Aus Sicht des vdek ist besonders erfreulich, dass das nationale Gesundheitsziel „Gesund rund um die Geburt“ umgesetzt werden soll. Dieses Ziel ist im Aktionsbündnis Gesundheitsziele.de entwickelt worden, in dem sich der vdek seit vielen Jahren engagiert.

Digitalisierung im Fokus

Die Themen Digitalisierung und Entbürokratisierung stellt der Koalitionsvertrag weit oben auf die Agenda. Der Bürokratieabbau muss aber so gestaltet sein, dass darunter die Qualität der Versorgung nicht leidet. Die elektronische Patientenakte (ePA) soll zu einem Opt-Out-Modell weiterentwickelt werden. Ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz ist ebenfalls geplant. Der vorgesehene Ausbau der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur darf allerdings nicht ohne die gemeinsame Selbstverwaltung passieren. Diese muss wieder stärker in die Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

Vermissten lässt der Koalitionsvertrag allerdings ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung ist, gerade auch während der Pandemie, ein Erfolgsgarant und sichert eine versicherten-nahe und leistungsfähige Versorgung. Erfreulich ist, dass die vdek-Forderung für eine verbindliche, geschlechterparitätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien aufgegriffen wurde.

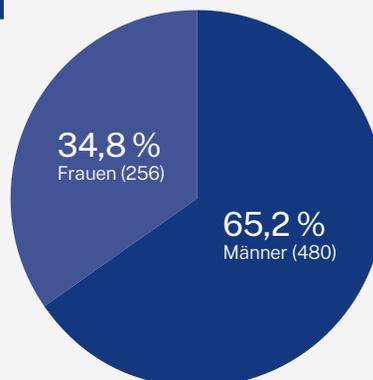
Die Koalitionäre übernahmen wichtige Vorschläge der Ersatzkassen. Das Ansinnen einer Krankenhausreform ist notwendig und die konkreten Vorschläge sind im Ansatz sachgerecht und sollten um den Aspekt Qualität ergänzt werden. Angesichts der vagen Festlegungen bleibt es fraglich, wie die GKV-Finanzsituation nachhaltig stabilisiert werden kann. Wenn die bisherigen und im Koalitionsvertrag vorgesehenen zusätzlichen Leistungen finanziert werden sollen, muss es eine ehrliche Debatte über eine seriöse Umsetzung geben. ■

»Bereits seit langem fordern die Ersatzkassen eine Verdichtung von Leistungen in Spezialzentren.«



Thorsten Nahrgang
ist Referent in der
Abteilung Politik/
Selbstverwaltung
beim vdek

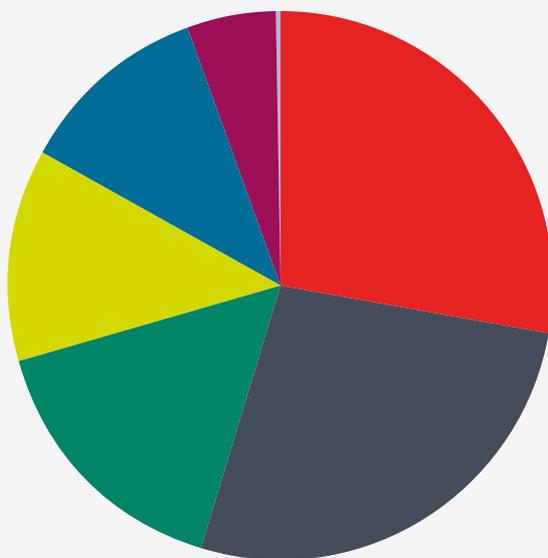
20. Deutscher Bundestag: Zahlen und Fakten



Geschlechterverteilung

Sitzverteilung

206	SPD
197	CDU/CSU
118	GRÜNE
92	FDP
83	AfD
39	DIE LINKE
1	SSW



47,3
Durchschnittsalter

Die insgesamt 736 Abgeordneten bilden den größten Bundestag in der Geschichte der Bundesrepublik, nachdem im Jahr 2017 bereits ein Rekord mit 709 Abgeordneten erreicht war. Grund für diesen Zuwachs ist das System der Überhang- und Ausgleichsmandate. Dieses greift, sobald eine Partei über die Erststimme mehr Wahlkreise gewinnt, als ihr nach der prozentualen Verteilung der Zweitstimmen zustehen. In diesem Falle kam die CSU in Bayern auf 46 gewonnene Wahlkreise, was ihren Zweitstimmenanspruch um elf Sitze (Überhangmandate) übersteigt. Um ein solches Missverhältnis auszugleichen, werden auch den anderen Parteien weitere Sitze (Ausgleichsmandate) zugeteilt, bis die Sitzverteilung wieder dem Zweitstimmenergebnis entspricht.

Der neue Bundestag kam am 26. Oktober 2021, also genau einen Monat nach der Bundestagswahl, zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Zur Bundestagspräsidentin wurde die SPD-Abgeordnete Bärbel Bas gewählt, die damit auf Dr. Wolfgang Schäuble (CDU) folgt. Die meisten Abgeordneten entsendete die Wahlsiegerin SPD mit 206 Sitzen, gefolgt von der CDU mit 152 Sitzen. Drittstärkste Partei sind die GRÜNEN mit 118 Abgeordneten, viertstärkste Kraft die FDP (92 Abgeordnete). Wie auch die CDU verloren AfD, CSU und LINKE gegenüber 2017 an Sitzen. Neu im Parlament ist der SSW, der als Partei nationaler Minderheiten von der Fünf-Prozent-Hürde befreit ist.

Der Bundestag ist minimal jünger geworden. Das Durchschnittsalter beträgt nun 47,3 Jahre, 2017 lag es noch bei 49,4 Jahren. Der Frauenanteil im Parlament ist im Vergleich zur 19. Wahlperiode moderat gestiegen, gleichwohl mit 34,8 Prozent (zuvor: 30,7 Prozent) von einer Parität noch weit entfernt. *mwa*

Drei Fragen an Bärbel Bas

Mit Bärbel Bas (SPD) ist eine profilierte Gesundheitspolitikerin zur **Präsidentin des 20. Deutschen Bundestages** gewählt worden. Zuvor war sie seit 2009 Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, ab September 2019 zudem stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion und dort zuständig für Gesundheit, Bildung und Forschung sowie Petitionen.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen in Ihrem neuen Amt als Bundestagspräsidentin? Wir müssen besser darin werden, den Menschen zu vermitteln, wie der Deutsche Bundestag arbeitet und wie demokratische Entscheidungen zustande kommen. Das ist gerade jetzt in der Pandemie wichtig, die uns alle auf absehbare Zeit weiter beschäftigen wird – die Politik, das Gesundheitssystem, die Ersatzkassen. Ich möchte, dass der Deutsche Bundestag ein Parlament bleibt, das zuhört und dem zugehört wird. Ein erster Schritt sollte ein neues Wahlrecht sein, auf das sich die Fraktionen dringend verständigen müssen. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten zu Recht, dass das Parlament nicht immer weiter wächst. Um auf der Höhe der Zeit zu bleiben, ist es notwendig, dass der Deutsche Bundestag seine Verwaltung modernisiert und seine Aufgaben so barrierefrei und digital wie möglich erfüllt. Außerdem müssen wir ergänzende Beteiligungsformen wie Bürgergeräte weiterentwickeln und stärken.

Ein zentrales Thema während der Corona-Pandemie war und ist die Kommunikation politischer Entscheidungen gegenüber der Bevölkerung. Was muss da in Zukunft anders/besser laufen? Die Demokratie lebt vom Vertrauen der Menschen. Vertrauen kann aber nur wachsen, wenn die Menschen die Politik auch wirklich nachvollziehen können. Das beginnt damit, wie wir politische Fragen diskutieren und Entscheidungen begründen. Da sind wir oft zu technisch, gerade die Gesundheitspolitik wimmelt von Fachbegriffen und Abkürzungen – das weiß ich aus eigener Anschauung. Verständliche Sprache ist aber nicht alles. Wir sind auch gefordert, die inhaltlichen Unterschiede besser deutlich

zu machen und zu zeigen, dass im Deutschen Bundestag um Lösungen für konkrete Probleme gerungen wird. Beides gehört zu meinem Auftrag als Präsidentin, die über die Debatten im Plenum wacht. Demokratie lebt vom politischen Streit, gerne hart in der Sache – aber immer fair im Ton. Ich wünsche mir von allen Abgeordneten, dass sie sich noch mehr Mühe geben,

Politik nachvollziehbar und lebensnah zu erklären. Das entlastet die Bürgerinnen und Bürger übrigens nicht aus der Verantwortung, Informationen und Argumente zu prüfen und sich respektvoll in die öffentliche Diskussion einzubringen.

Vor Ihrer Bundestagslaufbahn waren Sie im Krankenkassensektor tätig, danach blieb Gesundheit Ihr zentrales politisches Thema. Welchen Stellenwert wird die Gesundheitspolitik künftig als Bundestagspräsidentin für Sie haben? Als Präsidentin vertrete ich alle Abgeordneten und Fraktionen im Deutschen Bundestag. Aus der tagespolitischen Debatte muss ich mich weitgehend herausnehmen, leider auch, was gesundheitspolitische Fragen angeht. Dennoch bleibe ich dem Thema natürlich verbunden – zum Beispiel durch meine Schirmherrschaft für das Malteser Hospizzentrum St. Raphael in Duisburg. Im Deutschen Bundestag müssen wir die Arbeit des Plenums und der Ausschüsse weiterhin so organisieren, dass sie zur Entwicklung der Pandemie passt. Das Ziel bleibt, den bestmöglichen Schutz für die Abgeordneten, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Bundestagsverwaltung sicherzustellen, ohne dass die Leistungsfähigkeit unseres Parlaments leidet. Es hilft, dabei auf fachliche Erfahrung zurückgreifen zu können. ■



Das ändert sich 2022 für Versicherte

Das Jahr 2022 bringt für Versicherte wieder einige **Neuerungen im Gesundheitswesen**.

Das reicht von neuen digitalen Anwendungen – beispielsweise kann der Mutterpass in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden – bis hin zu einem Zuschuss für Pflegekosten im Heim. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat die wichtigsten Neuerungen zusammengestellt und in einer ausführlichen Zusammenfassung auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Beitrag für kinderlose Mitglieder der Pflegeversicherung steigt

Die Bemessungsgrenzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) bleiben 2022 wegen der negativen Lohnzuwachsrate unverändert auf dem Vorjahresniveau. Üblicherweise werden diese Rechengrößen jährlich nach oben angepasst. Kinderlose Mitglieder der Pflegeversicherung müssen im kommenden Jahr tiefer in die Tasche greifen. Bei ihnen steigt der Beitragszuschlag auf 0,35 Prozentpunkte.

Elektronische Patientenakte (ePA) erhält weitere Inhalte

Ab 1. Januar 2022 erhält die elektronische Patientenakte (ePA) Optionen für zusätzliche Inhalte wie das Zahnbonusheft, den Mutterpass, die eigene Impfdokumentation und das Kinderuntersuchungsheft. Ärzte und andere Therapeuten können mit der ePA einen schnelleren Überblick über bisherige Behandlungen und Befunde erhalten – vorausgesetzt, die Versicherten erlauben ihnen den Zugriff. Ab dem kommenden Jahr können Versicherte zudem die ePA auch als Desktop-Anwendung per stationären PC lesen und verwalten. Bisher war das nur per App auf dem Smartphone und dem Tablet möglich.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Rezepte werden digital

Papierformulare in der medizinischen Versorgung werden in weiteren Bereichen durch digitale Anwendungen abgelöst. Das elektronische Rezept (eRezept) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) starten für alle Ärzte verpflichtend zum

Jahresanfang 2022. Patienten müssen damit nicht mehr befürchten, wegen einer unleserlichen Handschrift auf dem Rezeptzettel das falsche Medikament zu erhalten. Ebenso entfällt für Versicherte die Weitergabe der AU-Meldung an die Krankenkasse. Die Arztpraxis übernimmt die Übermittlung, die dann digital erfolgt.

Neue Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser

Ab 1. Januar 2022 gelten für die Krankenhausabteilungen Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe Pflegepersonaluntergrenzen. Das heißt, auf diesen Stationen ist dann die maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft und Schicht verbindlich geregelt, was die Patientensicherheit erhöhen soll. Pflegepersonaluntergrenzen gibt es bislang in neun Bereichen, darunter in der Intensivmedizin, der Geriatrie und der Kardiologie.

Kostenbremse in der Pflege

Um Pflegebedürftige bei den seit Jahren steigenden Kosten für die Pflege im Heim zu entlasten, führt der Gesetzgeber ab 2022 eine „Kostenbremse“ in Form eines Zuschlags ein. Der nach der Aufenthaltsdauer gestaffelte Zuschlag beträgt zwischen 5 und 70 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Daneben müssen spätestens ab kommendem Herbst Pflegeeinrichtungen ihre Beschäftigten tariflich bezahlen. Dies ist aus Sicht des vdek einerseits sehr zu begrüßen, wird aber voraussichtlich auch dazu führen, dass die finanziellen Belastungen für Pflegebedürftige weiter steigen.

Mehr zu diesen und weiteren Neuerungen finden Sie auf der [vdek-Homepage unter → vdek.com/gw-2022](https://www.vdek.com/gw-2022)

Mit Impfungen gegen die Pandemie

Text von Dr. Sophie Rabe und Dr. Martin Kluxen

In Deutschland ist die vierte Coronawelle in vollem Gange und zeigt einen steilen Anstieg der Fallzahlen. Das Ausmaß der vierten Infektionswelle wurde vor allem durch die niedrige Impfquote ermöglicht. Das **Schließen von Impflücken sowie Booster-Impfungen** sind jetzt die entscheidenden Bausteine der Pandemiebekämpfung.

In Deutschland sind 76,2 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 86,3 Prozent der über 60-Jährigen vollständig geimpft (Stand: 7.12.2021). Um eine ausreichende Schutzwirkung durch die Impfungen in der Bevölkerung zu erzielen, muss laut einer Modellrechnung des Robert Koch-Instituts (RKI) eine Durchimpfungsrate von mindestens 85 Prozent (12 – 59-Jährige) bzw. 90 Prozent (\geq 60-Jährige) erzielt werden. Ohne das Schließen dieser Impflücke besteht weiterhin die Möglichkeit einer unkontrollierten Virusverbreitung.

