

ersatzkasse magazin.

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

G20634

1. AUSGABE 2022



Impfen, Mythen, Mutationen

Im Wettlauf mit den Corona-Mutationen sind Impfungen entscheidend. Breite Aufklärung beugt Falschinformationen vor

Der Handlungs- druck ist groß

Die Ampelparteien müssen neben der Pandemiebekämpfung auch den angestauten Reformbedarf im Gesundheitswesen angehen

Mondpreise bei Orphan Drugs

Der AMNOG-Report 2022 der DAK-Gesundheit zeigt, dass das AMNOG-Verfahren dringend auf den Prüfstein gestellt werden muss

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

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** Bewerbungsstart für den #vdekZukunftspreis 2022. Wir suchen Ideen und Projekte zur Stärkung der #Gesundheitskompetenz der Versicherten. Das Preisgeld beträgt insges. 20.000€. Bewerben Sie sich jetzt!

 **@vdek_Presse** #UweKlemens zieht auf #vdekPK positive Bilanz der Marktlage der #Ersatzkassen u. sagt gleichzeitig voraus, dass #GKV 2023 wegen teurer Reformen vor riesigem Finanzloch steht: Wenn Politik nicht handelt, droht 2023 nahezu Verdopplung des Zusatzbeitragssatzes!



EDITORIAL

Bundesweit und regional stark

Auch in 2022 wird uns die Coronapandemie begleiten. Das Virus mutiert rasant, was es so schwer macht, mit klaren politischen Maßnahmen zu reagieren. Durch das Impfen hat das Virus seinen Schrecken etwas verloren, die Krankenhäuser sind derzeit nicht überlastet. Dennoch heißt es weiterhin: Impfen! Impfen! Impfen! Auf der To-Do-Liste des neuen Bundesgesundheitsministers stehen weitere Aufgaben, insbesondere die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Auch die Reform der ambulant-stationären Versorgungsstrukturen muss angegangen werden, um zum Beispiel Versorgungsengpässe auf dem Land zu vermeiden. Es geht um eine bessere Verzahnung der Bereiche, um Delegation und mehr Digitalisierung. Eine Forsa-Umfrage des vdek zeigt, dass auch die Versicherten neuen Versorgungsformen positiv gegenüber stehen. Mit 1.349 Verträgen zu besonderen Versorgungsformen setzen sich die Ersatzkassen dafür ein, dass regionale Versorgungsbedarfe der Menschen besonders berücksichtigt werden. *ersatzkasse magazin* gibt einen Überblick über die Verträge und stellt besondere Leuchtturmprojekte vor. Einfach #regionalstark!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Es besteht Reformbedarf mit Blick auf Versorgungsstrukturen. Der vdek schlägt den Aufbau regionaler Gesundheitszentren, die konsequente Nutzung digitaler Angebote und die verstärkte Delegation ärztlicher Aufgaben vor. → **Mehr dazu auf Seite 33**

Das Coronavirus im Wandel: Bisher wurden fünf Virusvarianten von der Weltgesundheitsorganisation als besorgniserregend eingestuft. Virusvarianten entstehen, wenn bei der Vervielfältigung des Erbguts Kopierfehler auftreten. → **Mehr dazu auf Seite 36**



34

Impfen, Mythen, Mutationen

SCHWERPUNKT Im Wettlauf gegen das stark mutierende Coronavirus sind Impfungen das Gebot der Stunde. Sie verringern nicht nur das Risiko schwerer Krankheitsverläufe, sondern erschweren auch die Entstehung neuer Virusmutationen.

Breite Aufklärung und sachliche Informationen über die Corona-Schutzimpfung sind ein wirksames Mittel gegen Falschinformationen.

**ersatzkasse
magazin.
online**

www.vdek.com/magazin



Mondpreise bei Orphan Drugs

ERSATZKASSEN Die Kosten für Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) sind stark gestiegen. Der AMNOG-Report 2022 der DAK-Gesundheit zeigt, dass sie sich seit 2011 verfünffacht haben.

Entsprechend gilt es, das AMNOG-Verfahren auf den Prüfstand zu stellen und auch für Orphan Drugs spätestens ab Markteintritt verpflichtend valide Daten zum Zusatznutzen zu erheben.



10 Der Handlungsdruck ist groß

POLITIK & VERSORGUNG Neben der Pandemiebekämpfung müssen die Ampelparteien, und allen voran der Bundesgesundheitsminister, ihren Fokus auf den enormen Reformbedarf im Gesundheitswesen richten.

Die Politik muss jetzt die GKV-Finanzierung für 2023 sicherstellen, die Reformvorhaben in der Pflege vorantreiben und die Krankenhausplanung am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausrichten.



46

AKTUELL

- 6 Weniger Krebsbehandlungen
- 8 Altenpflege: Höhere Mindestlöhne
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Der Handlungsdruck ist groß
- 12 Finanzierung für 2023 sichern
- 15 Forsa-Umfrage des vdek
- 20 Besondere Versorgungsverträge
- 25 Neue EU-Nutzenbewertung
- 26 Orphan Drugs: Fehlsteuerung beenden
- 28 #regionalstark
- 33 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 36 Das Coronavirus im Wandel
- 38 Impfmythen im Faktencheck
- 41 Corona-Expertenrat

ERSATZKASSEN

- 42 Homeoffice und Gesundheit
- 45 Depressionen: Mehr Fehlzeiten
- 46 AMNOG-Report 2022

VERMISCHTES

- 48 Ausschreibung: vdek-Zukunftspreis 2022
- 49 Podcast „Achtsam“
- 50 PS: Ein Königreich für mehr Muskelkraft
- 50 Impressum

Weniger stationäre Krebsbehandlungen durchgeführt

Im Jahr 2020 wurden weniger Patienten wegen einer Krebserkrankung im Krankenhaus behandelt als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, wurden 2020 knapp 1,45 Millionen an Krebs erkrankte Menschen im Krankenhaus versorgt – sechs Prozent weniger als im Jahr 2019 (1,54 Millionen Fälle). Damit fiel der Rückgang bei den Krebsbehandlungen geringer aus als bei den Krankenhausbehandlungen insgesamt (-13 Prozent gegenüber 2019). Schon im ersten Corona-Jahr führten die hohe Auslastung der Krankenhäuser durch Covid-19-Patienten, das Freihalten von Bettenkapazitäten und verschärfte Hygienekonzepte dazu, dass „planbare“ Behandlungen und Operationen verschoben wurden. Zudem vermieden vermutlich viele Menschen Krankenhausaufenthalte, wenn sie diese nicht als unbedingt notwendig erachteten. Die deutlichsten Rückgänge bei Behandlungen gab es in der Rheumatologie (-21,5 Prozent), der Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde (-21,2 Prozent) und der Pädiatrie/Kinderheilkunde (-20,5 Prozent). *pm*

→ bit.ly/3gCpbql

Neue Beauftragte für den Bereich Gesundheit

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat Mitte Januar 2022 die Beauftragten der Bundesregierung für Pflege, Patientenbelange und Drogen ernannt. Bei der Übergabe der Ernennungsurkunden im Bundesgesundheitsministerium (BMG) würdigte er die neuen Beauftragten als „Experten auf ihrem Gebiet“. Die Beauftragten sind im Geschäftsbereich des BMG angesiedelt. Die Bundestagsabgeordnete **Claudia Moll**, geboren 1968, ist Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege. Sie bringt als ausgebildete Altenpflegerin ihre Praxiserfahrung mit in das Amt. 1998 trat Moll in die SPD ein, seit 2017 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestags sowie Mitglied im Gesundheitsausschuss. Das Leitbild ihres neuen Amtes umfasst unter anderem, das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen



zu wahren sowie sich dafür einzusetzen, dass sich die Strukturen des Pflege- und Gesundheitssystems an den Belangen der zu Pflegenden ausrichten. Der Bundestagsabgeordnete **Stefan Schwartz** (Foto links), geboren 1974, ist Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Er hat in zurückliegenden Legislaturperioden unter anderem durch seine Mitarbeit im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages Erfahrungen mit