Die Wahrscheinlichkeit, schwer an Covid-19 zu erkranken, ist bei vollständig geimpften Personen um etwa 90 Prozent geringer als bei nicht geimpften Personen. Trotz vollständiger Impfung können sich Menschen mit dem Coronavirus infizieren und sogar erkranken. Seit dem Sommer zeigten mehrere Studien, dass der Impfschutz nach der Zweitimpfung mit der Zeit zunehmend nachlässt. Das RKI führt ein regelmäßiges Monitoring der Impfdurchbrüche durch und berechnet so die durchschnittliche Schutzwirkung der Impfung. In Bezug auf symptomatische Infektionen ist die Schutzwirkung bei den über 18-Jährigen seit September deutlich zurückgegangen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt Auffrischungsimpfungen (Booster) mit einem mRNA-Impfstoff für alle Personen ab 18 Jahren in der Regel sechs Monate nach der letzten Impfung. Booster-Impfungen führen zu einer deutlichen Stärkung des Immungedächtnisses und können so für einen länger anhaltenden Impfschutz sorgen. Auch mindern sie die Virenlast im Falle eines Impfdurchbruchs und reduzieren so die Weiterverbreitung des Virus. Eine kürzlich in den USA veröffentlichte Studie zeigt, dass eine Booster-Impfung den Schutz vor einer symptomatischen Infektion wieder auf 95 Prozent erhöht.

Bis zum Jahresende will das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) knapp 30 Millionen Auffrischungsimpfungen erreichen. Bisher wurden 14,6 Millionen Auffrischungsimpfungen durchgeführt (Stand: 7.12.2021). Berechnungen zeigen jedoch, dass die Booster-Kampagne das Infektionsgeschehen nur längerfristig eindämmen kann. Es wird angenommen, dass Booster-Impfungen



Dr. Sophie Rabe ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Medizin der Abteilung Gesundheit beim vdek

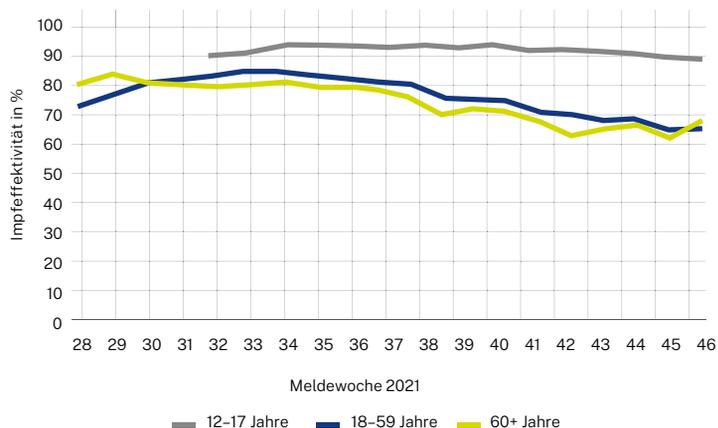


Dr. Martin Kluxen ist Leiter des Kompetenzzentrums Medizin der Abteilung Gesundheit beim vdek

»Eine kürzlich in den USA veröffentlichte Studie zeigt, dass eine Booster-Impfung den Schutz vor einer symptomatischen Infektion wieder auf 95 Prozent erhöht.«

Schutz vor symptomatischer Infektion

Effektivität der Covid-19-Impfungen gegenüber symptomatischer Covid-19-Erkrankung (Datenstand 30.11.2021).



Quelle: Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) vom 2.12.2021

in Deutschland die Infektionszahlen senken können, sobald 30 Prozent der Bevölkerung einen Booster erhalten haben. Hierfür müssen die Impfkapazitäten schnell hochgefahren werden. Das Beispiel Israel legt die Effektivität von Booster-Impfungen nahe. Hier wurde bereits im Juli mit Auffrischungsimpfungen begonnen, im September fiel die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen von über 800 auf bis heute unter 50.

In Bezug auf die Gesamtimpfquote weisen beispielsweise Spanien, Portugal und Malta Impfquoten von über 80 Prozent auf. Diese Staaten haben auch deutlich niedrigere Inzidenzen als Deutschland. So zeigt die vierte Welle, dass Impfungen der entscheidende Baustein in der Pandemiebekämpfung sind. Auch die Ersatzkassen engagieren sich bei der Aufklärungsarbeit und werben verstärkt über ihre Onlineangebote und Social-Media-Kanäle für die Notwendigkeit der Impfungen. Zudem können sich Versicherte ihre Impfung über das Bonusprogramm ihrer Ersatzkasse anrechnen lassen und bekommen so einen finanziellen Zuschuss für Gesundheitsleistungen. Mehrere Ersatzkassen bieten eine kostenlose Corona-Hotline an, in der medizinische Fachleute die Versicherten zu Fragen rund um die Impfung beraten. ■



Finanzielle Entlastung für Heimbewohner

Text von **Martin Schreck** und **Matthias Volke**

In den letzten Jahren sind die **finanziellen Eigenanteile** von Pflegebedürftigen, die in Pflegeheimen wohnen, stark gestiegen. Eine gesetzliche Neuregelung sieht nun ab 1. Januar 2022 einen prozentual gestaffelten Zuschlag der Pflegeversicherung vor, durch den die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Bewohner:innen begrenzt werden soll.

P flegebedürftige in Pflegeheimen werden zum 1. Januar 2022 spürbar entlastet. Damit reagiert der Gesetzgeber auf die zuletzt deutlich steigenden finanziellen Eigenanteile von Bewohner:innen stationärer Einrichtungen. Der vdek hat mit seinem Zahlenmaterial stets darauf hingewiesen: Pflegebedürftige, die in Pflegeheimen leben, haben immer höhere Eigenanteile zu tragen. Zuletzt hatten Pflegebedürftige alleine für die pflegebedingten Aufwendungen Kosten von durchschnittlich 873 Euro zu tragen. Dazu kamen Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 791 Euro und Investitionskosten in Höhe von 461 Euro (Stand 1. Juli 2021).

Um einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eine zeitliche „Kostenbremse“ eingeführt. Je nach Länge des Heimaufenthalts übernimmt die Pflegekasse ab dem

1. Januar 2022 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 nun – zusätzlich zum Leistungsbetrag für die vollstationäre Pflege – einen prozentualen Zuschlag zum bisherigen Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen.

Der Leistungszuschlag wird schon ab dem Einzug in das Pflegeheim in Höhe von fünf Prozent des Eigenanteils gezahlt und beträgt nach 36 Monaten maximal 70 Prozent (s. Abb. 1). Bei der Berechnung der Zuschlagshöhe werden rückwirkend alle Zeiträume, in denen Pflegebedürftige bereits Leistungen der vollstationären Pflege erhalten haben, berücksichtigt.

Regelung in der Praxis

Eine Heimbewohnerin (Pflegegrad 3) ist am 31. Juli 2021 in ein Pflegeheim eingezogen. Der Juli 2021 wird für die Ermittlung der Dauer des Bezugs vollstationärer Pflegeleistungen als voller Kalendermonat gezählt. Die Heimbewohnerin bezog zum

Jahreswechsel (1. Januar 2022) damit für insgesamt sechs Kalendermonate Leistungen der vollstationären Pflege. Ab dem 1. Januar 2022 erhält sie zunächst einen Leistungszuschlag in Höhe von fünf Prozent zu dem von ihr zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Ausbildungsumlagen. Unter der Voraussetzung, dass sich keine Änderungen im Sachverhalt ergeben, erfolgt die nächste Erhöhung des Leistungszuschlages auf 25 Prozent mit Ablauf des zwölften Kalendermonats des Leistungsbezugs zum 1. Juli 2022.

Betragen die Pflege-Kosten (pflegebedingte Aufwendungen) beispielsweise 2.454,90 Euro, hat die Heimbewohnerin zunächst weiterhin Anspruch auf den Leistungsbetrag zur vollstationären Pflege. Im Pflegegrad 3 sind das weiterhin 1.262,00 Euro. Zu den verbleibenden Pflege-Kosten übernimmt die Pflegekasse ab 1. Januar 2022 aber nunmehr einen Zuschuss von 59,65 Euro (2.454,90 Euro - 1.262 Euro = 1.192,90 Euro * 5 Prozent = 59,65 Euro). Ab 1. Juli 2022 beträgt der Zuschuss dann bereits 298,23 Euro pro Monat. Nach insgesamt 24 Monaten steigt der Zuschuss auf 536,81 Euro und nach 36 Monaten auf 835,03 Euro. Damit ist der höchste Zuschuss erreicht. Im Beispiel wird die Heimbewohnerin in 2022 und 2023 um insgesamt 7.157,52 Euro entlastet. Während insbesondere Pflegebedürftige mit einer langen Aufenthaltsdauer in stationären Pflegeeinrichtungen (s. Abb. 2) deutlich entlastet werden, entstehen der Pflegeversicherung durch die Neuregelung jährliche Mehrkosten von schätzungsweise drei Milliarden Euro.

Ausblick

Die Kosten in der Pflege werden sich auch weiterhin sehr dynamisch entwickeln. Bessere Bezahlung für Pflegefachkräfte und bessere Personalausstattung in Pflegeheimen sind nur einige Gründe dafür. Daneben sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten weiterhin von den Pflegebedürftigen zu tragen. Die Neuregelung ist daher ein richtiger Schritt, es bleibt aber genau zu beobachten, wie sich die Kosten in der Pflegeversicherung entwickeln und ob die Neuregelungen spürbare Entlastungen für die Versicherten bewirken können. ■



Martin Schreck ist Referent in der Abteilung Gesundheit beim vdek

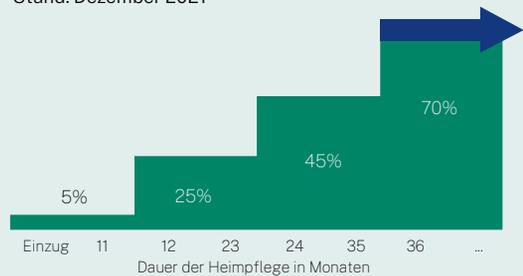


Matthias Volke ist Referent in der Abteilung Gesundheit beim vdek

»Der Pflegeversicherung entstehen durch die Neuregelung jährliche Mehrkosten von schätzungsweise drei Milliarden Euro.«

Leistungszuschlag (Abb. 1)

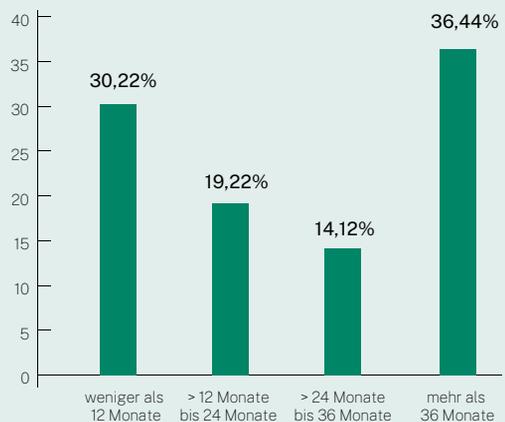
Stand: Dezember 2021



Quelle: Eigene Darstellung/vdek

Wie lange sind Pflegebedürftige im Pflegeheim? (Abb. 2)

Angabe bezogen auf Ersatzkassenversicherte; Stand: Juni 2021



Quelle: Eigene Darstellung/vdek

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Kinderarche und vdek starten neues Präventionsprojekt

Nach dem im Juli 2020 erfolgreich abgeschlossenen gemeinsamen Präventionsprojekt zur Ernährungs- und Bewegungsförderung starten die Kinderarche Sachsen und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zusammen ein zweites Vorhaben zur Gesundheitsförderung: Anfang November unterzeichneten Kinderarche-Vorstand Matthias Lang und Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen, den Vertrag für ein Präventionsprojekt zur Vermeidung von Suchtproblematiken mit dem Titel „Unabhängig: Stark und selbstbewusst ins Leben“. Zwei Jahre lang werden sich Kinder, Jugendliche und pädagogische Fachkräfte an fünf Kinderarche-Standorten in Reichenbach, Lichtenstein, Lichtenberg, Burgstädt und Kamenz intensiv mit dem Thema Sucht auseinandersetzen. **Ziel ist es, Suchtprobleme bei jungen Menschen zu vermeiden beziehungsweise zu reduzieren.** Damit die erarbeiteten

Inhalte nachhaltig wirken, soll während der Projektlaufzeit ein trägereinheitlicher Fachstandard zur Suchtprävention entwickelt werden. Im Rahmen des Vorhabens werden externe Referenten an den fünf Projektstandorten gemeinsam mit den Gruppen zunächst Verhalten und Verhältnisse vor Ort erfassen, um dann passende Angebote für die Kinder und Jugendlichen abzuleiten. Um das vermittelte Wissen zu festigen, ist auch ein Wochenendworkshop geplant. „**Das Projekt mit der Kinderarche Sachsen ist Teil der Initiative ‚Gesunde Lebenswelten‘ der Ersatzkassen.** Damit unterstützen wir Bemühungen, die Chancen auf ein gesundes Leben für sozial benachteiligte Menschen zu erhöhen. Mit dem Vorhaben zur Gesundheitsförderung sollen die Grundsätze des Leitfadens Prävention qualitativ hochwertig und langfristig umgesetzt werden“, so Heinke. *cb*

 **@vdek_SL** #regionalstark: Die #Ersatzkassen und die @awosaarland unterstützen ältere Menschen im #Saarbrücker-Stadtteil Malstatt dabei gesünder zu leben. #Prävention Die Projektleiterin und eine Teilnehmerin geben einen kleinen Einblick in das Projekt.

 **@vdek_HE** #MehrwertPfleger: Die #Ersatzkassen und des #vdek unterstützt die Gesundheitsförderung von Beschäftigten in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen auch in Pandemiezeiten.

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Experimente im Rettungswesen

Das Innenministerium des Landes Sachsen-Anhalt hat eine Experimentierklausel für das Landesrettungsdienstgesetz in das Gesetzgebungsverfahren gebracht. Hintergrund ist eine Absprache der hiesigen Deutschland-Koalition aus dem Koalitionsvertrag, den Telenotarzt und die Ersthelfer probeweise mit moderner Technik und Apps auszustatten. Damit sollen Qualität und Geschwindigkeit von Entscheidungen über Not- und Rettungsfälle substantiell gesteigert werden. **Der vdek hat diese Intension in seiner Stellungnahme gegenüber dem Innenministerium grundsätzlich begrüßt.** Es ist ein Anliegen der Ersatzkassen, die Versorgung ihrer Versicherten immer besser zu machen und mit dem technischen Fortschritt zu gehen. Damit diese Wanderung aber nicht in die Irre führt, sollte eine echte Chance darauf bestehen, dass das eigentliche Ziel dieser Vorhaben auch erreicht werden kann.