Bürgeranliegen wie auch Patienteninteressen gesammelt. Der gelernte Industriemechaniker ist seit 1994 Mitglied der SPD, seit 2009 ist er Mitglied des Deutschen Bundestags. Er werde sich insbesondere dafür einsetzen, das Gesundheitssystem transparenter zu gestalten, die Patientenrechte zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch Unterstützungs- sowie Beratungsangebote weiter zu verbessern. Der ehemalige Bundestagsabgeordnete **Burkhard Blienert** (Foto rechts), geboren 1966, ist Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. Als Gesundheitsexperte hat er sich im Deutschen Bundestag eingehend mit den Politikfeldern Drogen und Sucht befasst. Der Politikwissenschaftler ist seit 1990 Mitglied der SPD, von 2013 bis 2017 war er Mitglied des Deutschen Bundestages und vertrat seine Fraktion als ordentliches Mitglied im Gesundheitsausschuss, im Ausschuss für Kultur und Medien sowie im Haushaltsausschuss. Er plädiert dafür, die Suchtpolitik neu zu denken und zu gestalten, dabei müsse „Hilfe und Schutz statt Strafe“ gelten. *ake*



Neuer Geschäftsführer bei der ITSG

Zum 1. Juli 2022 wird **Stefan Haibach** seine Arbeit als Geschäftsführer der Informati-onstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) aufnehmen. Er tritt damit die Nachfolge des Gründungsgeschäftsführers Harald Flex an, der am 31. Dezember 2022 altersbedingt seine Aufgaben übergibt. Haibach blickt als Krankenkassenfachwirt auf



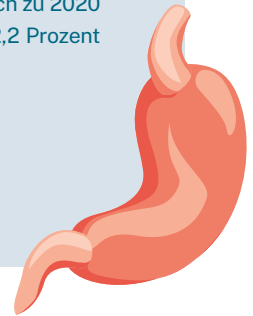
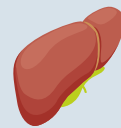
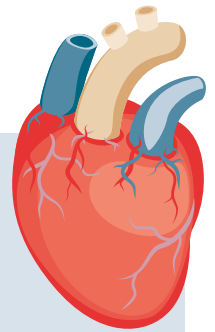
eine langjährige Expertise im Gesundheitswesen zurück. Er hat bei verschiedenen Organisationen der Krankenkassen als Fachreferent die Einführung von internetbasierten Anwendungen für Versicherte gestaltet und als Telematikbeauftragter die Einführung der Gesundheitskarte begleitet. In seiner Funktion als Key Account Manager begleitete er bei ICW Lösungen zur Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen. 2008 trat er in die Dienste der ITSG ein und verantwortet heute als Abteilungsleiter die Erbringung komplexer IT-Leistungen für Organisationen der Krankenkassen. *pm*

Höhere Mindestlöhne in der Altenpflege

Am 5. Februar 2022 hat sich die Pflegekommission einstimmig auf höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Altenpflege geeinigt: Ab dem 1. September 2022 sollen die Mindestlöhne für Pflegekräfte in Deutschland in drei Schritten steigen. Für Pflegehilfskräfte empfiehlt die Pflegekommission eine Anhebung auf 14,15 Euro pro Stunde, für qualifizierte Pflegehilfskräfte eine Anhebung auf 15,25 Euro pro Stunde und für Pflegefachkräfte auf 18,25 Euro pro Stunde. Für Beschäftigte in der Altenpflege empfiehlt die Pflegekommission außerdem einen Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub über den gesetzlichen Urlaubsanspruch hinaus. Dieser Mehrurlaub soll bei Beschäftigten mit einer Fünf-Tage-Woche für das Jahr 2022 sieben Tage, für die Jahre 2023 und 2024 jeweils neun Tage betragen. Rund 1,2 Millionen Beschäftigte arbeiten in Einrichtungen, die unter den Pflegemindestlohn fallen. Dort, wo der spezielle Pflegemindestlohn nicht zur Anwendung kommt (zum Beispiel in Privathaushalten), gilt der allgemeine gesetzliche Mindestlohn von aktuell 9,82 Euro pro Stunde. Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag für eine Anhebung des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns auf zwölf Euro pro Stunde ausgesprochen. *pm*

933

DIE ZAHL Im vergangenen Jahr haben 933 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Laut Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO) entspricht das 11,2 Spendern pro Million Einwohner. Im Vergleich zu 2020 ist die Zahl der Spender um 2,2 Prozent gestiegen. → bit.ly/3okYbQc



 **22. – 24.03.2022 Der Kongress Armut und Gesundheit** unter dem Motto „Was jetzt zählt“ findet in virtueller Form statt. Inhaltlich wird unter anderem die Pandemie eine Rolle spielen. Insgesamt sind über 100 Veranstaltungen geplant. → bit.ly/3uKBaKm

 **22. – 26.03.2022 Der Deutsche Schmerz- und Palliativtag** wird unter dem Motto „Endlich Leben!“ als Online-Kongress durchgeführt. Geplant sind unter anderem Symposien, Vorträge und Podiumsdiskussionen. → bit.ly/339hCUR



PRESSESCHAU

Schutz

„Einfach Geimpfte [...] genießen keine Privilegien unter 2G. Ungeimpfte Genesene dagegen seit vielen Monaten. Sachlich betrachtet kann man das RKI also beglückwünschen, diese Schiefelage mit der Anpassung des Genesenenstatus etwas korrigiert zu haben – und die Ungeimpften besser zu schützen. Womöglich kommt so mancher Genesene doch noch darauf, sich impfen zu lassen.“

TAZ, 7.2.2022

Zusammenhalt

„Die Ampel-Koalition hielt von Anfang an in Sachen Corona nur mühsam zusammen. Die Freidemokraten haben nun begonnen, sich auf den stets mahnenden RKI-Chef Wieler einzuschießen. Wenn sie den Behördenchef infrage stellen, beschädigen sie auch Lauterbach, was die Freidemokraten ganz offensichtlich gerne in Kauf nehmen.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 8.2.2022

Wissen

„In Deutschland wurden im November vergangenen Jahres 1.604.421 Strumpfhosen hergestellt, 35.024.281 Liter Nektarsaft abgefüllt und 45.302.000 Dachziegel gebrannt. [...] Aber wie viele Menschen gegen Corona geimpft sind und wie es aktuell in den Krankenhäusern aussieht, das weiß man auch am Ende des zweiten Corona-Jahres nicht so genau. Das ist skandalös und verheerend.“

FAZ, 10.2.2022



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Drei neue Reserveantibiotika

Drei Arzneimittel hat der G-BA als Reserveantibiotika eingestuft: Ceftazidim/Avibactam (Zavicefta®), Ceftolozan/Tazobactam (Zerbaxa®) und Imipenem/Cilastatin/Relebactam (Recarbrio®). Eine umfangreiche Prüfung des Zusatznutzens im Verhältnis zu einer Vergleichstherapie entfällt damit. Denn Reserveantibiotika, die als möglicherweise letzte Therapieoption gegen multiresistente Bakterien wirken, sind privilegiert zu behandeln: Ein Zusatznutzen, der die Basis für die nachgelagerten Preisverhandlungen bei neuen Arzneimitteln ist, gilt hier automatisch als belegt. Der G-BA forderte die pharmazeutischen Unternehmen zugleich auf nachzuweisen, wie sie sicherstellen, dass

das neue Antibiotikum nur eng eingesetzt wird. Sofern notwendig, legt er anschließend weitergehende Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung fest.

Rekordzahl an Bewertungen

Der G-BA hat im vergangenen Jahr 146 Zusatznutzen-Beschlüsse gefasst (im Jahr 2020 waren es 92) und stellte damit einen neuen Rekord auf. Davon betrafen 56 Verfahren neue Arzneimittel gegen Krebsleiden. Daneben bewertete der G-BA neue Therapien gegen Erkrankungen, die sonst nicht so im Fokus der Forschung stehen, beispielsweise ein Arzneimittel zur akuten Kurzzeitbehandlung von Depression und zur Behandlung der Influenza. Der Anteil von Arzneimitteln gegen seltene Krankheiten lag bei 19 Prozent und damit auf vergleichbarem Niveau wie in früheren Jahren. Insgesamt fünfmal konnte der G-BA einen erheblichen Zusatznutzen

anerkennen und damit die beste Kategorie vergeben.