Hürden, die auf diesem Weg stehen, sind insbesondere die Gefahr eines Flickenteppichs an Softwarelösungen, die Priorisierung von Telekonsil zwischen Notarzt vor Ort und in der Leitstelle anstelle entlastender Unterstützung von Notfallsanitätern vor Ort sowie bei erfolgreicher Pilotierung die Bereitschaft der Kommunen, diesen Strukturwandel aktiv umzusetzen. **Die Digitalisierung von Leitstellen bedeutet,**

dass der Datenkranz vom Unfall- oder Rettungsort digital erfasst wird und so ohne zeitliche Verzögerung Handlungsanweisungen für das weitere Verfahren erzeugt. Algorithmen legen Art der Behandlung und bei Bedarf das Zielkrankenhaus fest. Der Disponent hätte hier nur noch eine Kontrollfunktion. Die Zahl der Leitstellen könnte auf zwei bis drei im Land reduziert werden. Fehlt die politische Bereitschaft für solche Veränderungen, steht der Erfolg dieser Experimente in den Sternen. *kh*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Krankenhauslandschaft im Südwesten verändert sich

Frank Scherer, Landrat des Ortenaukreises, tauschte sich Ende Oktober 2021 mit dem vdek und seinen Mitgliedskassen über eine moderne Struktur der ambulant-stationären Versorgung im Südwesten aus. Aus diesem Anlass präsentierte Scherer auf Einladung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg im vdek-Landesausschuss seine Agenda 2030. **Konkret ging es um die Neustrukturierung und Stärkung der Gesundheitsversorgung im Ortenaukreis.** Dabei stellte Scherer die zwei Säulen der stationären und ambulanten Versorgung sowie die Fortentwicklung des Ortenau Klinikums mit seinen künftig vier Standorten vor und erläuterte den aktuellen Stand der Planungen für die Klinikneubauten in Offenburg und Achern, die Sanierung und Modernisierung in Lahr. Er stellte das Konzept der Zentren für Gesundheit



in Ettenheim, Gengenbach, Kehl und Oberkirch vor, wo Notfallmedizin, Haus- und Fachärztliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege miteinander verknüpft werden sollen. **„Mit der Agenda 2030 schaffen wir eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Ortenaukreis und verzahnen die stationären und ambulanten Einrichtungen optimal miteinander.** Ich freue mich über das große Interesse, die Offenheit und den Zuspruch der Ersatzkassen an unserer Konzeption“, so Scherer im Nachgang des Treffens. Der Verband der Ersatzkassen fordert für die Krankenhausplanung insgesamt eine strukturiert strategische Herangehensweise. Dazu sollten Bund, Land und Selbstverwaltung ein gemeinsames Leitbild für eine flächendeckende Krankenhausversorgung 2030 entwickeln. *wi*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Stark belastet und oftmals vergessen

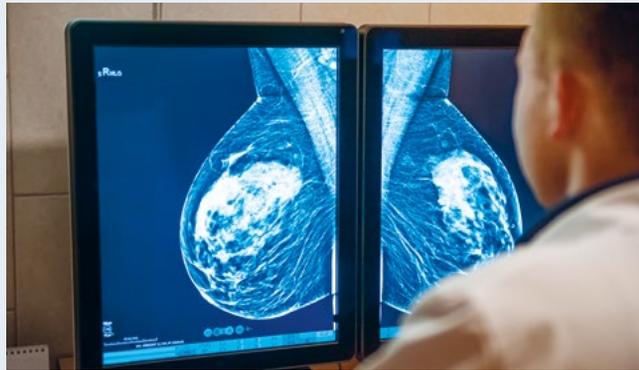


Familien mit pflegebedürftigen Kindern sind durch einen erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf zeitlich besonders belastet. Angehörigen fehlen oftmals ausreichend persönliche Freiräume, um sich um ihre eigene Gesundheit und die eigenen Interessen zu kümmern. **Hier setzt das Präventionsprojekt „Gesunde Pflege“ der Ersatzkassen und des vdek in Hessen an.** Es soll Angehörigen in Frankfurt und dem Umland helfen, sich neben der Pflege ihres beeinträchtigten Kindes auch um sich selbst zu kümmern. Gemeinsam mit den Angehörigen und weiteren lokalen Akteuren entwickeln die Kooperationspartner des Projektes, die Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und die Stadt Frankfurt, passgenaue Angebote und Beratung zu den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung. Zu Beginn wurden im Rahmen von schriftlichen Bedarfserhebungen sowie Hausbesuchen die spezifischen

Bedarfe identifiziert. Insbesondere bei den persönlichen Gesprächen im eigenen häuslichen Umfeld konnten die Familien Einblicke in ihren Alltag geben, über ihre individuellen Schwierigkeiten sprechen und erklären, unter welchen Voraussetzungen sie an Gesundheitsangeboten teilnehmen könnten. Im weiteren Projektverlauf werden nun passgenaue Angebote entwickelt und der Kontakt von Angehörigen pflegebedürftiger Kinder untereinander und deren Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Bewältigungsstrategien gefördert. So soll ein Netzwerk der Angehörigen zur gegenseitigen Unterstützung entstehen. **Die Ersatzkassen in Hessen unterstützen das Projekt über einen Zeitraum von drei Jahren mit rund 248.000 Euro.** Eingebettet ist das Projekt in die kommunale Gesamtstrategie „GUT GEHT’S“ der Stadt Frankfurt, mit der die Gesundheit der Frankfurter Bürgerinnen und Bürger erhalten, verbessert und gefördert werden soll. *hk*

Im Kampf gegen familiären Brust- und Eierstockkrebs

Ist Krebs vererbbar? Beim Brust- und Eierstockkrebs lautet die Antwort Ja. Fast in jedem siebten Fall liegen frühere Erkrankungen im familiären Umfeld vor. Diese wissenschaftliche Erkenntnis ruft die Gendiagnostik auf den Plan. An einigen Universitätskliniken haben sich zertifizierte Zentren zur Behandlung des familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) etabliert, die sich zur Aufgabe gemacht haben, Frauen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko für genetisch bedingten Brustkrebs frühzeitig zu identifizieren und deren Risiko für den Ausbruch der Krankheit zu bestimmen. Ziel ist es, den Behandlungsverlauf der Krankheitsfälle zu verbessern und die Zahl der Neuerkrankungen zu senken. **Bei der Bekämpfung von familiärem Brust- und Eierstockkrebs haben die Ersatzkassen von Anfang an auf medizinische Hochtechnologie gesetzt.** Die ersten



Vertragsabschlüsse mit spezialisierten Zentren reichen in das Jahr 2005 zurück. Mittlerweile haben die Ersatzkassen flächendeckend mit fünf zertifizierten Zentren an den Universitätskliniken in München (Klinikum rechts der Isar und Klinikum Großhadern), Regensburg, Würzburg und Erlangen, Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen. Die integrierte

Versorgung der Risikopatientinnen schließt die humangenetische und gynäkologische Beratung, genetische Untersuchung, Vorsorge, Therapie und Nachsorge ein. **Wie die Entwicklung der Fallzahlen zeigt, stößt dieses Versorgungsangebot auf starke Resonanz.** So hat sich die Anzahl von Risikofeststellungen und Beratungen in den Jahren 2013 bis 2020 verfünffacht. Die Anzahl von Genanalysen ist in dieser Zeit um das 9,5-fache gewachsen. *sesa*

Prävention vor der Haustür

„Ich bin dankbar, dass wir hier in der Nachbarschaft ein solches Angebot haben!“, sagt eine Teilnehmerin des Präventionsprojektes „Gesund bleiben in Molschd“, das der vdek im Saarland zusammen mit dem AWO Landesverband seit einem Jahr im Saarbrücker Stadtteil Malstatt – oder „Molschd“, wie die Saarbrücker sagen – umsetzt. Das Projekt richtet sich an ältere Menschen in Malstatt. Natürlich geht dies in Coronazeiten nicht ohne Einschränkungen. **„Beim Projektstart im Oktober 2020 mussten wir sehr schnell überlegen, wie wir mit Kontaktbeschränkungen und Hygieneauflagen umgehen.** Neben kleineren Bewegungsvideos für zu Hause ist auch ein Kunstprojekt entstanden, bei dem aus einzelnen Bildern ein gemeinsames Bild wurde. So haben wir es geschafft, in Kontakt mit



den Malstätter:innen zu bleiben“, erklärt Susanne Hohlfeld-Heinrich, Projektleiterin des AWO Quartiersmanagements im Saarland. **Aus Sicht des vdek und der Ersatzkassen ist es besonders wichtig, dass Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten, wie hier im Stadtteil, ankommen.** Die AWO erreichten immer wieder Anfragen zu Gesundheitsförderung, Bewegung und Stressmanagement. Mit dem daraufhin auf-

gelegten Projekt werden Akteur:innen vor Ort vernetzt und die Malstätter:innen dabei unterstützt, aktiver zu werden und sich im eigenen Stadtteil zu engagieren. Aufgrund der großen Nachfrage gibt es Überlegungen, die bestehenden Angebote auszuweiten. Einen Einblick ins Projekt gibt es auf YouTube. *aml*

→ youtu.be/uWqGiF4koaQ



Gemeinsam durch die Pandemie

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) verleiht seinen **vdek-Zukunftspreis 2021** zum Thema „Gemeinsam durch die Pandemie“: Er geht in diesem Jahr an drei Projekte, mit denen die Gesundheitsversorgung unter Corona-Bedingungen aufrechterhalten und verbessert werden kann.

Den mit 10.000 Euro dotierten ersten Preis erhält das „**Lotsennetzwerk Thüringen**“ des **Fachverbands Drogen- und Suchthilfe e.V.** Der Verein hat eine App entwickelt, mit der Hilfsangebote für Suchtkranke trotz der Kontaktbeschränkungen in der Corona-Pandemie aufrechterhalten werden. Über die App können sich Betroffene oder ihre Angehörigen mit sucherfahrenen Lotsen austauschen, zudem erhalten sie Informationen zu Anlaufstellen und Hilfsangeboten von Einrichtungen der Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe. „Die Corona-Pandemie hat Menschen mit Suchterkrankungen besonders hart getroffen, der regelmäßige persönliche Austausch vor Ort ist kaum möglich. Umso wichtiger ist es, Hilfsangebote zu schaffen, die auch unter Pandemie-Bedingungen genutzt werden können. Das Lotsennetzwerk Thüringen leistet hier mit seiner innovativen App einen wichtigen Beitrag, der

Schule machen sollte“, sagt Uwe Klemens, ehrenamtlicher vdek-Verbandsvorsitzender und Vorsitzender der Zukunftspreis-Jury.

Um den Infektionsschutz zu gewährleisten, gelten in der Corona-Pandemie auf Intensivstationen Besuchsverbote. Die Jury zeichnet mit dem zweiten Preis (7.000 Euro) das **Projekt „Aktives Angehörigengespräch“ des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)** aus, das Patienten und Angehörigen hilft, diese besonders belastende Situation besser zu bewältigen. Einem festen Plan folgend informieren Pflegekräfte die Angehörigen zu verabredeten Zeiten per Telefon über den Gesundheitszustand des Patienten. Klemens: „Wenn Familienangehörige schwer erkrankt sind, ist der Kontakt zu den Angehörigen besonders wichtig. Familienmitglieder plagen Sorgen, sie wollen wissen, wie es ihren Lieben geht. Das Projekt ‚Aktives Angehörigengespräch‘ ermöglicht dies unter den schwierigen Corona-Bedingungen.“



COVID-GUARD



UKE
HAMBURG

Der dritte Preis (3.000 Euro) geht an das Projekt „COVID-Guards“ des Fachdienstes Gesundheit der Stadt Jena und des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Uniklinikum Jena. Im Rahmen des Projekts wurden Studierende über die aktuell gültigen Corona-Regelungen informiert und in Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen geschult. Das Training versetzt sie in die Lage, in den Einrichtungen die Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen zu prüfen, gemeinsam mit den Pflegekräften Verbesserungen umzusetzen und Fragen der Bewohner und Besucher zum Thema zu beantworten. „Die Pandemie verlangt Pflegekräften viel ab“, so Klemens. „Die COVID-Guards stellen in dieser Situation als Ansprechpartner für das wichtige Thema Corona-Schutzmaßnahmen und -Regelungen eine echte Entlastung in der stationären Einrichtung dar. Mit ihrem Einsatz tragen sie auch zum Infektionsschutz der besonders gefährdeten Pflegebedürftigen bei.“

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. Für den vdek-Zukunftspreis 2021 hatten sich 44 Projekte beworben. Mehr Informationen und einen Film über die diesjährigen Siegerprojekte gibt es auf der vdek-Webseite. *pm*
→ bit.ly/3onrvWF

»Unser solidar-finanziertes Gesundheitssystem ist ein großes Plus bei der Pandemiebewältigung«

Interview von **Michaela Gottfried** und **Dr. Tanja Gloom**

Die Corona-Pandemie hat weltweit eine Vielzahl bioethischer Konflikte hervorgerufen, etwa bei Impffragen und der Gesundheitskompetenz. Wie unterscheiden sich diese Konflikte von Land zu Land, und gibt es Gemeinsamkeiten? Auch die Corona-Warn-Apps werfen mit Blick auf die Kontaktverfolgung ethische Fragen auf. **Medizinethikerin Prof. Dr. Silke Schicktanz** von der Universität Göttingen forscht zu diesen Fragen und spricht mit *ersatzkasse magazin*. über die ethischen Dimensionen der Pandemie.

Frau Prof. Dr. Schicktanz, am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen beschäftigen Sie sich mit Bioethik. Wie sind Sie zu diesem Thema gekommen?

Der Grundstein für mein Interesse an Bioethik wurde in den 1990er Jahren gelegt, als ich Biologie und Philosophie an der Universität Tübingen studierte. Diese neue und damals noch ungewöhnliche Kombination habe ich als sehr spannend empfunden. Die Grundidee von Bioethik ist, fachübergreifendes Wissen von Geistes, Sozial- und

Naturwissenschaften zusammenzubringen, um zu überlegen, welche sozialen oder ethischen Probleme sich durch die Entwicklung neuer Technologien ergeben. Denken wir dabei an die Debatte um das Klonen, die Früherkennung von Krankheiten – und natürlich die Corona-Pandemie.

Im Rahmen Ihres aktuellen Forschungsschwerpunktes beschäftigen Sie sich mit den pandemiebedingten globalen bioethischen Konflikten im Rahmen eines Ländervergleichs. Wie kam es dazu?





Mich interessieren gerade die neuen Themen in der Medizinentwicklung. Noch vor 20 Jahren wurden Infektionen im westeuropäischen Kontext aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht als Bedrohung wahrgenommen. Während meiner Doktorarbeit habe ich mich schon mit dem Risiko beschäftigt, dass durch die Transplantation von tierischen Organen auf den Menschen – was ein neuer Ansatz war – Infektionen entstehen und sich als Pandemie weiterverbreiten könnten. Das hatten viele als eher unwahrscheinlich eingeschätzt. Das hat sich

grundlegend geändert. Durch die vielen internationalen Kontakte, die aufgrund meines eigenen Forschungsschwerpunkts der internationalen Bioethik bestehen, ist daher die Idee entstanden, zu erforschen, wie bioethische Themen in verschiedenen Ländern diskutiert werden.

Inzwischen haben wir in dem laufenden Projekt insgesamt 40 Interviews mit führenden Bioethikerinnen und Bioethikern auf allen Kontinenten geführt. Erste Auswertungen verdeutlichen die radikalen Unterschiede insbesondere zwischen dem globalen Norden und dem globalen Süden. In Entwicklungs- und Schwellenländern mit einer schlechten öffentlichen gesundheitlichen Grundversorgung hatte die Pandemie bereits im Anfangsstadium fatale Folgen. In den westlichen Ländern wurde die Pandemie wegen der hohen Lebensstandards und der Robustheit der Gesundheitsversorgung eher unterschätzt.

Mit welchen Fragen beschäftigen Sie sich konkret?

Wenn man Pandemien bekämpfen will, muss man sie als globales Phänomen verstehen. Denn ein Virus lässt sich nicht durch Landesgrenzen aufhalten. Daher zeigen wir in globaler Perspektive auf, welche Maßnahmen sozial akzeptiert werden. Zudem spielen kulturelle Einflüsse auf den Umgang mit Pandemien eine Rolle. Gefragt wird beispielsweise, welche Rolle Vertrauen oder Misstrauen in die Politik spielen oder auch ob ein Grundverständnis von Wissenschaftlichkeit notwendig erscheint. Eine Gesundheitskrise wirkt quasi wie ein Brennglas auf politische Konflikte. Wenn das Grundvertrauen der Bevölkerung gegenüber politisch Handelnden gering ist, besteht ein höheres Risiko, die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung zu ignorieren.

Können Sie aus Ihren ersten Ergebnissen schon ableiten, was wir aus dem Ländervergleich lernen können?

Es gibt nicht den einen Faktor und das macht es kompliziert. Was wir sicherlich lernen können, ist, dass unser derzeitiges Gesundheitssystem und die solidarfinanzierte Struktur ein großes Plus sind, weil Deutschland die Corona-Krise im Ländervergleich bislang insgesamt gut bewältigt hat. Es zeigt sich auch, dass Länder, die eine klare hierarchische Struktur im Gesundheitswesen besitzen, teilweise Vorteile haben, weil die Umsetzung von Maßnahmen schnell und einheitlich vonstattengeht. →

Inwieweit spielt auch die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung eine Rolle?

Von den meisten der interviewten Expertinnen und Experten wird die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weltweit als viel zu gering eingeschätzt. Und darin sehe ich auch die wichtige Aufgabe für die Zukunft. Denn bei der Corona-Pandemie geht es um präventive Maßnahmen und ein Grundverständnis bei den Menschen, wie Erreger übertragen werden. Wenn es freiwillige Impfangebote gibt, müssen die Leute individuell kompetent sein, um die Risiken und Nutzen für sich abzuwägen. Aus meiner Sicht muss Gesundheitskompetenz daher sehr früh ansetzen – und auch Teil der allgemeinen Schulbildung werden.

»Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weltweit wird als viel zu gering eingeschätzt.«

Betrachten wir die wichtige Diskussion um das Thema Impfungen. Wie sehen Sie das in anderen Ländern? Impfungen haben auch mit Gesundheitskompetenz, mit Aufklärung und kulturellen Unterschieden zu tun. Warum liegt beispielsweise die Impfquote in Dänemark höher als in Deutschland? Was lässt sich in Zukunft besser machen, um das Verständnis für das Impfen zu fördern?

Zwei Stichwörter, die ich hier nennen möchte, sind Solidarität und Gemeinschaftssinn. Es zeigt sich, dass in demokratischen Ländern, die als Nation eine hohe kollektive Identität haben, die Bereitschaft zum Impfen höher ist. Dazu gehören Spanien, Dänemark, aber auch die skandinavischen Länder insgesamt. Bei der Impfung geht es dort nicht nur um Selbstschutz, sondern darum, die Gemeinschaft durch das eigene Verhalten schützen zu wollen. Die hohe kollektive Identität und Solidarität der dänischen Bevölkerung untereinander zeigt sich auch in anderen Studien, wenn es etwa um Forschungsbereitschaft oder Datenaustausch geht.

Ihr Ziel ist bei diesem Forschungsprojekt, ein globales Mapping zu erstellen. Soll das der Politik an die Hand gegeben werden, um zum Beispiel zukünftige Pandemien besser in den Griff zu bekommen, oder was ist das Ziel?

In erster Linie möchten wir einer breiten internationalen Gemeinschaft von Forschenden und Lehrenden die vergleichenden Ergebnisse und Materialien an die Hand geben. Natürlich haben wir nicht die eine richtige Lösung parat, vielmehr geht es um einen langfristigen Reflexionsprozess. Im nächsten Frühjahr werden wir in Zusammenarbeit mit einer Kunstwissenschaftlerin eine virtuelle Ausstellung im Internet eröffnen und freuen uns natürlich auch, wenn politische Entscheidungspersonen sich dafür interessieren. 20 Podcasts mit führenden Expertinnen und Experten wurden erstellt, die in die Webplattform in englischer Sprache eingebettet werden. Es geht darum, gute und schlechte Beispiele der Pandemiebewältigung aufzuzeigen, um daraus zu lernen und in den nächsten Jahrzehnten besser mit solchen Ereignissen umzugehen. Denn diese Pandemie wird nicht die letzte sein.



Im Kontext mit Corona erforschen Sie in einem weiteren aktuellen Forschungsvorhaben die Weiterentwicklung von Pandemie-Apps. Worum geht es konkret?

Die Beforschung von Pandemie-Apps ist Teil des Großprojektes COMPASS, das vom Bundesforschungsministerium gefördert wird und die Universitätskliniken in Deutschland untereinander vernetzt. In diesem Gesamtprojekt geht es darum, Pandemie-Apps und technische Plattformen zu optimieren, um in Zukunft besser zu simulieren, wie Pandemien sich ausbreiten und eindämmen lassen. Ein wichtiger Aspekt dabei sind ethische und soziale Fragestellungen, wenn es zum Beispiel um die soziale Akzeptanz solcher Apps geht.

Ausgangsbasis für Ihre Forschung sind die in Deutschland bereits vorhandenen Corona-Apps. Welche Bilanz ziehen Sie zu der Funktionsweise dieser Apps, auch in Abgrenzung zu anderen Ländern?

Bei der Einführung der Corona-Warn-App gab es spannende Diskussionen zum Datenschutz und zur Privatheit der Daten. Und die eingeführte Corona-Warn-App ist zumindest am Schluss gelobt worden –

SILKE SCHICK-TANZ ist seit April 2010 Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen. Zu ihren Forschungsinteressen zählen unter anderem die **Ethik der Biomedizin, kulturelle Unterschiede in der Bioethik, Konzepte von Autonomie, Vertrauen und Verantwortung sowie Laien- und Patientenperspektiven.** Von 1991 bis 1997 studierte sie Biologie und Philosophie an der Universität Tübingen. Darüber hinaus war die gebürtige Darmstädterin von 2001 bis 2002 Projektleiterin der ersten bundesweiten **Bürgerkonferenz „Streitfall Genodiagnostik“** bei der **Stiftung Deutsches Hygiene-Museum in Dresden.**

→ zukunftsdiskurse.de

obwohl der Anfang sehr holprig war. Es ist ein schönes Beispiel dafür, dass durch die Auseinandersetzung zwischen Wissenschaft und Politik eigentlich ein gutes Modell entstanden ist. Indem die Corona-Warn-App mit hohen Datenschutzerfordernissen verknüpft ist, hat sie eine große soziale Akzeptanz erreicht. Das wäre sicherlich nicht gelungen, wenn solche Corona-Apps GPS-Daten erfassen und an den Staat oder Sicherheitsorgane weiterleiten würden, wie es vor allem in autoritären Staaten der Fall ist.

Es war aber früh klar, dass die Funktion der Corona-Warn-App unzureichend ist. Was bringt mir zum Beispiel das nach einem Supermarktbesuch in der App angezeigte Feedback, ein „mittleres Risiko“ zu haben? Muss ich mich jetzt testen lassen? An dieser Stelle ist die Corona-App nicht gut durchgedacht. Es mangelt an konkreten Handlungsempfehlungen. Das war sicherlich ein Konstruktionsfehler. In sehr kurzer Zeit wurde eine App produziert, ohne die Feedbacks sowie die Nutzenden, die diese Informationen bekommen, gründlich in den Blick zu nehmen.

Ist die Wissenschaft zu wenig in die Entwicklung der Pandemie-Apps einbezogen worden?

Außer den Zahlen, die kommuniziert wurden, nämlich wie viele Menschen die Corona-Warn-App heruntergeladen haben, ist bis heute unklar, was die App praktisch gebracht hat. Es wären beispielsweise Feedbackschleifen wichtig gewesen, um zumindest lokal zu zeigen, dass sich durch die App in der Stadt X ganz früh eine bestimmte Anzahl von Personen testen ließ und in Quarantäne ging. All das hätte durch eine gute Begleitforschung erreicht werden können, aber darauf wurde kaum ein Fokus gelegt. Das ist bedauerlich.

Sehen Sie denn in der Bevölkerung eine Bereitschaft dafür, forschungsgetriebene Apps, wie Sie sie sich vorstellen, zu nutzen?

Fragen wie diese haben wir im Rahmen einer aktuellen repräsentativen Umfrage in der deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren gestellt. Danach haben 97 Prozent der Nutzenden von Smartphones grundsätzlich die Bereitschaft, Daten an die Forschung über eine Pandemie-App weiterzugeben. Die Verbreitung von Smartphones in der Bevölkerung liegt allerdings nicht bei 100 Prozent, sondern je nach Bevölkerungsschicht allenfalls bei 80 Prozent. Für die Beforschung mit Pandemie-Apps benötigen wir



aber eine solch hohe Aktivitätsrate gar nicht. Selbst bei Aktivitätsraten von 20 bis 30 Prozent in der Bevölkerung bekommen Sie einen umfangreichen Datensatz, mit dem eine gute epidemiologische Forschung möglich ist. Und es lässt sich gut mit pseudonymisierten und anonymisierten Daten arbeiten.

Welche Daten könnten Sie durch neue Forschungs-Apps erheben?

Es kommt entscheidend darauf an, welche Daten die Leute bereit sind zu teilen. Es können Daten zum persönlichen Befinden sein, physiologische Parameter, Mobilitätsdaten, Kontaktdaten, aber auch soziale Daten, die darüber Auskunft geben, wie ein Mensch lebt, welchen Bildungsstand er hat, wie lang der Weg zur Arbeit ist und wo jemand arbeitet. Zurzeit haben wir zu wenige Informationen. Forschungsorientierte Apps könnten daher einen entscheidenden Unterschied machen.

Worin liegt denn der Mehrwert für die Nutzerinnen und Nutzer?

Es geht darum zu ergründen, welche Feedbacks die Menschen haben möchten. Um bei dem Beispiel eines in der Corona-App angezeigten mittleren Risikos in der Corona-App zu bleiben, könnten Empfehlungen folgen, einen Schnelltest durchzuführen oder in den nächsten drei Tagen auf mögliche Symptome zu achten. So könnten unter wissenschaftlicher Begleitung Handlungseskalationsstufen eingebaut werden. Wichtig ist auch, ein lernendes System zu implementieren, das sich immer wieder neu anpasst. Denkbar ist bei einer Forschungs-App auch, Forschungsergebnisse an die Nutzenden zurückzuspiegeln.

Sind Sie hoffnungsfroh, dass die Apps erweitert werden? Und glauben Sie – um auf das Thema Datenspende zu kommen –, dass die Menschen bereit sind, ihre Daten in den Bereichen, die Sie eben beschrieben haben, freizugeben und zu spenden?

Nach unseren Umfragen sind weit über 50 Prozent der Befragten bereit, Mobilitätsdaten und Kontaktdaten in einer erweiterten App an die Forschung weiterzugeben – und sogar Testergebnisse. Dies würden sie vor allem dann tun, wenn es sich um

Apps von staatlichen Institutionen, von öffentlich finanzierten Instituten und den gesetzlichen Krankenkassen handelt. Dagegen gibt es eine allgemeine Skepsis, wenn private Firmen in die App-Entwicklung einbezogen werden. Zu groß ist die Sorge, dass die Daten für individualisierte Werbung oder andere Zwecke verwendet werden. Die öffentlichen Institutionen haben somit einen Vertrauensvorsprung, den sie in den nächsten Jahren auch nutzen sollten und nicht verspielen.

Auch wenn öffentlich finanzierte Einrichtungen als vertrauenswürdig eingestuft werden, gibt es Vorbehalte. So gab es Datenschutzprobleme im Zusammenhang mit wichtigen Projekten wie der elektronischen Patientenakte. Wie schätzen Sie das ein? Ist der Datenschutz ein Hemmschuh oder eine Grundvoraussetzung?

Die Grundidee des Datenschutzes ist absolut richtig und die öffentliche Skepsis, die wir haben, zeigt auch das Bedürfnis nach Datenschutz. Allerdings variiert bei konkreten Forschungsprojekten die Interpretation des Datenschutzes sehr stark. Hier gibt es gesetzlichen Nachbesserungsbedarf, weil die Datenschutz-Grundverordnung sehr viel Interpretationsspielraum bietet.

Im Zusammenhang mit der Datenspende für die Forschung fordern Sie auch „ethische Leitplanken“.

Wir brauchen ein ethisches Rahmenwerk, das detailliert regelt, für welche Zwecke die gesammelten Daten verwendet werden dürfen und wer die Einhaltung der Regeln kontrolliert. In der ethischen Debatte geht es um die Frage, ob es eine allgemeine, unspezifische Zustimmung der Nutzenden für die Verwendung ihrer Daten geben sollte, oder ob sich die Einwilligung nur auf bestimmte Forschungsprojekte beziehen sollte. Viele der von uns Befragten wären durchaus bereit, einer breiten Nutzung ihrer Daten zuzustimmen. Ich könnte mir daher eine offener Form der Zustimmung für eine Datenspende vorstellen, vorausgesetzt, es werden wirksame Kontrollmechanismen eingeführt, die von eigens hierfür eingerichteten Gremien und Kommissionen überwacht werden. ■

»Forschungsorientierte Pandemie-Apps könnten einen entscheidenden Unterschied machen.«



EINWURF

Hohe Erwartungen an den neuen Gesundheits- minister Karl Lauterbach

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

Lange wurde über die Besetzung der Ministerposten der neuen Ampelkoalition gerätselt. Nun ist es amtlich: Der Epidemiologe Prof. Dr. Karl Lauterbach wird das Bundesgesundheitsministerium führen. „Um das Amt des Bundesgesundheitsministers scheint sich niemand zu reißen“, so kommentierte Tina Hassel vom ARD-Hauptstadtstudio die Personaldebatten im Kontext der Koalitionsgespräche zur Ampelkoalition. Das Gesundheitswesen gilt als Haifischbecken, die Interessen zwischen Bund, Ländern, Leistungserbringern und Krankenkassen sind vielfältig und nicht einfach zu bündeln, die Strukturen kompliziert. Allein wenn man an die schwierige Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von Gesundheitsfonds, allgemeinem Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz und den Finanzausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA) denkt, wird deutlich, wie komplex das Gesundheitswesen ist.