Registerstudie zur Gentherapie mit Zolgensma®

Erfahrungswerte aus der klinischen Praxis mit Zolgensma®, einer Gentherapie gegen bestimmte Formen der spinalen Muskelatrophie (SMA) bei Kindern, müssen seit Februar 2022 in Registern dokumentiert werden. Ein solches Behandlungsregister ist beispielsweise das SMARTCARE-Register. Der pharmazeutische Unternehmer wertet die anonym erfassten Daten regelmäßig aus und übermittelt die Abschlussergebnisse spätestens 2027 an den G-BA. Mit der Registerstudie startet erstmals eine vom G-BA veranlasste anwendungsbegleitende Datenerhebung. Ziel ist es, für eine erneute Bewertung des Zusatznutzens von Zolgensma® gegenüber der Vergleichstherapie Spinraza® gute Daten zu erhalten. *pm*

Folgen der Pandemie für die Sozialgerichtsbarkeit

Der erleichterte Zugang zu Sozialleistungen durch die Corona-Gesetzgebung habe trotz Lockdown und anderen Einschränkungen in der Arbeitswelt die Zahl der Verfahren an den Sozialgerichten nicht erkennbar ansteigen lassen, so Prof. Dr. Rainer Schlegel, Präsident des Bundessozialgerichts. Dazu zähle insbesondere das millionenfach gewährte Kurzarbeitergeld. Rund eine Million aller Fälle sei aber noch nicht abschließend durch die Bundesagentur für Arbeit geprüft. „Die endgültige Abrechnung des Kurzarbeitergelds lässt schon jetzt zahlreiche Klagen vor den Sozialgerichten erwarten.“ Er machte zudem auf die durch Impfungen vermeidbaren hohen Kosten stationärer Krankenhausbehandlung bei einem schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung aufmerksam. Diese könnten bei stationärem Aufenthalt mit künstlicher Beatmung bis zu 200.000 Euro betragen, sich anschließende Rehabilitationsmaßnahmen und Folgekosten einer Long-Covid-Erkrankung nicht eingerechnet. *pm*

Impfkontrolle ist Aufgabe des Staates

Die politische Diskussion zur möglichen Einführung einer Impfpflicht läuft auf Hochtouren. Bundestagsabgeordnete der Ampel-Fraktionen haben ein Eckpunktepapier zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 eingebracht. Demzufolge sollen die Krankenkassen ihre Versicherten entsprechend informieren, über ein Impfportal den Impfstatus abfragen und diesen speichern. Aus Sicht des vdek entspricht die Beauftragung von Krankenkassen, ihre Versicherten über das neue Gesetz, die Abläufe und Beratungsangebote aktiv zu informieren, dem Aufklärungsauftrag von Krankenkassen. Die in diesem Zusammenhang ebenfalls angedachte Abfrage, Sammlung, Speicherung und ggf. Weiterleitung des individuellen Impfstatus durch Kassen geht aber zu weit. Das wäre Teil der Durchsetzung einer allgemeinen Impfpflicht und sollte eindeutig Aufgabe staatlicher Stellen sein, betont der vdek. Auch der GKV-Spitzenverband erklärt, dass die gesetzlichen Krankenkassen selbstverständlich bereit seien, ihren Aufgaben in der Information und Beratung nachzukommen. Die Kontrolle und Durchsetzung einer eventuellen gesetzlichen Impfpflicht wäre hingegen die Aufgabe des Staates. *ake*



Der Handlungsdruck ist groß

Text von **Tim Szent-Ivanyi**

Der neue Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach muss sich zunächst um die Bekämpfung der Corona-Pandemie kümmern. Doch im Gesundheitswesen und in der Pflege sind **Reformen** nötig, die nicht ewig auf die lange Bank geschoben werden dürfen.

Nach den ungeschriebenen Regeln des Berliner Politikbetriebs hätte Karl Lauterbach nie Bundesgesundheitsminister werden können. Wer sich öffentlich für ein Amt ins Gespräch bringt und dann auch noch mehrfach darüber redet, was er alles angehen würde, wenn er den Posten hätte, schießt sich normalerweise selbst ins Aus. Doch an dem SPD-Politiker, der in der Corona-Krise mit seinen Einschätzungen und Vorschlägen oft richtig lag und in der Bevölkerung wegen seines Sachverstands ein hohes Ansehen genießt, kam Kanzler Olaf Scholz (SPD) nicht vorbei. Er ist nicht der erste Mediziner in diesem Amt, aber sicherlich der bisher erfahrenste im Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik.

Allerdings hat Lauterbach nach seinem Amtsantritt alle Erwartungen nach raschen Reformen gedämpft. Vorrang habe die Bekämpfung der Pandemie, betont er immer wieder. Das war eigentlich anders geplant: Bei der Abfassung des Koalitionsvertrags waren SPD, Grüne und FDP fälschlicherweise noch von einem baldigen Ende der Pandemie ausgegangen. Dass die niedrige Impfquote und neue Virusvarianten für weitere massive Wellen sorgen könnten, haben die Ampelparteien ganz offensichtlich nicht bedacht.

Lauterbach kann es sich allerdings nicht leisten, die Reformarbeit sehr lange ruhen zu lassen. Schließlich sorgt nicht zuletzt die Pandemie für Handlungsdruck bei einer Reihe von Vorhaben, die im Koalitionsvertrag vereinbart sind: Die Krankenhausplanung soll sich danach am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausrichten, die Finanzierung will die Ampel um erlösunabhängige Vorhaltepauschalen ergänzen. Zudem ist eine Reform der Notfallversorgung durch den Aufbau von integrierten Notfallzentren in Aussicht gestellt. Auch das ist durch die Pandemie dringender denn je: Zuletzt hatte der neue Corona-Expertenrat der Bundesregierung vor einer massiven Belastung der Notaufnahmen durch die Omikron-Welle gewarnt.

Keinen Verzug darf es auch bei den Vorhaben im Pflegebereich geben – sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege. Der Sektor blutet immer

weiter aus, wenn es nicht gelingt, durch angemessene Personalschlüssel und höhere Löhne für bessere Arbeitsbedingungen zu sorgen. Fraglich ist jedoch, ob im Krankenhaus tatsächlich wie vereinbart die Pflegepersonalregelung 2.0 als Übergangslösung eingeführt werden sollte. Nicht ohne Grund befürchten die Krankenkassen, dass auch damit nicht verbindlich festgelegt ist, wie viele Pflegekräfte tatsächlich pro Schicht am Bett im Einsatz sind.

Der neue Minister muss zudem ein Problem lösen, mit dem zuletzt vor etwa 20 Jahren die damals von Lauterbach beratene Ressortchefin Ulla Schmidt (SPD) konfrontiert war: massive Defizite in der Krankenversicherung. Derzeit ist die Finanzlage

Der neue Minister muss ein Problem lösen, mit dem zuletzt vor etwa 20 Jahren die damals von Karl Lauterbach beratene Ressortchefin Ulla Schmidt konfrontiert war: massive Defizite in der Krankenversicherung. Derzeit ist die Finanzlage nur deshalb stabil, weil der Bund seinen jährlichen Steuerzuschuss von normalerweise 14,5 Milliarden Euro einmalig fast verdoppelt hat.

nur deshalb stabil, weil der Bund seinen jährlichen Steuerzuschuss von normalerweise 14,5 Milliarden Euro einmalig fast verdoppelt hat. Wird nichts unternommen, müssen die Beitragssätze Anfang 2023 im Durchschnitt um fast einen Prozentpunkt steigen – nicht die Folge der Corona-Pandemie, sondern teurer Reformen aus den beiden vorherigen Wahlperioden.

Leistungskürzungen zum Stopfen der Löcher hat Lauterbach allerdings bereits ausgeschlossen. Strukturelle Reformen, etwa im Krankenhaussektor, können erfahrungsgemäß erst mittelfristig Einsparungen bringen und verursachen oft zunächst Mehrkosten.

Bleiben die im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellten Entlastungen: Die Dynamisierung des Bundeszuschusses und höhere Krankenkassenbeiträge vom Bund für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln.

Das könnte in etwa reichen, das für 2023 erwartete Defizit zu decken, schließlich müsste der Bund für eine Kostendeckung der Beiträge etwa zehn Milliarden Euro mehr zahlen. Doch von einem vollständigen Ausgleich, wie noch im Entwurf des Koalitionsvertrags formuliert, ist in der Endfassung keine Rede mehr. Auf Nachsicht des Finanzministers kann Lauterbach nicht setzen. Denn Christian Lindner (FDP) will 2023 die Schuldenbremse wieder einhalten. Damit sind die Spielräume im Bundeshaushalt jedoch sehr überschaubar. ■



Tim Szent-Ivanyi ist Korrespondent beim RedaktionsNetzwerk Deutschland (RND)

Finanzierung für 2023 sichern

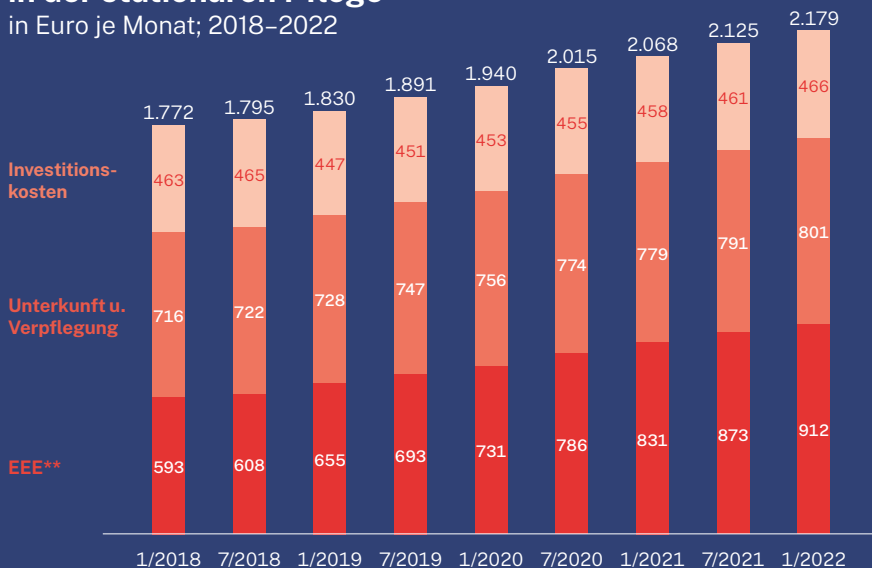
Text von Uwe Klemens

Zum Jahresbeginn 2022 kann der vdek eine positive Bilanz zur **Markt- und Wettbewerbssituation** der Ersatzkassen ziehen. Jedoch steht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im nächsten Jahr erneut vor einem riesigen Finanzloch. Auch in der Pflege bestehen Herausforderungen. Hier muss die Politik jetzt gegensteuern.

Die Ersatzkassengemeinschaft konnte zum Dezember letzten Jahres 63.779 Mitglieder gegenüber dem Vorjahr hinzugewinnen und bleibt mit 28,21 Millionen Versicherten und einem Marktanteil von 38,4 Prozent weiterhin die Nummer eins unter den gesetzlichen Krankenkassen (s. Abb. 3 auf S. 14). Fünf von sechs Ersatzkassen haben ihren Zusatzbeitragsatz stabil gehalten, nur eine Kasse (hkk) hat leicht erhöht, liegt aber noch deutlich unter dem Durchschnitt. Von 96 gesetzlichen Krankenkassen mussten dagegen 19 (teilweise mitgliedsstarke Krankenkassen) ihren Zusatzbeitragssatz anheben. Geprägt ist die Beitragssatzentwicklung von der Reform des Finanzausgleichs Morbi-RSA. Ab 2021 in Kraft getreten, führt sie dazu, dass die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, gerechter verteilt werden. Die Reform beginnt zu wirken. Der Wettbewerb ist fairer geworden.

Finanzielle Belastung* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat; 2018–2022

Abb. 1



*durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individ. Ausbildungskosten

**Seit 1.1.2022 haben Versicherte Anspruch auf einen zusätzlichen Vergütungszuschlag nach § 43c SGB XI. Dieser bleibt hier unberücksichtigt.

EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (vor allem Personalkosten)

Quelle: vdek

Soziale Pflegeversicherung – Entlastung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen

Abb. 2

in Euro je Monat; Stand: 1. Januar 2022

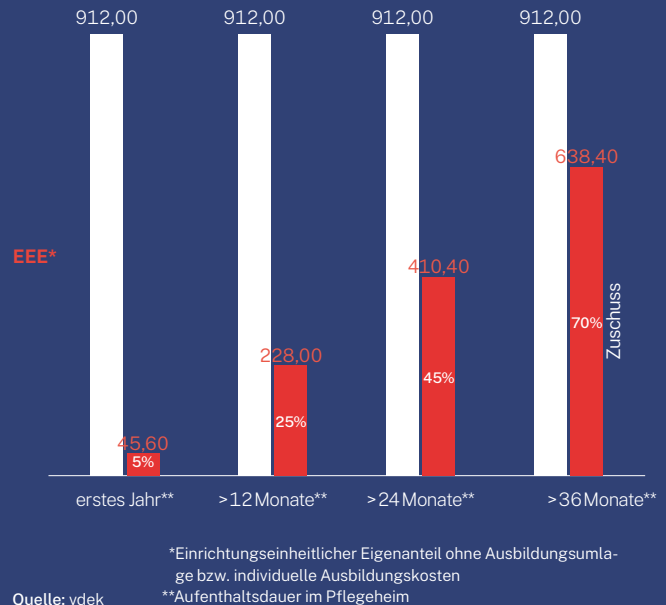
Mit den zusätzlichen Steuermitteln sind die Finanzen in 2022 zwar gesichert, aber im Jahr 2023 steht die GKV wieder vor finanziellen Herausforderungen. Die Ausgaben steigen 2023 um geschätzte 3,4 Prozent, das sind etwa zehn Milliarden Euro. Wenn die Politik jetzt nicht entsprechend handelt, könnten sich die Zusatzbeitragssätze 2023 nahezu verdoppeln, aus heutiger Sicht auf 2,4 Prozent.

Die Bundesregierung muss die im Koalitionsvertrag festgeschriebenen Maßnahmen zur Finanzstabilisierung rasch konkretisieren und ausbauen. Dies gilt für den geplanten dynamisierten Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds zur Kompensation pandemiebedingter Mehrausgaben ebenso wie für den erhöhten Beitragssatz für ALG-II-Empfänger. Dieser sollte kostendeckend sein. Laut IGES-Institut geht es um eine Deckungslücke von rund zehn Milliarden Euro.

Zur Eindämmung der Preissteigerungen bei neuen Arzneimitteln sollten die mit dem GKV-Spitzenverband verhandelten Preise rückwirkend ab dem ersten Tag der Zulassung gelten, nicht erst ab dem siebten Monat. Als weitere Stabilisierungsmaßnahme sollte der Mehrwertsteuersatz für Gesundheitsleistungen der GKV generell auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent abgesenkt werden, wodurch die GKV um sechs bis sieben Milliarden Euro entlastet würde. Aber auch die Themen Ausgabendynamik, Kosteneffizienz und Qualität der Versorgung dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

Reformbedarf in der Pflege

Die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen bleibt ein ernstzunehmendes Problem. Zum 1. Januar 2022 mussten die Pflegebedürftigen bundesweit durchschnittlich 2.179 Euro zuzahlen (s. Abb. 1). Der Anteil ist damit gegenüber



dem Vorjahr um 111 Euro gestiegen. Allein auf die pflegebedingten Eigenanteile entfallen aktuell Monat für Monat 912 Euro.

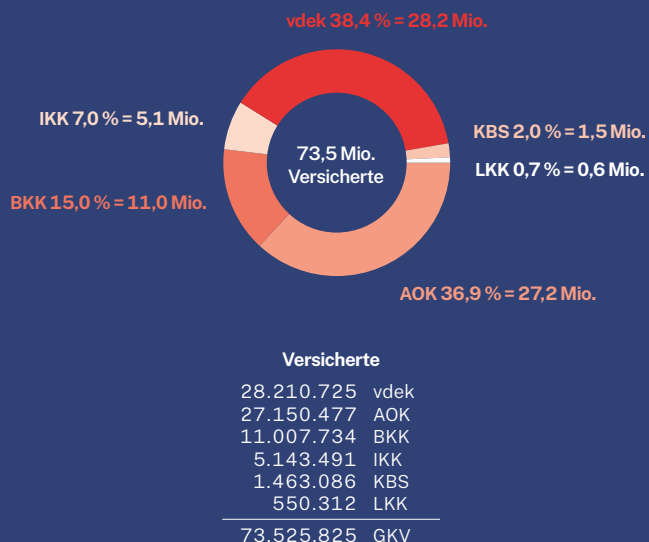
Durch die „kleine Pflegereform“ der alten Bundesregierung trat zum Jahresbeginn zwar eine Entlastung ein (s. Abb. 2). So übernehmen die Pflegekassen je nach Verweildauer in der Pflegeeinrichtung zwischen fünf bis 70 Prozent der pflegebedingten Eigenanteile (im ersten Jahr des Aufenthaltes fünf Prozent, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent, danach 70 Prozent).