Prof. Lauterbach gilt als Kenner und möchte das Gesundheitsministerium führen. Als Mediziner, Gesundheitsökonom und erfahrener SPD-Gesundheitspolitiker gestaltet er die Gesundheitspolitik seit mehr als 20 Jahren aktiv mit, etwa als Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens oder in der Funktion des Sprechers der Arbeitsgruppe Gesundheit oder des stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion. Die Anfänge integrierter

Versorgungskonzepte gehen ebenso auf seinen Namen zurück wie die Analyse zur Unter-, Über- und Fehlversorgung des Sachverständigenrates. Sehr viel Anerkennung und Vertrauen ist ihm schließlich im Kontext der Corona-Pandemie zuteil geworden. Unermüdlich kämpfte er um Sachlichkeit und Aufklärung bei der exekutiven Pandemiebekämpfung. Seine umfassende Expertise wird ihm jetzt bei der Bewältigung der vor ihm liegenden Aufgaben dienlich sein. Die Erwartungen sind hoch. Der Minister wird sich daran messen lassen müssen, ob es ihm gelingt, die Corona-Krise zu managen. Gleichzeitig gilt es, die vielen guten Absichtserklärungen zur Neugestaltung und Modernisierung des Gesundheitswesens aus dem Koalitionsvertrag umzusetzen. Einen langen Atem wird er bei den notwendigen Reformen der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen benötigen, um das Gesundheitswesen demografiefest zu machen und eine stärkere Qualitätsorientierung zu erreichen.

Karl Lauterbach weiß, dass eine stabile GKV-Finanzbasis das Rückgrat ist für die anstehenden Reformen. Hier gilt es, die vagen Formulierungen des Koalitionsvertrages rasch zu schärfen. Wir als vdek bieten unsere Unterstützung an und haben bereits konkrete Vorschläge zur Modernisierung des Gesundheitswesens gemacht. Wir wünschen gutes Gelingen und viel Erfolg bei den spannenden Aufgaben. ■

Digitalisierung im Sinne der Versicherten

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens kommt die patientenzentrierte Digitalisierung voran. Das belegen die Beispiele, Ansätze und Entwicklungen in diesem Schwerpunkt. Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigen, dass ärztliche Praxen im Jahr 2020 mehr als 2,7 Millionen Videosprechstunden abgerechnet haben. 2019 lag die Zahl noch unter 3.000. Darüber hinaus bietet die Telemedizin neuartige Ansätze im virtuellen Krankenhaus: Telekonsile können eine lebensrettende Maßnahme sein. Neue Versorgungspfade gibt es auch in der Schlafmedizin. Darüber hinaus kommen die elektronische Patientenakte (ePA) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) zunehmend bei den Versicherten an. Jetzt ist auch die Bundesregierung am Zug, die patientenorientierte Digitalisierung voranzutreiben.



Digital Health: Gekommen, um zu bleiben

Text von **Sebastian Zilch**

In Sachen Gesundheitspolitik blickt Deutschland auf vier ereignisreiche Jahre zurück. Damit ist bei Weitem nicht nur die Corona-Pandemie gemeint, denn gerade bei der **Digitalisierung im Gesundheitswesen** hat sich viel getan: Alte Muster wurden durchbrochen und viele neue Projekte auf den Weg gebracht. Viel zu tun bleibt weiterhin.

Der „Digital-Health-Index“ der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2018 war ein Weckruf für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Denn mit einem unrühmlichen vorletzten Platz im internationalen Länder-Vergleich führte die Studie vor Augen, wie rückständig Deutschland in diesem Bereich abschnitt. Bemängelt wurden unter anderem Defizite beim sektorenübergreifenden Austausch von Gesundheits- und Sozialdaten sowie das Fehlen von elektronischer Gesundheitsakte und übergreifender E-Health-Strategie.

Bekäme diese Studie 2021 ein Update, so würde sie deutlich positiver ausfallen. Beispielsweise ist Deutschland mit der Einführung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) international Pionier und Vorbild und Inspiration für weitere Länder wie Frankreich oder Schweden. Zudem wurde im Zuge des Krankenhauszukunftsgesetzes ein großzügiges Investitionspaket geschnürt, mit dem die Kliniklandschaft hierzulande digital fit gemacht werden soll. Nicht zuletzt

konnte die Vernetzung über die Telematikinfrastruktur vorangetrieben werden und sowohl die elektronische Patientenakte als auch das eRezept konnten große Fortschritte verzeichnen.

Etappenziel statt Ziellinie

Trotz allen Fortschritts befinden wir uns erst am Anfang der digitalen Reise. Der „eHealth Monitor“ der Unternehmensberatung McKinsey zeigt auf, dass fast alle Praxen in der hausärztlichen Versorgung an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, aber noch immer 95 Prozent der Kommunikation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Arztpraxen traditionell auf Papier erfolgt und sogar das Fax vielerorts noch längst nicht in den wohlverdienten Ruhestand geschickt wurde.

Bei all der Freude über das Erreichte: Die versprochenen Mehrwerte von eRezept, elektronischer Patientenakte und Co. sind noch nicht im Alltag der Bevölkerung angekommen. Vielen Bürgerinnen und Bürgern sind die Anwendungen sogar unbekannt. Der neuen Regierung fällt nun die Aufgabe zu, den



Sebastian Zilch
ist Geschäftsführer
des Bundesverbands
Gesundheits-IT
(BVIITG)

Anwendungen das Fliegen beizubringen. Dafür muss ein konkreter Plan zusammen mit den Beteiligten entwickelt werden und nicht zuletzt um das Vertrauen in die Mehrwerte der Anwendungen bei Versicherten und Leistungserbringern geworben werden.

Die digitale Transformation umfasst aber weit mehr, etwa die Möglichkeiten der Datennutzung für eine systemisch bessere Gesundheitsversorgung. Die vergangenen Monate zeigten die Defizite deutlich auf. Die unzuverlässigen Angaben zu der Zahl der durchgeführten Impfungen oder den zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten sorgten für Ärger und erschwerten die Bewältigung der

Deutschland darf nicht von internationalen Daten abhängig sein.

Pandemie. Deutschland darf nicht von internationalen Daten abhängig sein, sondern sollte dazu in der Lage sein, seine eigenen Daten sicher und nutzenstiftend einzusetzen. Dafür braucht es eine klare Rechtslage, weniger Bürokratie und mehr Vertrauen in die Mehrwerte. Digitalisierung „made in Germany“ ist möglich. Die Industrie hat

am Beispiel der Corona-Warn-App gezeigt, dass sie dazu in der Lage ist, Nutzen und Datenschutz auf hohem Niveau zu vereinen.

Wie geht es weiter?

Angesichts dieser Herausforderungen wird es der neuen Bundesregierung nicht an Aufgaben mangeln. Erste Ergebnisse aus den Koalitionsverhandlungen stimmen hoffnungsvoll: Denn die „Ampel“ bekennt sich klar zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. So sollen elektronische Patientenakte, Telematikinfrastruktur und telemedizinische Anwendungen weiter ausgebaut werden. Geplant ist zudem eine E-Health-Strategie, die alle Maßnahmen bündelt und eine gemeinsame Richtung vorgibt. Damit könnte die Digitalisierung bald endlich eine langfristige Perspektive bekommen, statt sich immer von Legislaturperiode zu Legislaturperiode zu hangeln. Man darf also mehr als gespannt sein, was die Zukunft für Digital Health bereithält. ■

Die »Ampel« bekennt sich klar zur Digitalisierung im Gesundheitswesen.



Drei Fragen an

Prof. Dr. Lothar H. Wieler und Dr. Katharina Ladewig

Seit Januar 2021 baut das Robert Koch-Institut (RKI) ein „Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung (ZKI-PH)“ auf. Der neue Standort in Wildau verbindet die Erforschung von Infektionskrankheiten und nicht-übertragbaren Erkrankungen mit **Methoden der Künstlichen Intelligenz (KI)**. In *ersatzkasse magazin*. sprechen RKI-Präsident Prof. Dr. Lothar H. Wieler und ZKI-PH Managing Direktorin Dr. Katharina Ladewig über Ziele, Chancen und Herausforderungen des ambitionierten Projekts.

Welche neuen Möglichkeiten bietet KI im Bereich der Gesundheitsforschung? Bisher wird Künstliche Intelligenz im Bereich Public Health – also Öffentliche Gesundheit – viel weniger eingesetzt, als dies in der medizinischen Versorgung der Fall ist. Dort ist es bereits heute möglich, durch die Analyse mehrerer Tausend Krankengeschichten durch Computerprogramme (Algorithmen) individuelle Krankheits- und Therapieverläufe ganz spezifisch vorherzusagen. Die Nutzung von KI im Bereich Public Health bedeutet eine weitergehende Analyse von vorhandenen Daten und zwar nicht nur Daten aus dem Gesundheitssystem, sondern auch sozioökonomische Daten, Ernährungsdaten oder zum Beispiel auch Wetterdaten, mit dem Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, die einen besseren Schutz vor Krankheiten für die gesamte Bevölkerung ermöglichen.

Welche konkreten Ziele hat das ZKI-PH mit Blick auf künftige Epidemien und Pandemien? Das ZKI-PH hat das Ziel, die am RKI traditionell verankerten Expertisen in der Erforschung von Infektionskrankheiten und nicht-übertragbaren Erkrankungen (etwa Diabetes, Krebs, Adipositas) mit den Methoden der KI zu verbinden. Dies hilft uns zum Beispiel, bislang unbekannte Risikofaktoren für Krankheiten zu ermitteln, die Risiken von Krankheitserregern besser einschätzen zu können oder die Berechnung von Krankheitslasten zu optimieren. Und die integrierte Analyse etwa von Mobilitätsdaten mit Daten der klassischen

Gesundheitsmeldesysteme ermöglicht es uns, Frühwarnsysteme zu entwickeln, um Epidemien des 21. Jahrhunderts noch effektiver einzudämmen. Am Ende dient all das der Prävention von Krankheiten, denn unsere Aufgabe als nationales Public

Health Institut ist es weniger zu heilen als vorzusorgen. Hierin liegt ein immenses Potenzial, das in Deutschland wesentlich besser ausgeschöpft werden kann und muss.



Ein mächtiges Forschungsfeld in der KI ist Big Data. Dieser Ansatz konkurriert gerade in Europa mit sehr avancierten Datenschutzregeln, Gesundheitsdaten sind ein besonders sensibles Thema. Wie positioniert sich das ZKI-PH in diesem Spannungsfeld? Verlässliche, aktuelle Daten sind – unabhängig von der Größe der Datensätze – Grundlage jeder erfolgreichen Pandemiebekämpfung. Damit aus den Daten wissenschaftliche Schlüsse gezogen werden können, müssen sie gesammelt, gespeichert, aufbereitet und analysiert werden. Die Möglichkeit einer intensiven Nutzung von Gesundheitsdaten erhöht die Aussagekraft dieser Analysen in Bezug auf das Pandemiegeschehen enorm, aber dafür ist sowohl methodisch hochwertiges Datenmanagement unter Beachtung der DSGVO als auch eine hochwertige Datenanalytik die Grundlage. Daher

wird in Zukunft die Expertise verschiedener Bereiche des RKI innerhalb des neuen ZKI-PH gebündelt, wo IT- und KI-Experten Seite an Seite mit Datenschützern, Datenmanagern und -analysten arbeiten werden. ■

Meilensteine für die Versicherten

Text von Carolin Schmidt und Katja Kossack-Peters

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet mit großen Schritten voran. Nach zunächst strukturellen Maßnahmen, die den Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) mit der Anbindung der ersten Leistungserbringer und die ersten Fachdienste betroffen haben, kommen die **elektronischen Anwendungen** wie die elektronische Patientenakte (ePA) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nun zunehmend auch bei den Versicherten an. Aber das System ist komplex und so muss Geduld bewiesen werden im zeitlich ambitionierten Einführungsprozess.

Die Einführung der ePA zum 1. Januar 2021 und die Möglichkeit für die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, seit dem 1. Oktober 2021 die eAU an die Krankenkassen übermitteln zu können, bilden Meilensteine im Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Im kommenden Jahr folgt die Einführung des elektronischen Rezeptes (eRezept) bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln.

Die Krankenkassen haben die technischen Voraussetzungen geschaffen, seit Anfang Oktober dieses Jahres eAU empfangen zu können. Die entscheidende Voraussetzung für die deutschlandweite Einführung der eAU ist die technische Anbindung der Leistungserbringer. Bei solch einer komplexen Einführungsphase mit vielen Beteiligten sind Stolpersteine oftmals vorprogrammiert. Diese gilt es zu erkennen und zu beheben. Diesbezüglich stehen die Beteiligten in einem regelmäßigen Austausch. Zum Starttermin waren die technischen Voraussetzungen noch nicht in allen Arztpraxen gänzlich vorhanden. Das liegt

mitunter auch an der Vielzahl der verschiedenen Softwarehersteller und deren Updatezyklen für das Praxisverwaltungssystem sowie an der Integration weiterer Softwarekomponenten, die eine Übermittlung der eAU überhaupt erst ermöglichen. Die eAU wird über den Telematikdienst „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ übermittelt. Damit KIM und die Übermittlung auch funktionieren, ist es erforderlich, dass alle Akteure ihre Kontaktadressen in ein zentrales Verzeichnis einpflegen. Aktuell gibt es laut der gematik einen wöchentlichen Zuwachs von bis zu 5.000 KIM-Adressen.

Die Zeichen mit Ausblick auf 2022 stehen somit gut, dass der analoge Massenprozess immer weiter in den Hintergrund rückt und der erste von drei papierbasierten Ausdrucken in der digitalen Landschaft ankommt. Für die Versicherten entfällt hiermit die Übermittlungspflicht und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wird datenschutzkonform an die jeweilige Krankenkasse übermittelt. Ab 1. Juli 2022 folgt dann auch der digitale Übermittlungsweg zwischen Versicherten

Im kommenden Jahr folgt die Einführung des eRezepts.