GKV – Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten

1. Dezember 2021

Abb.3



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach BMG.

Diese Entlastung könnte aber durch steigende Löhne und bessere Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen wieder neutralisiert werden, laut einer Studie der Universität Bremen bereits ab 2023. Daher muss die Entwicklung bei den Eigenanteilen genauestens beobachtet werden. Gegebenenfalls sind dann weitere Maßnahmen zur Begrenzung erforderlich. Dies wurde richtigerweise auch im Koalitionsvertrag festgeschrieben.

Die in der „kleinen Pflegereform“ vorgesehenen Zusatzausgaben in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind zudem nicht ausreichend gegenfinanziert. Allein die aktuelle Entlastung bei den Eigenanteilen kostet jedes Jahr drei Milliarden Euro: Eine Milliarde Euro ist durch den neuen Steuerzuschuss abgedeckt, zwei Milliarden dagegen in 2022 noch offen. Hinzu kommt die stetig steigende Zahl an Leistungsempfängern. Auch die Anhebung der Beitragssätze für Kinderlose um 0,1 Prozent ab Jahresbeginn 2022 wird nicht ausreichen, um das Defizit zu decken.

Es ist zu begrüßen, dass die Koalition auch Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierung im Koalitionsvertrag benennt, wie die Finanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln oder die moderate Beitragssatzerhöhung. Hier muss die Koalition aber konkreter werden. Allein können die Beitragszahler die Finanzlasten nicht tragen, sie müssen auf mehrere Schultern verteilt werden. Dazu gehört:

- Dauerhafter Steuerzuschuss durch den Staat. Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
- Verbindliche Übernahme der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen durch die Bundesländer. Aktuell müssen die Pflegebedürftigen die Kosten dafür tragen, bundesdurchschnittlich 466 Euro im Monat.
- Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am gemeinsamen Finanzausgleich. Dieser könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.
- Keine Verschiebung der Behandlungspflege aus der Pflegeversicherung in die GKV. Das löst kein Finanzierungsproblem, sondern verlagert es nur und verschärft die GKV-Finanzsituation.

Die Finanzlasten müssen auf mehrere Schultern verteilt werden, diese können nicht allein von den Beitragszahlern getragen werden.

Zudem sollten Reformen innerhalb des Systems der SPV erfolgen, nicht im Bereich der privaten Zusatzversicherungen. Eine Privatisierung des Pflegerisikos lehnt der vdek ab. ■



Uwe Klemens ist ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek

Versicherte stehen neuen Wegen der Versorgung offen gegenüber

Es besteht Reformbedarf bei den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in strukturschwachen Regionen und Städten. Doch wie stehen die Versicherten zu Veränderungen? Was läuft gut und wo hakt es in der Gesundheitsversorgung? Eine vom vdek im Dezember 2021 in Auftrag gegebene **Forsa-Umfrage** unter 1.004 gesetzlich Krankenversicherten ab 18 Jahren gibt Aufschluss. Die Ergebnisse hat der vdek am 20. Januar 2022 im Rahmen einer Online-Presskonferenz vorgestellt.





Der vdek stellte die Ergebnisse der Forsa-Umfrage am 20. Januar 2022 auf einer Online-Presskonferenz vor (v. l. n. r.): Dr. Jörg Meyers-Middendorf (Abteilungsleiter Politik/Selbstverwaltung), Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Pressesprecherin Michaela Gottfried und Verbandsvorsitzender Uwe Klemens (online zugeschaltet)

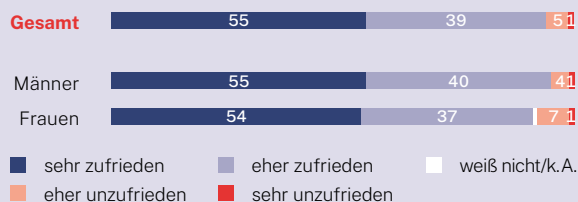
Erfreulich ist, dass sich generell eine hohe Zufriedenheit mit den Haus- und Fachärzten zeigt. 94 Prozent der GKV-Versicherten sind mit der medizinischen Versorgung ihrer Hausärzte sehr bzw. eher zufrieden (s. Abb. 1). Bei den Fachärzten sind es je nach Fachgruppe zwischen 83 Prozent und 98 Prozent (s. Abb. 2). Auch mit der Zeit, die sich Haus- und Fachärzte für die Behandlung genommen haben, waren die Patienten sehr beziehungsweise eher zufrieden (Hausärzte: 91 Prozent; Fachärzte: 90 Prozent). Dieser hohe Zuspruch spricht für ein großes Vertrauen, gerade auch in Zeiten der Corona-Pandemie, in denen auch die Ärzte

Enormes leisten. Sie halten die Versorgung aufrecht und sind entscheidend an der Impfkampagne beteiligt.

Dennoch gibt es Verbesserungspotenzial, etwa in Bezug auf Wartezeiten auf einen Termin, insbesondere im fachärztlichen Bereich. 38 Prozent der Befragten mussten mindestens einen Monat lang auf einen Termin

Zufriedenheit mit dem Hausarzt Abb. 1

Basis: 892 Befragte, die ihren Hausarzt in den letzten zwei Jahren aufgesucht haben

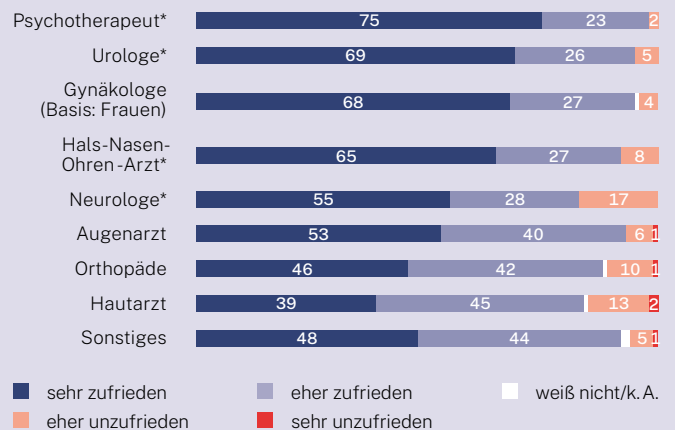


Quelle: vdek

Angaben in Prozent

Zufriedenheit mit Fachärzten Abb. 2

Basis: Befragte, die den jeweiligen Facharzt besucht haben



Quelle: vdek

*geringe Fallzahl (<150 Befragte) Angaben in Prozent

in einer Facharztpraxis warten, etwa jeder sechste sogar drei Monate oder länger. Die Krankenkassen haben allein zur Verkürzung der Wartezeiten zwischen Mitte 2019 und Anfang 2021 fast 800 Millionen Euro Extrahonorar an die Vertragsärzte gezahlt. Entsprechend muss das Sprechstundenangebot weiter ausgebaut und das Terminmanagement durch vermehrte Online-Angebote verbessert werden. Gerade auf dem Land besteht Bedarf an Weiterentwicklung: Nur sieben Prozent der Versicherten dort vereinbaren ihre Arzttermine über ein Buchungsportal im Internet und nur sechs Prozent über die Webseite der Praxis.

Zudem sollte mit der Errichtung der Terminservicestellen mit der Rufnummer 116 117 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Mitte 2019 eine schnellere Terminvergabe innerhalb

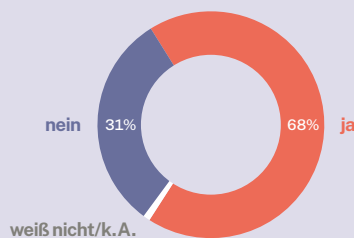
von vier Wochen ermöglicht werden. Doch zeigt sich bezüglich der Nutzung eine zu hohe Unzufriedenheit. 39 Prozent der Versicherten kritisierten, dass sie zu lange in der Warteschleife hingen, acht Prozent berichteten über nicht angenommene Anrufe. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass dieses Ergebnis auch durch die Corona-Pandemie beeinflusst ist.

Problematisch bleiben die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Mehr als zwei Dritteln der Versicherten wurden laut Umfrage IGeL angeboten, insbesondere aus den Fachgebieten Gynäkologie und Augenheilkunde (s. Abb. 3). 25 Prozent der Befragten berichten, dass es vorgekommen sei, dass sie bereits beim Betreten der Praxis durch das Praxispersonal aufgefordert wurden, eine IGeL in Anspruch zu nehmen. Bei sechs Prozent wurde die Behandlung sogar von der IGeL abhängig gemacht. Klar muss sein: Die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten ohne lange Wartezeiten hat Vorrang vor IGeL auf Selbstzahlerbasis und teilweise ohne medizinische Evidenz.

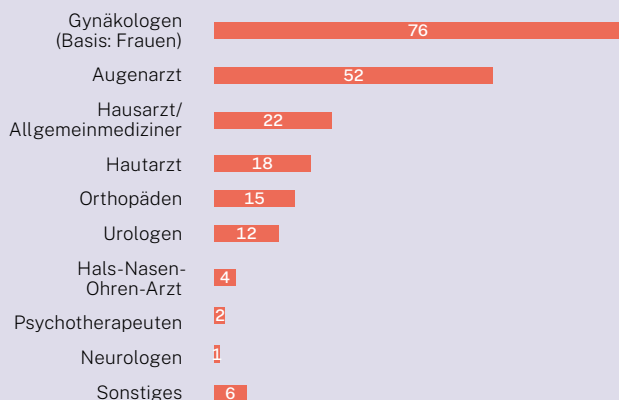
Wenn es darum geht, eine ambulant-ärztliche Versorgung sicherzustellen, spielt die Erreichbarkeit eine große Rolle. Die Umfrage zeigt, dass etwa 30 Prozent der Versicherten in ländlichen Regionen eine PKW-Fahrtzeit von mehr als 30 Minuten zur Facharztpraxis haben (s. Abb. 4). Fahrzeiten insbesondere zu Fachärzten lassen sich nicht vollständig vermeiden. Umso wichtiger ist es, das Versorgungsangebot so zu bündeln,

Angebot einer individuellen Gesundheitsleistung: Fachrichtung

Abb. 3



In der Arztpraxis wurde Ihnen schon einmal eine individuelle Gesundheitsleistung angeboten ...*



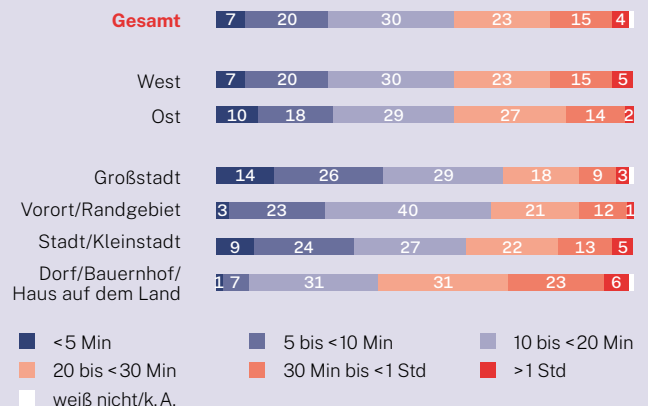
Eine individuelle Gesundheitsleistung wurde Ihnen schon einmal angeboten von ... **

Quelle: vdek *Basis: 1.004 Befragte **681 Befragte, denen individuelle Gesundheitsleistungen angeboten wurden Angaben in Prozent

Entfernung zur Facharztpraxis

Abb. 4

Basis: 762 Befragte, die in den letzten zwei Jahren einen Facharzt aufgesucht haben; Fahrtzeit Auto



Quelle: vdek Angaben in Prozent

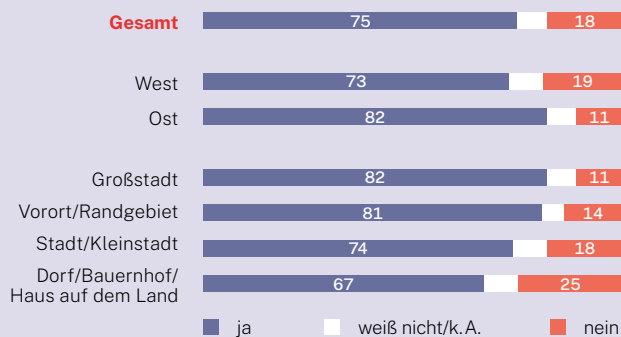
dass Behandlungen durch mehrere Leistungserbringer effizient koordiniert und zusätzlich unnötige Wege vermieden werden.

Dies könnte in sogenannten regionalen Gesundheitszentren geschehen, in denen Haus- und Fachärzte mit Gesundheitsfachberufen wie Physiotherapeuten in einem Zentrum zusammenarbeiten und die bei Bedarf auch einfachere Operationen mit Übernachtungsangebot anbieten. Hierfür sollten auch kleinere und nicht mehr ausgelastete Krankenhäuser umgewidmet werden. In der Umfrage sprechen sich 75 Prozent der Versicherten für die Etablierung eines solchen regionalen Gesundheitszentrums in ländlichen Regionen aus (s. Abb. 5). Bei einer einfachen Operation würden 71 Prozent eine Übernachtung in einem regionalen Gesundheitszentrum bevorzugen. 17 Prozent würden lieber einer entfernten Klinik den Vorzug geben.

Meinung zur Einführung von Gesundheitszentren in ländlichen Regionen

Basis: 1.004 Befragte

Abb.5

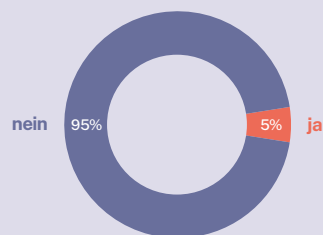


Quelle: vdek

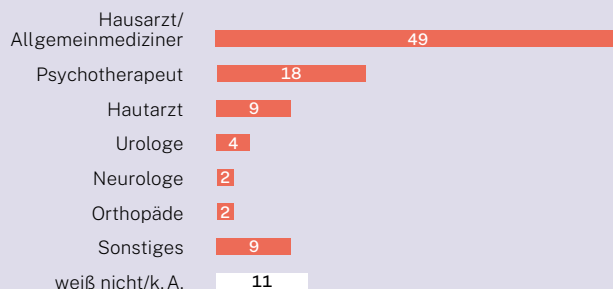
Angaben in Prozent

Nutzung einer Videosprechstunde

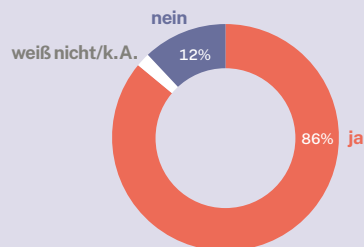
Abb.6



Es haben schon einmal eine Videosprechstunde genutzt ...*



Es haben bereits eine Videosprechstunde bei folgenden Ärzten genutzt ...**



Es könnten sich vorstellen, eine Videosprechstunde erneut zu nutzen ...**

*Basis: 1.004 Befragte

**Basis: 47 Befragte, die schon einmal eine Videosprechstunde genutzt haben (nur Tendenzangaben aufgrund geringer Fallzahl)

Quelle: vdek

Angaben in Prozent

Potenzial besteht bei Videosprechstunden und anderen telemedizinischen Angeboten: Erst fünf Prozent der Befragten haben bislang eine Videosprechstunde genutzt, obwohl 86 Prozent grundsätzlich die technischen Möglichkeiten dazu hätten (s. Abb. 6 auf S. 18). Natürlich eignet sich nicht jedes gesundheitliche Problem für einen Videokontakt. Allerdings kommt eine Videosprechstunde für viele Versicherte schon deshalb nicht infrage, weil ihr Arzt sie nicht anbietet. Von den Befragten, die noch keine Videosprechstunde genutzt haben, können es sich aber 60 Prozent vorstellen (s. Abb. 7). Hier zeigt sich zudem eine hohe Abhängigkeit der Faktoren Alter und Bildung. So können sich ältere Menschen und Menschen mit niedrigem Bildungsstand am wenigsten vorstellen, einmal eine Videosprechstunde zu nutzen. Für sie muss

die digitale Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Die Ersatzkassen entwickeln hierzu entsprechende Angebote.