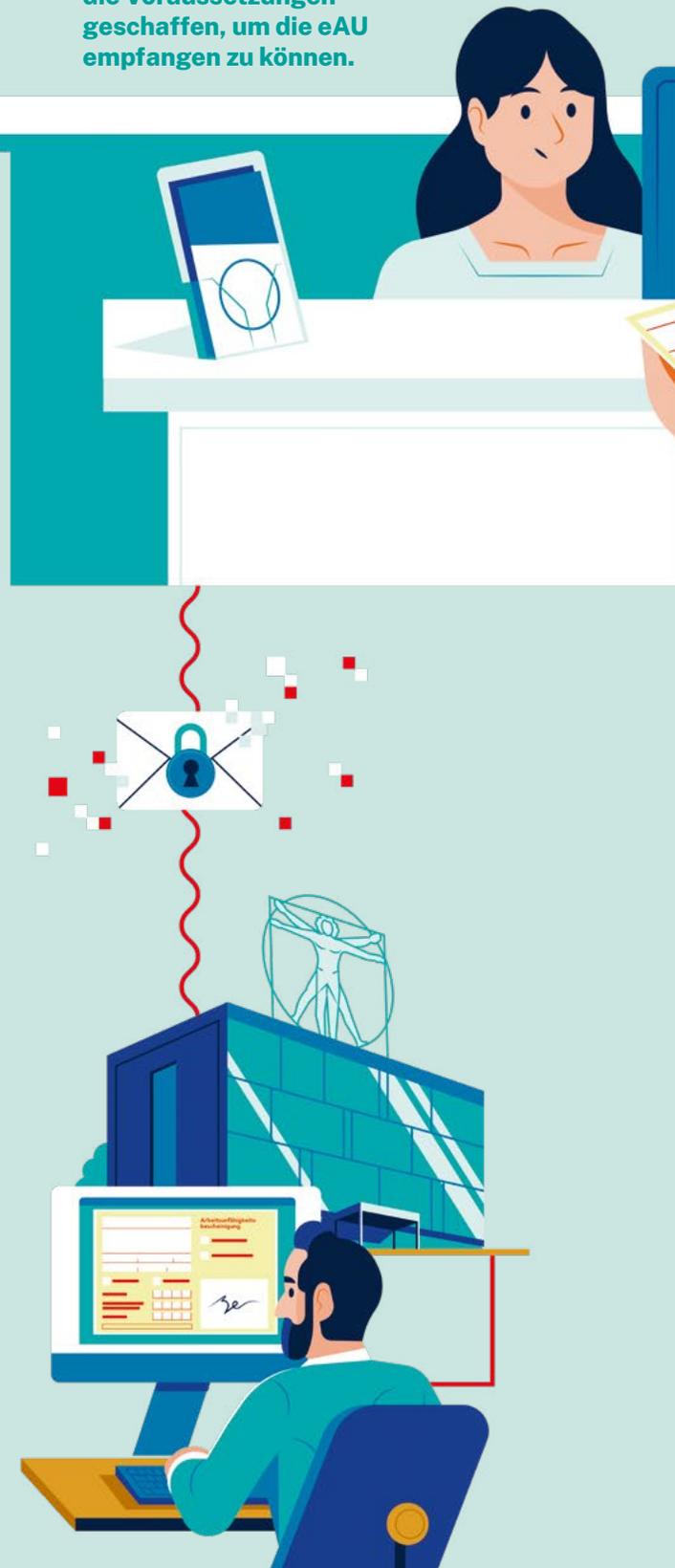
Krankenkassen haben die Voraussetzungen geschaffen, um die eAU empfangen zu können.

und Arbeitgebern. In diesem Schritt sind die Krankenkassen ab diesem Zeitpunkt zur elektronischen Weiterleitung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Arbeitgeber verpflichtet. Somit bleibt nur noch der Ausdruck für die Versicherten übrig.

Elektronisches Rezept

Die flächendeckende Einführung des eRezepts zum 1. Januar 2022 rückt immer näher. Seit dem 1. Juli 2021 wird der Prozess der elektronischen Verordnung in der Fokusregion Berlin/Brandenburg mit einer begrenzten Anzahl von Arztpraxen sowie Apotheken getestet. Die Testphase bietet den Rahmen, das eRezept von der Verordnung in der Arztpraxis über die Medikamentenausgabe in der Apotheke bis hin zur Abrechnung bei der Krankenkasse initial zu überprüfen und zu testen. Aufgrund des großen Erkenntnisgewinns wurde diese Phase seitens der gematik auf weitere zwei Monate bis Ende November 2021 verlängert. Es ist davon auszugehen, dass bis Ende dieses Jahres die Anzahl der angepassten Praxisverwaltungssysteme noch deutlich ansteigt. Somit können in der Testphase weiterhin wichtige Erkenntnisse für den eRezept-Prozess gesammelt werden. Aber auch jetzt ist die Bilanz bezüglich der Fokusregion schon positiv. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse konnte eine Vielzahl an Anpassungsbedarfen identifiziert und agil umgesetzt werden. Alle Beteiligten arbeiten auf Hochtouren, um die flächendeckende Einführung des eRezeptes so reibungslos wie möglich sicherzustellen.

Für die Versicherten bedeutet dies, dass sie mit der Ausstellung des eRezeptes durch den Arzt oder Zahnarzt künftig einen Rezeptcode erhalten, den sie zum Einlösen in der Apotheke benötigen. Versicherte ohne Smartphone zeigen hierfür einfach ihren Ausdruck in der Apotheke vor. Versicherte, die bereits über die





Vorteile für die Versicherten

ePA

Gesundheitsdaten in der eigenen Hand und immer verfügbar

Langfristiger Aufbau eines Gesamtüberblicks der eigenen Gesundheitsdaten

Mehrwert in der Versorgung durch vereinfachte Abläufe im Behandlungsalltag mit besserer Ausrichtung von Diagnosen und Therapien (Vermeidung von Doppeluntersuchungen)

eAU

Entfall der Übermittlungspflicht

Kostenersparnis

Datenschutzkonforme Übermittlung

eRezept

Flexibilität bei der Einlösung

Besserer Überblick der Verordnungen

Möglichkeit, den Warenstatus bei Apotheke im Vorfeld anzufragen

eRezept-App der gematik verfügen, können den Rezeptcode entweder per App in der Apotheke vorzeigen oder gänzlich digital einlösen über die Auswahl der (Online-)Apotheke und die Art der Lieferung (Abholung, Botendienst oder Versand).

Bei TI-Anwendungen erweitert sich der potenzielle Nutzerkreis.

Telematikinfrastruktur

Was die Anbindung der Leistungserbringereinstellungen an die TI betrifft, so kommen nach den bereits angebotenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten zunehmend Apotheken und Krankenhäuser hinzu. Davon verfügen auch immer mehr über die Ausbaustufe 4 des Konnektors, der aus technischer Sicht den Zugriff auf die TI-Anwendung ePA ermöglicht. Weitere Leistungserbringereinstellungen, die ab 2022 folgen werden, sind der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Hebammen und Entbindungspfleger, die Physiotherapeuten, die Pflegeeinrichtungen sowie die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Die für deren Ausstattung notwendigen Finanzierungsvereinbarungen sind zum Großteil bereits abgeschlossen.

Mit Blick auf die TI-Anwendungen, insbesondere auch ePA, erweitert sich der potenzielle Nutzerkreis damit deutlich. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR), welches die Ausgabe der elektronischen Identifikationskarten (kurz: SMC-B) für die nicht verkammerten Berufe übernimmt. Dieses hat im dritten Quartal 2021 seine Arbeit aufgenommen und wird ab 2022 für die entsprechenden Berufsgruppen regelhaft die Kartenausgabe übernehmen. ■



Carolin Schmidt ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



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

Digitaler Fortschritt ist weit mehr als die Videosprechstunde

Text von **Dr. Thomas Kriedel**

Mit dem oft zitierten **Digitalisierungsschub durch die Pandemie** ist meist vor allem der Raketenstart der Videosprechstunde gemeint: Allein im Jahr 2020 haben Praxen mehr als 2,7 Millionen Videosprechstunden abgerechnet. Im Vorjahr: keine 3.000. Für eine patientengerechte Digitalisierung brauchen wir aber weit mehr.

Telemedizin umfasst so viel mehr als nur die Videosprechstunde. Diese aber kommt immerhin bereits flächendeckend zur Anwendung; in Wellen parallel zur Corona-Inzidenz: Nach einem Peak im zweiten Quartal 2020 sind die Abrechnungszahlen zusammen mit den Inzidenzen gesunken; im Winter 2020/2021 wieder angestiegen. Die Videosprechstunde hat es auch bei hoher Inzidenz ermöglicht, die Patient:innen zu versorgen und vor Infektionsrisiken zu schützen. Gemessen an den mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten insgesamt im Jahr erweist sich die Videosprechstunde aber „nur“ als nützliche Ergänzung. Bei allem, wofür eine körperliche Untersuchung erforderlich ist, eignet sie sich natürlich nicht. So tes-

ten wir derzeit etwa in unserem Projekt KBV-ZukunftsPraxis eine Datenbrille für

ärztlich begleitete Haus- und Heimbesuche durch Praxisassistent:innen, um dieses Manko zu überbrücken. Denn die Fachgruppen nutzen die Videosprechstunde (noch) sehr unterschiedlich: Während etwa Internist:innen sie kaum

anwenden, verbuchen die Psychotherapeut:innen 78,5 Prozent der Videosprechstunden; neuerdings nun auch für Gruppen. Aber: Behandeln Therapien problematische Beziehungssituationen zu Hause, bietet nur die Praxis einen geschützten Raum.

Versorgung ist hochkomplex – auch jenseits einer Pandemie

Zu bedenken sind aus ärztlicher und therapeutischer Sicht auch jene Patient:innen, die Videosprechstunden nicht nutzen können oder wollen. Unsere Versichertenbefragung hat gezeigt: Erst die Hälfte würde die Videosprechstunde anwenden oder tut es bereits. Je älter sie sind, desto größer ist die Ablehnung. Dar-

über hinaus ist die Nutzungsbereitschaft in den Städten größer als auf dem Land; gewiss nicht zuletzt abhängig vom Internet. Das Stadt-Land-Gefälle ist gerade auch deshalb interessant, weil die

Videosprechstunde oftmals als Lösung für den Landarztmangel propagiert wird. Sie zeigt aber wieder, wie hochkomplex die Versorgung für Patient:innen auch jenseits einer Pandemie ist: Eine Lösung allein macht noch keine Telemedizin und reicht nie für alle und alles. ■

Die Fachgruppen nutzen die Videosprechstunde (noch) sehr unterschiedlich.



Dr. Thomas Kriedel ist Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)



Baustein für eine menschlichere Medizin

Text von Prof. Dr. Christoph Schöbel und Dr. Martina Große Sundrup

Die **digitale Transformation** schreitet auch im Gesundheitswesen voran. Spätestens seit der Corona-Pandemie sind digitale Angebote, wie zum Beispiel Videosprechstunden, in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. Doch wie profitieren Patienten von neuen Technologien und welche potenziellen Risiken gibt es?



Prof. Dr. Christoph Schöbel ist Leiter des Zentrums für Schlaf- und Telemedizin an der Ruhrlandklinik



Dr. Martina Große Sundrup ist wissenschaftliche Fachärztin am Lehrstuhl für Schlaf- und Telemedizin an der Ruhrlandklinik

Die Telematikinfrastruktur soll eine Vernetzung der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens für einen unkomplizierten und zeitnahen Austausch medizinischer Informationen ermöglichen. Digitale Ansätze aus dem Bereich Big Data und Künstliche Intelligenz (KI) können Ärzte zukünftig bei Diagnostik und Therapie unterstützen. Telemedizinische Angebote ergänzen die Versorgung der Bevölkerung. Beispielsweise untersucht das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt SLEEP WELL vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und Wartezeiten bei Diagnostik und Therapie von Patienten mit Schlafapnoe neue Versorgungspfade mittels telemedizinischer Unterstützung.

Insgesamt sollen Patienten von einer zunehmend personalisierten Medizin profitieren und durch mehr Autonomie und Selbstbestimmung im Mittelpunkt der digitalen Transformation stehen. So eignen sie sich gesichertes Wissen durch Informationen aus dem Internet an, können Gesundheitsdaten durch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

oder Sensoren selbständig erheben und nutzen diese zur Optimierung ihrer Gesundheit, zur Prävention oder gar zur Diagnostik und Therapie.

Im Sinne der Patienten muss hier jedoch frühzeitig der Erwerb einer digitalen Gesundheitskompetenz vorangetrieben werden. Nur ein aufgeklärter und informierter Patient kann die gewonnenen Daten gemeinsam mit seinen Ärzten richtig bewerten und qualifizierte Entscheidungen treffen. Zertifizierte Medizinprodukte und DiGA müssen von Lifestyle-Produkten differenziert betrachtet werden. Hierbei müssen Patienten und ihre behandelnden Ärzte transparent nachvollziehen können, welche Innovationen wirklich einen nachgewiesenen Nutzen haben und gleichzeitig einen sicheren Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten gewährleisten. Nur so werden alle Beteiligten die Digitalisierung als Baustein für eine menschlichere Medizin begreifen, Sorgen vor Datenmissbrauch und möglicher Überforderung ablegen und sich selbstbestimmt und konstruktiv in den Versorgungsprozess einbringen. ■



Telemedizin neu gedacht: Das virtuelle Krankenhaus

Text von **Günter van Aalst**

Durch Telemedizin gelangt medizinisches Wissen dorthin, wo es gebraucht wird – und das ohne lange Anfahrtswege und volle Wartezimmer. Telemedizinische Anwendungen haben somit das Potenzial, die Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Telemedizin bietet neuartige Ansätze der Kooperation und Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten ganz im Sinne eines gemeinsamen Behandeln. Um dies zu ermöglichen, müssen zukunftsfähige Versorgungsstrukturen in der Lage sein, interdisziplinäre Zusammenarbeit und digitale Lösungen abzubilden und so die Versorgung professions- und institutionsübergreifend zu unterstützen. Auf diese Weise können medizinische Expertise und interdisziplinäres Know-how flächendeckend und in Echtzeit dorthin transportiert werden, wo Bedarf besteht. Daten, Kompetenzen und Expertise sind somit orts- und zeitunabhängig für alle Behandelnden sowie für Patientinnen und Patienten zugänglich – für eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Versorgung.