Nicht zuletzt zeigt die Umfrage, dass sich 82 Prozent der Versicherten eine Versorgung durch besonders qualifizierte Pflegekräfte bei leichteren medizinischen Fällen vorstellen können (s. Abb. 8). Ähnliches gilt für das Impfen in Apotheken, das bereits für Corona-Impfungen rechtlich möglich, aber auch für andere Standardimpfungen bei Erwachsenen denkbar ist. Laut der Umfrage könnten sich 76 Prozent der Befragten Standardimpfungen bei Erwachsenen durch Apotheker vorstellen. Die Ersatzkassen setzen derzeit in Berlin ein Modellprojekt für Gripeschutzimpfungen in Apotheken um. Damit könnte eine dauerhafte Möglichkeit geschaffen werden, die Impfquoten in Deutschland insgesamt zu steigern.

Die Umfrage zeigt, dass die Versicherten offen sind für Weiterentwicklungen in der Gesundheitsversorgung. Umso wichtiger, dass der Reformbedarf jetzt aufgegriffen wird, um die Versorgungsstruktur in Deutschland modern und zukunftssicher zu gestalten. *ake*

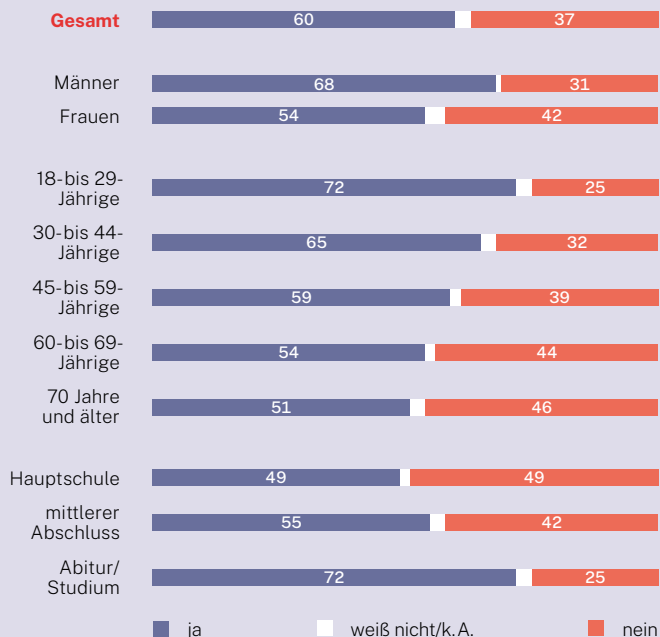
Die Forsa-Umfrage ist auf der vdek-Webseite abrufbar unter → bit.ly/3GELEXu

→ Mehr dazu auf Seite 33

Potenzielle Nutzung einer Videosprechstunde

Abb. 7

Basis: 957 Befragte, die noch keine Videosprechstunde genutzt haben



Es können sich grundsätzlich vorstellen, einmal eine Videosprechstunde zu nutzen ...

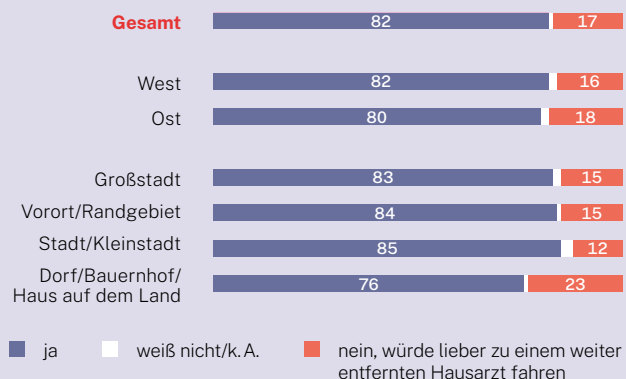
Quelle: vdek

Angaben in Prozent

Versorgung leichter medizinischer Fälle durch eine ambulante Pflegekraft

Abb. 8

Basis: 1.004 Befragte



Quelle: vdek

Angaben in Prozent

Bundesweit regional – Versorgungsangebote der Ersatzkassen

Text von Eike-Christian Müller

Neben den Kollektivverträgen spielen Selektivverträge – Verträge über **besondere Versorgungsformen** – eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung. Sie ermöglichen vor allem, auf regionale Anforderungen und Versorgungsbedarfe einzugehen. Diesen Gestaltungsspielraum nutzen die Ersatzkassen erfolgreich im Sinne ihrer Versicherten.

Aus Sicht des Versicherten findet die Versorgung immer regional statt. Er kennt idealerweise seinen Hausarzt, seine Fachärzte, sein Krankenhaus vor Ort und wird von diesen bei Krankheit gut betreut. Dies ist nicht verwunderlich, da die wesentlichen Versorgungsverträge für die Regionen kollektivvertraglich geschlossen werden (etwa 97 Prozent der Versorgung), womit alle Versicherten aller Krankenkassen diese Versorgung erhalten und gut im Krankheitsfall betreut werden.

Manchmal kann es darüber hinaus den Bedarf für besondere Versorgungsangebote geben, beispielsweise bei speziellen Erkrankungen oder der Notwendigkeit für besondere Leistungen. Aus diesem Grund haben Krankenkassen die Möglichkeit, Verträge über



Eike-Christian Müller
ist Referent in der
Abteilung Ambulante
Versorgung beim vdek

besondere Versorgungsformen abzuschließen und ausgewählte Versorgungsangebote den eigenen Versicherten anzubieten. Auch diese speziellen Angebote sind oftmals flächendeckend, auch wenn nicht jeder Arzt oder nicht jedes Krankenhaus diese besondere Versorgung anbietet. Bei besonders schweren oder seltenen Erkrankungen kann es jedoch auch Sinn machen, die Versorgung in wenigen Zentren zu bündeln, damit die Behandlung auf größtmögliche Expertise und höchstmögliche Qualität zurückgreifen kann.

Seit 2019 treten die bundesweit organisierten Ersatzkassen mit ihren besonderen regionalen Angeboten mehr in den Fokus, nicht zuletzt über die Twitter-Initiative #regionalstark. Und auch 2022 bieten sie ihren Versicherten eine regionale Versorgung an

und zeigen: Bundesweite Organisation und regionale Versorgung sind kein Widerspruch!

Im Gegenteil gilt, dass die Ersatzkassen durch ihre bundesweite Organisation die Möglichkeit haben, regionale Versorgung neu zu denken und regionale und überregionale Angebote miteinander zu verknüpfen. So können die Ersatzkassen besondere Versorgungsformen und innovative Konzepte jeweils in mehreren verschiedenen Regionen anbieten. Dabei werden Erkenntnisse und Erfahrungen von einem regionalen Versorgungsangebot ins nächste übertragen. Ergänzend haben die Versicherten der Ersatzkassen die Möglichkeit, aus allen regionalen Versorgungsangeboten zu wählen – auch überregional. Sollte also ein Versorgungsangebot vor Ort oder in der Region nicht verfügbar sein, kann der Versicherte das Versorgungsangebot in einem anderen Bundesland wahrnehmen. Auch die Möglichkeiten der Digitalisierung werden von den Ersatzkassen genutzt, um diese Versorgungsformen flächendeckend anzubieten.

Zudem kann der Versicherte darauf vertrauen, dass die Qualität und Qualifikation der Ärzte und Krankenhäuser zum besonderen Versorgungsangebot passen, da die Ersatzkassen aus allen bundesweit verfügbaren Ärzten und Krankenhäusern ihre Partner für besondere Versorgungsformen auswählen; immer mit dem Ziel, regional oder überregional die beste Versorgungsqualität der Versicherten zu erreichen.

Was bedeutet das jetzt in Zahlen? Hier lohnt sich ein Blick in das Verzeichnis der Vertragstransparenzstelle (→ bit.ly/3saCsf1). Die Vertragstransparenzstelle nach § 293a SGB V ist ein Verzeichnis, welches beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angesiedelt ist. Alle Krankenkassen müssen dem BAS für dieses Verzeichnis ihre Verträge nach § 73a, § 73b, § 73c und § 140a SGB V melden. Somit kann jeder die Zahl der besonderen Versorgungsangebote nachvollziehen.