Bestes Beispiel für eine telemedizinisch unterstützte Versorgung ist das Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen (VKh.NRW). Seit dem 30. März 2020 wird mit der Vorstufe des VKh.NRW ein landesweites telemedizinisches Versorgungsnetzwerk betrieben, um schwer an Covid-19 Erkrankte institutionsübergreifend zu versorgen. Bislang haben sich 140 NRW-Krankenhäuser der Allgemeinversorgung dem Netzwerk angeschlossen. Durch den Einsatz von Telekonsilen können diese Häuser auf die Expertise der Unikliniken Aachen und Münster zurückgreifen. Seit Beginn der Vorstufe des VKh.NRW wurden über 3.200 Telekonsile bei mehr als 500 intensivpflichtigen Covid-19-Patientinnen und -Patienten durchgeführt. Das Ziel, die wohnortnahe Versorgung zu stärken, wird erreicht: Verlegungen sind nur in Ausnahmefällen erforderlich, können dann aber passgenau und sehr zeitnah erfolgen.

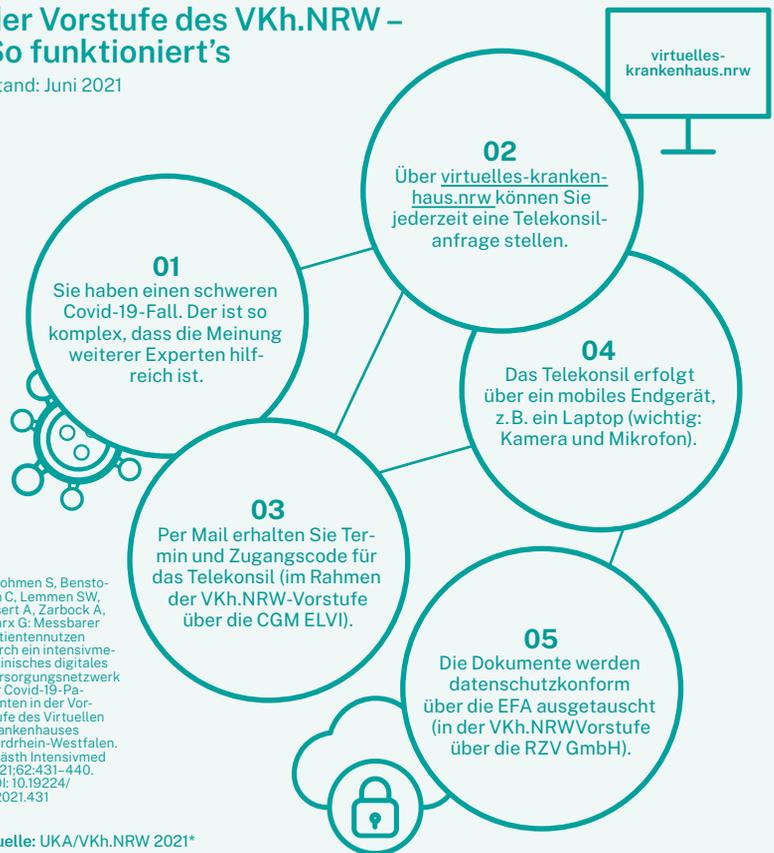
Telekonsile als lebensrettende Maßnahme

Insbesondere bei unmittelbar lebensbedrohlichen Indikationen sind Telekonsile eine höchsteffektive und lebensrettende Maßnahme. Sowohl auf Ebene der Patientinnen und Patienten als auch versorgungsstrukturell betrachtet wird der Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit mit der zusätzlichen telemedizinischen Unterstützung ausgewiesener Expertenzentren sehr deutlich. Sukzessive wird das VKh.NRW auch Telekonsile zu weiteren Indikationen anbieten.

Der digitale Umbruch in der Medizin muss jetzt gestaltet und realisiert werden! Dazu bedarf es multiprofessioneller, interdisziplinärer und

Ein Telekonsil im Rahmen der Vorstufe des VKh.NRW – So funktioniert's

Stand: Juni 2021



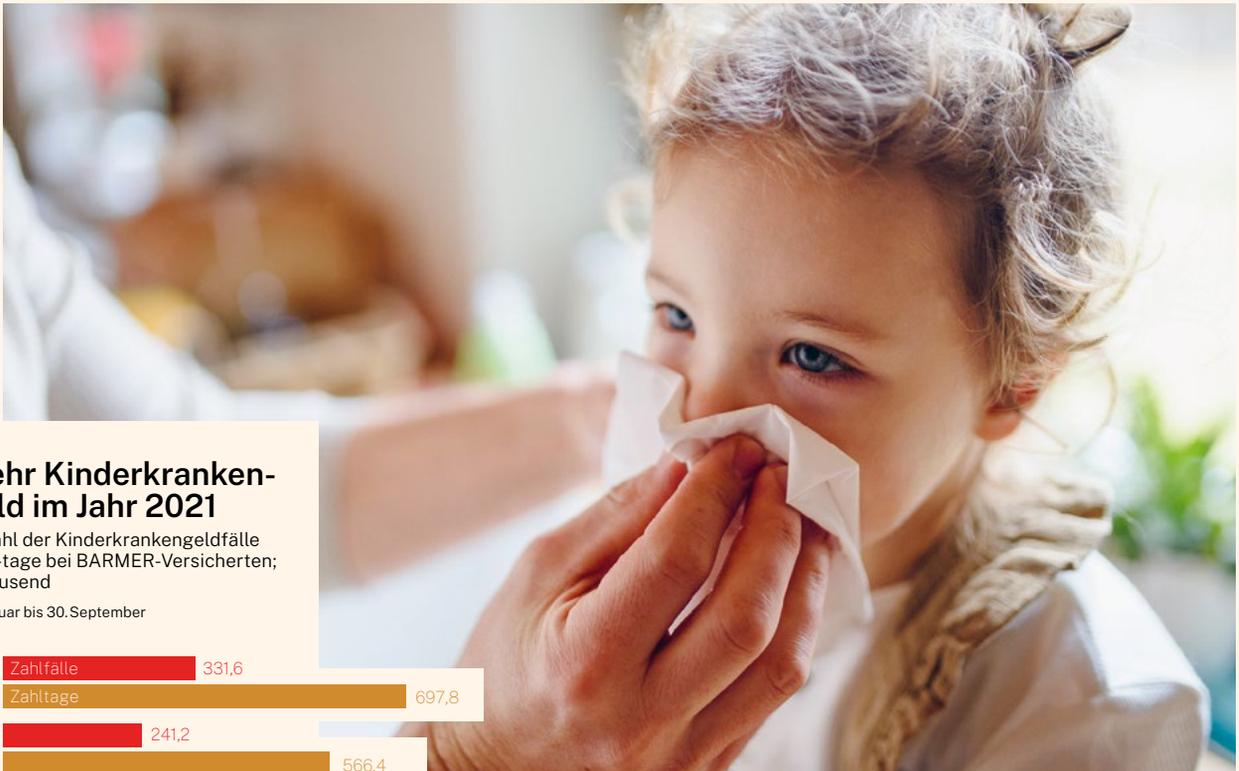
* Dohmen S, Benstoen C, Lemmen SW, Eisert A, Zarbock A, Marx G, Messbarer Patientennutzen durch ein intensivmedizinisches digitales Versorgungsnetzwerk für Covid-19-Patienten in der Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses Nordrhein-Westfalen. *Anasth Intensivmed* 2021;92:431-440. DOI: 10.19224/ai2021.431

Quelle: UKA/VKh.NRW 2021*

sektorübergreifender Zusammenarbeit über Netzwerkstrukturen auf Bundes- und EU-Ebene mit dem Ziel, die Grundlagen und Blaupausen für zukunftsfähige Versorgungsmodelle zu schaffen. Um diese Entwicklung mitzugestalten, wurde im Jahr 2018 das Innovationszentrum Digitale Medizin der Uniklinik RWTH Aachen (IZDM) ins Leben gerufen. Seitdem konzipiert und realisiert das IZDM Großprojekte auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene und bereitet den Weg für eine Übersetzung in den Versorgungsalltag. Dabei verfolgt es immer den Ansatz einer bestmöglichen patientenzentrierten und wertebasierten Versorgung unter Nutzung digitaler Medizin. Derzeitige Arbeitsschwerpunkte sind insbesondere multiprofessionelle Versorgungslösungen mit gemeinsamen Qualitätsmaßstäben sowie die Implementierung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien wie z. B. Telekonsilen, Videosprechstunden, Telemonitoring und elektronischen Fallakten. ■



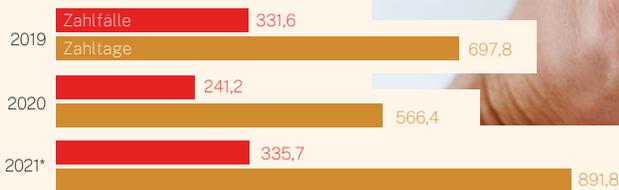
Günter van Aalst ist Mitglied im Vorstand des Innovationszentrums digitale Medizin der Uniklinik RWTH Aachen (IZDM), stellv. DGTelemed-Vorstandsvorsitzender und stellv. Aufsichtsratsvorsitzender der ZTG GmbH



Mehr Kinderkrankengeld im Jahr 2021

Anzahl der Kinderkrankengeldfälle und -tage bei BARMER-Versicherten; in Tausend

*1. Januar bis 30. September



Eltern rufen immer mehr Kinderkrankengeld ab

BARMER Das Kinderkrankengeld wird im Jahr 2021 deutlich häufiger beansprucht als in den Jahren zuvor. Das geht aus einer aktuellen Analyse der BARMER hervor. Demnach wurden im Jahr 2021 Versicherten der Krankenkasse bis September bereits fast 892.000 Kinderkrankengeldtage in einem Wert von 56,7 Millionen Euro bewilligt. Das umfasst sowohl die pandemiebedingte Betreuung als auch die Tage, an denen ein Kind krank ist. Im gesamten Vorjahr waren es nur 566.000 Tage. Im Jahr 2019 hatten sich die Kinderkrankengeldtage auf rund 698.000 summiert. Laut Analyse ist dies ein Ergebnis der Corona-Maßnahmen von Bund und Ländern. „Das Kinderkrankengeld erweist sich in der Corona-Pandemie als echte Entlastung für Eltern“, sagt BARMER-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Christoph Straub. Seit Juni seien die Fälle des pandemiebedingten Kinderkrankengelds drastisch zurückgegangen. Grund dafür sei, dass die Schulen und Kitas nicht mehr bundesweit geschlossen waren. *pm*

→ [barmer.de](https://www.barmer.de)



TK Die Stressstudie „Entspann dich, Deutschland“ der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt: Knapp zwei von drei Menschen in Deutschland (64 Prozent) fühlen sich mindestens

manchmal gestresst; mehr als ein Viertel sogar häufig (26 Prozent). Befragt wurden im März 2021 bundesweit 1.000 Menschen ab 18 Jahren. „Es zeigt sich, dass der subjektiv empfundene Stress bei den Menschen in den vergangenen Jahren noch einmal signifikant zugenommen hat“, erklärt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Im Vergleich zur ersten Studie von 2013 sei bei den häufig Gestressten ein Anstieg um 30 Prozent zu verzeichnen. Häufigste Stressfaktoren sind Beruf, Schule und Studium, gefolgt von Ansprüchen an sich selbst, schwere Krankheit von Nahestehenden, Konflikte, ständige Erreichbarkeit sowie zu viel Freizeitstress. Starke Auswirkungen hat auch die Corona-Pandemie. 47 Prozent der Befragten gaben an, dass ihr Leben seit Beginn der Pandemie stressiger geworden sei. *pm*

→ tk.de → bit.ly/2ZKkt4W

Jede Zweite geht krank zur Arbeit

TK Jede bzw. jeder zweite Beschäftigte geht manchmal, häufig oder sogar sehr häufig krank zur Arbeit. Das ist ein Ergebnis der Beschäftigtenstudie „How's work? Was Beschäftigte in Deutschland bewegt und belastet“, die das Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG) zusammen mit der Techniker Krankenkasse (TK) durchgeführt hat. Für die Studie wurden zwischen 2018 und 2021 mehr als 11.000 Beschäftigte aus 43 Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen befragt. Die Auswertung zeigt, dass weibliche Beschäftigte eher zu Präsentismus neigen als ihre männlichen Kollegen. So geben 56 Prozent der befragten Frauen an, manchmal, häufig oder sehr häufig krank zu arbeiten, bei den Männern sind es 47 Prozent. Die Befragung zeigt unter anderem auch, dass viele Arbeitnehmer:innen belastet sind: Ein Drittel macht demnach oft oder immer Überstunden, knapp 40 Prozent haben oft oder immer zu wenig Zeit, um alle beruflichen Aufgaben zu erledigen. *pm*

→ tk.de → bit.ly/30Wlhmi

Für mehr Transparenz

KKH Die KKH Kaufmännische Krankenkasse hat erstmals einen Transparenzbericht veröffentlicht, mit dem sie Einblick in die eigene Leistungs- und Servicewelt gewährt. Sie fordert seit langem mehr Transparenz im Gesundheitswesen. „Transparenz ist ein wichtiger Schlüssel für mehr Qualität bei dem wichtigsten Gut, das wir haben: unsere Gesundheit“, sagt KKH-Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Matz. Natürlich sei der Bericht ein Wagnis, denn die KKH zeige nicht nur ihre Stärken, sondern eben auch die Bereiche, in denen sie noch besser werden könne. Dennoch kann die Kasse auf eine solide Kundenzufriedenheit blicken: 86 Prozent der Versicherten sind zufrieden oder sehr zufrieden mit der KKH. Aber das reicht der KKH nicht, weshalb sie eine Neustrukturierung abgeschlossen und ihre Beratung in acht Regionalzentren mit 110 angeschlossenen Servicestellen gebündelt hat. *pm*

→ kkh.de → bit.ly/32VGu1J



Mediensucht steigt in Corona-Pandemie stark an

DAK In der Corona-Pandemie ist die Mediensucht bei Kindern und Jugendlichen stark gestiegen. Aktuell nutzen 4,1 Prozent aller Zehn- bis 17-Jährigen in Deutschland Computerspiele krankhaft. Hochgerechnet wären so rund 220.000 Jungen und Mädchen betroffen, was im Vergleich zu 2019 einen Anstieg um 52 Prozent bedeutet. Das zeigen Ergebnisse einer gemeinsamen Längsschnittuntersuchung der DAK-Gesundheit und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), befragt wurden rund 1.200 Familien bundesweit. Demnach hängt der Anstieg der Mediensucht eng mit längeren Nutzungszeiten zusammen. Beim Gaming beträgt die durchschnittliche Spielzeit an einem Werktag jetzt 109 Minuten. Das sind 31 Prozent mehr als vor Corona. Während vor der Pandemie 2,7 Prozent der Befragten ein pathologisches Spielverhalten zeigten, sind es jetzt 4,1 Prozent. Jungen sind mit 3,2 Prozent deutlich häufiger betroffen als Mädchen mit 0,9 Prozent. DAK-Chef Andreas Storm fordert Konsequenzen in der Gesundheitspolitik und plädiert für eine Präventionsoffensive zur Medienkompetenz. *pm*

→ dak.de → bit.ly/3Gj3vu3

Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen

Text von **Uwe Dresel** und **Sandra Schmidt**

Die Gesundheit von Pflegekräften und Pflegebedürftigen ist die Basis guter Pflege. Daher hat die DAK-Gesundheit 2019 das Modellvorhaben „Pflegeeinrichtungen als Kompetenzzentren in der Gesundheitsversorgung durch Multiplikation von körperlicher Aktivität (POLKA)“ mit einer Laufzeit von fünf Jahren gestartet. Eingebunden sind 30 stationäre Einrichtungen der Altenpflege in vier Bundesländern. Die **betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention** gehen hier Hand in Hand.



Uwe Dresel ist Referent Prävention und Gesundheitsförderung bei der DAK-Gesundheit



Sandra Schmidt ist Referentin Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit bündelt mit POLKA die Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung (§20b SGB V) und der Prävention (§ 5 SGB XI): So stärkt sie die vorhandenen gesundheitsfördernden Potenziale beider Zielgruppen – der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen – und bietet Leistungen aus einer Hand. Das Modellvorhaben (§ 20g SGB V) wird mit fünf erfahrenen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern unter der Leitung des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. umgesetzt. Ziel ist es zu erforschen, wie die Implementierung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege gelingen kann.

Die Altenpflege ist gekennzeichnet durch eine hohe Arbeitsverdichtung. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-Gesundheit weisen für die Branche hohe Fallzahlen aus und eine vergleichsweise lange durchschnittliche Falldauer. Für die dominierenden Erkrankungen des Muskelskelettsystems und der Psyche besteht jeweils eine gute Evidenz für körperliche Aktivität.

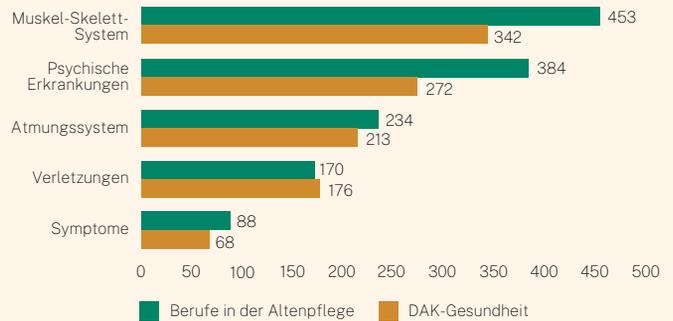
Auch bei den Pflegebedürftigen ist dringender Handlungsbedarf zu erkennen. Drei Viertel der Pflegebedürftigen sind in der Bewegung eingeschränkt. 50 bis 60 Prozent sind demenzerkrankt. Ein Einzug in ein Heim scheint Mobilitätseinbußen zu begünstigen. 40 Prozent der Menschen, die zum Zeitpunkt ihres Einzugs in ein Pflegeheim mobil sind, entwickeln innerhalb von 18 Monaten Mobilitätseinschränkungen. Eine Verbesserung der körperlichen Aktivität und Bewegung kann hier entgegenwirken.

Das Gesamtziel ist die Stärkung von Potenzialen in Pflegeeinrichtungen zur bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz. Dazu werden in den Einrichtungen Steuerungsgremien gebildet, die sich über ein System von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung ihres Pflegepersonals, ihrer Pflegebedürftigen, der pflegenden Angehörigen sowie der Bewohnerinnen und Bewohner befassen. Die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Bewegung soll nachhaltig verankert werden, indem auch eine Vernetzung mit kommunalen Versorgungsangeboten stattfindet.

Die ersten Erfahrungen und Ergebnisse nach zwei Jahren Projektlaufzeit machen Mut und sind erstaunlich. Trotz der widrigen Umstände durch die Corona-Pandemie wurden viele Inhalte von POLKA umgesetzt, nicht zuletzt dank eigens entwickelter neuer digitaler Angebote. Zugleich ergab sich angesichts der Krisen-Situation ein unerwartet hohes Interesse an der Teilnahme an POLKA. Im Bereich der BGF zeigte sich eine überwältigende Resonanz bei Mitarbeitenden: Sind sonst BGF-Interventionen gerade in der Pflege wegen Zeitnot des Personals oftmals schwierig umzusetzen, beteiligten sich hier fast doppelt so viele Mitarbeitende und Führungskräfte als erwartet (durchschnittlich etwa 40 Prozent der Mitarbeitenden je Heim). Die Prävention für die Bewohnenden der Pflegeeinrichtungen stieß ebenfalls auf großes Interesse: Die anvisierte Zahl von 20 Bewohnenden je Heim wird im ersten Schritt eines Assessments zur Gesundheit erreicht.

AU-Tage in den Berufen der Altenpflege

pro 100 Versichertenjahre; nach Erkrankungsgruppen; im Vergleich zu Beschäftigten aller anderen Branchen aus dem Bestand der DAK-versicherten Mitglieder; standardisierte Werte



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Bei der Verbindung der beiden Bereiche BGF und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen hat POLKA auch in den Augen der Öffentlichkeit eine Vorreiterrolle übernommen. In den nächsten drei Jahren gilt es nun, die neuen Ansätze in den Pflegeheimen dauerhaft zu etablieren und die Evaluationen der verschiedenen Teilbereiche abzuschließen. Auf dieser Basis kann POLKA von einem regionalen Modellprojekt zu einem bundesweiten Vorhaben werden. ■

Die Prävention für die Bewohnenden der Pflegeeinrichtungen stieß ebenfalls auf großes Interesse.



 Gesundheitsförderung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung: Ein Leitfaden von #Ersatzkassen, #vdek, @unibielefeld & @Bethel_Aktuell gibt Tipps, wie das Thema Gesundheit in den Arbeitsalltag integriert werden kann.

 @vdek-Presse vdek begrüßt, dass Bundestag ergänzendem Steuerzuschuss für #GKV für 2022 zugestimmt hat. Damit bleibt durchschnittl. Zusatzbeitragssatz 2022 bei 1,3%. Neue Bundesregierung muss nun für die Folgejahre nachhaltige Finanzierungsstrategie auf den Weg bringen.



Der Nachhaltigkeit auf der Spur

 **PODCAST** Jedes Jahr werden rund 1,4 Milliarden Paar Sneaker verkauft, doppelt so viele wie noch 2012. Rund 70 Milliarden Dollar Umsatz machen die Konzerne damit. Weggeschmissen werden allein in Deutschland über 380 Millionen Paar Schuhe pro Jahr, fast fünf Paar pro Person. Hersteller und Händler geloben einen verantwortungsvollen Umgang, aber was ist wirklich dran an ihren Nachhaltigkeitsversprechen? Der Podcast „Sneakerjagd“, eine gemeinsame Produktion von NDR, STRG_F, DIE ZEIT und Flip, geht der Frage nach, welche Folgen der Schuhkonsum für die Umwelt und Gesundheit hat. Dafür wurden GPS-Sender in den Sneakers von prominenten Personen versteckt und auf Reisen geschickt. *ake*

→ bit.ly/3xRf5tk



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

Verwaltungsprozessuale Fragen im Blick

Der Handkommentar gibt wissenschaftlich genaue Antworten auf verwaltungsprozessuale Fragen. Auf die Entwicklungen des europäischen Gemeinschaftsrechts wird besonderes Augenmerk gelegt. Neue Rechtsprechung und Literatur zum Verwaltungsprozessrecht sind eingearbeitet, auch werden die aktuelle Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Verwaltungsprozess berücksichtigt.

Prof. Dr. Ferdinand O. Kopp (†), Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Schenke (Hg.) | **VwGO – Verwaltungsgerichtsordnung – Kommentar** | 27. Auflage 2021, XXXIII, 2.147 S., € 67 | Verlag C. H. Beck, München

Handlungskonzept Case Management

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management gelten als Statement zu den Gütemaßstäben, die an die Durchführung des Case Managements anzulegen sind. Die Empfehlungen bleiben offen für handlungsfeld- oder einrichtungsbezogene Spezifika. Der Band enthält ethische Grundlagen, Standards zur Normierung und Auditierung sowie Richtlinien für die Weiterbildung.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hg.) | **Case Management Leitlinien - Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen** | 2. Auflage 2020, XI, 88 S., € 29,99 | medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg



Weitere aktuelle Fachliteratur
→ vdek.com/buecher



Suchthilfesystem während der Pandemie

Die Corona-Pandemie hat in Deutschland auch Auswirkungen auf das Suchthilfesystem. Auch wenn keine repräsentativen Daten zu der Situation des Suchthilfesystems verfügbar sind, geht aus Umfragen hervor, dass unter anderem Kontaktbeschränkungen und Abstandsregelungen dazu führten, dass Beratungs- und Behandlungsangebote nur noch reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren. Online-Angebote wurden, wo möglich, ausgebaut, um die Betroffenen weiterhin unterstützen zu können. Das geht aus dem Mitte November 2021 veröffentlichten Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) hervor, der einen Überblick über das Konsumverhalten in der Altersgruppe der Zwölf- bis 64-Jährigen gibt. Darüber hinaus fasst er Hintergrundinformationen sowie aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Prävention, Beratung, Behandlung, Schadensminderung und Angebotsbekämpfung zur Verbreitung illegaler Drogen in Deutschland zusammen. In dem Bericht werden auch mehrere Studien zum Konsum von Cannabis und anderen illegalen Substanzen während der Corona-Pandemie vorgestellt. Hier zeigt sich ein uneinheitliches Bild, so unterscheiden sich die Auswirkungen der Pandemie je nach Lebenssituation und vorherigem Konsumverhalten. *pm*
→ bit.ly/3lx2ZAO



Mehr Online-Meetings

In vielen deutschen Unternehmen hat sich 2020 nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) die Zahl der Fernzugriffe auf E-Mail- und IT-Systeme erhöht. Außerdem sei in vielen Unternehmen die Zahl der online durchgeführten Meetings gestiegen. Diese Entwicklung sei besonders ausgeprägt in großen Unternehmen mit mindestens 250 Beschäftigten gewesen. Am deutlichsten habe sich die Pandemie und somit das Arbeiten im Homeoffice auf die Durchführung von Meetings ausgewirkt. In fast einem Drittel der Unternehmen (31 Prozent) hätten 2020 mehr Online-Meetings stattgefunden als im Vorjahr. Die Zahl der Beschäftigten, die remote – also per Fernzugriff – auf dienstliche E-Mail-Systeme zugegriffen hätten, habe in einem Fünftel (20 Prozent) aller Unternehmen zugenommen. In 18 Prozent der Unternehmen hätten die Beschäftigten häufiger als im Vorjahr remote auf IT-Systeme zugegriffen. Noch größer seien die Anstiege in den großen Unternehmen (mit mindestens 250 Beschäftigten) ausgefallen: 94 Prozent von ihnen hätten mehr Online-Meetings durchgeführt. In 79 Prozent der großen Unternehmen seien dienstliche E-Mails häufiger als früher remote genutzt worden und bei 82 Prozent habe es einen Anstieg der Fernzugriffe auf IT-Systeme gegeben. *pm*

→ bit.ly/3lkcNrm



Kopfkino im Wartezimmer

Kunst ist im Wartebereich von ärztlichen Praxen allgegenwärtig. Papageientaucher an der Steilküste, Blechdosen in Warhol-Manier und dergleichen mehr. Besonders beeindruckend aber ist ein überlebensgroßer Hirschkornkäfer, der ganz aufrecht mitten im Bild steht. Der aus kleinen vielfarbigem Dreiecken zusammengesetzte Käferkörper wirkt ganz zersplittert und fragmentiert, als seien sämtliche Knochen in seinem Innern gebrochen. Eine Patientin, die vor einiger Zeit mit gebrochenem Arm im Wartezimmer saß und diesen Käfer betrachtete, interpretierte das Bild folgendermaßen für sich: Innerlich noch nicht heil, aber aufrechten Ganges und zuversichtlich den Genesungsprozess durchlaufend. Und verglichen mit dem Schicksal von Gregor Samsa aus Franz Kafkas Erzählung „Die Verwandlung“ kann es nicht so schlimm sein. Denn der erwacht eines Morgens in Käfergestalt und wird später von seinem Vater mit Äpfeln beworfen, die ihm schwere Wunden zufügen. Also, der Arm wird verheilen, ganz bestimmt.

Ein gesundes, besinnliches Weihnachtsfest
und alles Gute und Gesundheit für 2022 wünscht Ihnen

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

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

Gesamtverantwortung Michaela Gottfried (Leiterin Abteilung der Kommunikation)

Redaktionsleitung Annette Kessen

Redaktion Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen Anton Hallmann/Sepia (Titelseite, 10, 16/17, 32/33, 38/39, 46/47); antonhallmann.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Dezember 2021 | 101. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint
sechs Mal im Jahr.

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | **S. 4:** pag, Fiolka | **S. 6:** iStock/XiXinXing | **S. 7:** vdek/Georg J. Lopata; thenounproject/alkhalifi_design | **S. 8:** karllauterbach.de; BARMER; Maximilian König; Tino Basoukos | **S. 12:** vdek/Nicole Janke | **S. 14:** photothek | **S. 16:** privat; vdek/Sibylle Malinke | **S. 19:** Cordula Feck; Verena Brüning | **S. 20:** Kinderarche Sachsen e.V. | **S. 21:** iStock/kzenon; vdek | **S. 22:** Florian Giesche, Präventiv- und Sportmedizin der Goethe Universität Frankfurt | **S. 23:** okrasiuk/Adobe Stock; vdek/Gesund bleiben in Molschd | **S. 24:** vdek/A&B One Digital GmbH | **S. 25:** vdek/A&B One Digital GmbH | **S. 26:** Vincent Leifer, Greifswald | **S. 28:** pag, Fiolka | **S. 31:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 34:** Stadtgoeren | **S. 35:** iStock/alvarez | **S. 36:** RKI/Brauer Photos, J. Reetz; EIT Health/Go7 AG, Robin Heller | **S. 39:** privat; vdek/Manfred Schild | **S. 40:** Lopata/axentis.de | **S. 41:** iStock/Edwin Tan; Uniklinikum Essen | **S. 42:** UKA/Till Erdmenger | **S. 43:** IZDM/UKA | **S. 44:** iStock/Halfpoint | **S. 45:** thenounproject/WEBTECHOPS LLP; iStock/bojanstory | **S. 46:** DAK-Gesundheit | **S. 48:** NDR/STRG_F/DIE ZEIT/Flip | **S. 49:** iStock/nensuria | **S. 50:** iStock/jamespharaon

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

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

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

vdek-Zentrale

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

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
@vdek_BER_BRA

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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



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

Nordrhein-Westfalen

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

Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

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

Rheinland-Pfalz

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

Saarland

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

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

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

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
@vdek_TH

vdek online

vdek.com  @vdek_Presse



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