Die Ersatzkassen haben aktuell 1.349 Versorgungsverträge abgeschlossen und an die Vertragstransparenzstelle gemeldet (Stand: 2. Februar 2022). Als bundesweit geöffnete Krankenkassen steht den Versicherten der Ersatzkassen der Großteil der kassenindividuellen Versorgungsangebote unabhängig von ihrem Wohnort zur Verfügung. Somit sind diese Verträge immer eine Ergänzung für die regionale Versorgung, auch wenn sie vielleicht nicht

unmittelbar am Wohnort des Versicherten bestehen. Die große Zahl der Angebote macht jedoch deutlich, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein passendes Versorgungsangebot in der Nähe findet. Zusätzlich zu den in der Vertragstransparenzstelle gemeldeten Verträgen bieten die Ersatzkassen ihren Versicherten noch weitere Angebote an, diese werden jedoch nicht an die Vertragstransparenzstelle gemeldet. Beispiele für diese Angebote sind:

- Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V
- Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
- Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V



Besondere Versorgungsverträge

Abb. 1

**1.349
Versorgungsverträge**

Beispielsweise in den Versorgungsbereichen:

- Ambulantes Operieren
- Brustkrebsvorsorge
- Dermatologie
- Diabetes
- Endoprothetik
- Ernährung/Stoffwechsel
- Geriatrie
- Herz/Kreislauf
- HNO-Erkrankungen
- Impfen
- Muskel und Skelett
- Neurologie
- Onkologie
- Prävention in Lebenswelten
- Pflegeheim
- Psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung
- Seltene Erkrankungen
- Sucht
- Telemedizin/digitale Versorgung
- Besondere Zweitmeinungsangebote

Quelle: vdek

Stand: 2. Februar 2022

Mit dem Innovationsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes auf den Weg gebracht wurde, werden seit 2016 in Deutschland innovative Formen der Gesundheitsversorgung sowie Projekte zur Erforschung der bestehenden Gesundheitsversorgung gefördert (Förderung sektorenübergreifender „neuer Versorgungsformen“ und der „Versorgungsforschung“). Das Ziel des Fonds ist damit eine qualitative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der GKV. Zur Erprobung innovativer Ansätze und neuer Versorgungsangebote beteiligen sich die Ersatzkassen seit Beginn des Innovationsfonds sehr aktiv an der Innovationsförderung.

Die Ersatzkassen haben im Innovationsfonds bisher 15 Projekte als Konsortialführer initiiert, das heißt, die Ersatzkassen nehmen in diesen Projekten die zentrale Organisation der Projektkonzeption und Projektdurchführung wahr. Es handelt sich um folgende Projekte:

- Drei für eins – Frühzeitige Förderung der gesunden Entwicklung & Bildungsteilhabe von Kindern & Jugendlichen mit klinischem & multimodalem Versorgungsbedarf durch sektorenübergreifende, aufsuchende Diagnostik, Behandlung & Förderung
- ALIVE – ALtersspezifische Impfanspruchnahme VERbessern
- RESIST – Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegserkrankungen
- TeleDermatologie – Allgemein-, Fach- und Notfallmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Dermatologie
- NWGA – NetzWerk GesundAktiv
- TOP – Transsektorale Optimierung der Patientensicherheit
- ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort
- TransFIT – Frühintervention zur Vorbereitung und Begleitung des Transitionsprozesses aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin
- AdAM – Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management
- pAVK-TeGeCoach – Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK): Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität
- PREMA – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung
- RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz
- SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft
- VERhO – Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren
- LeIKD – Lebensstil-Intervention bei Koronarer Herzkrankheit und Diabetes

Zusätzlich zu den bisherigen 15 Projekten hat der Innovationsausschuss im Dezember 2021 zwei weitere Konsortialführerprojekte der Ersatzkassen zur Förderung ausgewählt. Neben den Konsortialführerprojekten beteiligten sich die Ersatzkassen aktiv noch an über 75 weiteren Projekten zu neuen Versorgungsformen.

Die Erfahrungen der Innovationsfondsprojekte können zur zukünftigen Ausgestaltung der Versorgung und der Konzeption neuer Versorgungsangebote genutzt werden.

Zwei Beispiele für Konsortialführerprojekte der Ersatzkassen sind die Projekte RESIST und ALIVE. Beide Projekte werden bzw. wurden durch den vdek im Namen aller Ersatzkassen betreut. Die Projekte greifen dabei aktuelle versorgungspolitische Schwerpunkte auf, indem sie sich mit den Themen Vermeidung von Antibiotikaresistenzen und Steigerung der Impfanspruchnahme ab 60 Jahren beschäftigt.

RESIST

Unter dem Motto „Antibiotika bewusst anwenden – Resistenzen vermeiden“ hatte das Projekt RESIST das Ziel, den Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfekten in der ambulanten Versorgung zu optimieren. Durch die Einführung einer gezielten Fortbildung und unterstützender Praxismaterialien wurden Ärzte und Patienten für einen verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika sensibilisiert. Das Projekt wurde von 2016 bis 2020 durchgeführt und konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Das Projekt wurde mit rund 14 Millionen Euro aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert. In 2022 wird in neun Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) aufgrund der Erkenntnisse und des Erfolgs von RESIST ein Folgeprojekt umgesetzt.



ALIVE

Dem Thema „Impfen schützt und dies besonders im Alter“ widmet sich ALIVE. Mit zunehmendem Alter verliert das Immunsystem an Leistungskraft, die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten steigt. Impfungen können hier schützen. Ziel des Projekts ist es, für das Thema Impfungen ab 60 Jahre zu sensibilisieren und Ärzte bzw. Medizinische



Fachangestellte (MFA) durch eine Online-Fortbildung für Impfgespräche fit zu machen. Darüber hinaus sollen organisatorische Abläufe optimiert und „Impferinnerungen“ (Recall) etabliert werden. Das Projekt startete im August 2021 und läuft über einen Zeitraum von knapp vier Jahren und wird mit 5,6 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert.

Netzwerkverträge

Ein weiteres Beispiel für das Engagement der Ersatzkassen für eine regionale und qualitativ hochwertige Versorgung sind die Netzwerkangebote der Ersatzkassen. Die Ersatzkassen haben in den letzten Jahren zu ausgewählten Versorgungsschwerpunkten, bei denen eine Versorgung durch besonders qualifizierte Zentren die Behandlung der Versicherten deutlich verbessert, mehrere Netzwerkangebote abgeschlossen. Im Rahmen dieser Verträge werden zugeschnittene Versorgungsangebote gemeinsam mit kooperierenden Ärzten und Krankenhäusern konzipiert und dann nur durch Ärzte und Krankenhäuser angeboten, die die Anforderungen an die Behandlungen erfüllen können. Ergänzendes Ziel ist es, dass die teilnehmenden Ärzte sich über den aktuellen medizinischen Fortschritt bei Therapieansätzen austauschen, um den Versicherten stets die neueste und beste Behandlung anbieten zu können. Im Rahmen dieser Verträge entstanden in den letzten Jahren Versorgungsnetzwerke mit hoher regionaler Abdeckung. Die Versicherten der Ersatzkassen profitieren in diesen Verträgen regional und überregional von der Behandlung nach höchsten Qualitätsstandards.

Die Daten der Vertragstransparenzstelle, die ausgewählten Beispiele und die aktive Beteiligung an der Innovationsförderung durch den Innovationsfonds zeigen deutlich, dass die Ersatzkassen die Versorgung in Deutschland maßgeblich mitgestalten – sowohl durch regionale als auch durch überregionale Angebote. Die bundesweite Organisation ist dabei kein Nachteil, sondern ermöglicht bundesweite Standards für die Qualität der Behandlung und Qualifikation der Ärzte und Krankenhäuser. Innovative Versorgungskonzepte werden durch die Ersatzkassen regional erprobt und im Erfolgsfall überregional angeboten werden. Zudem können die Versicherten von den allermeisten besonderen Versorgungsangeboten unabhängig ihres Wohnortes profitieren und so eine besonders innovative oder qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. →

Beispiele für Netzwerkverträge

Molekulare Diagnostik und zielgerichtete Therapie bei fortgeschrittenem Lungenkrebs

Die Ersatzkassen haben einen Versorgungsvertrag mit den onkologischen Spitzenzentren sowie weiteren spezialisierten Lungenkrebszentren geschlossen, die sich zum „nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs“ zusammengeschlossen haben. In diesem bundesweiten Netzwerk arbeiten die universitären Zentren mit Krankenhäusern und onkologischen Praxen zusammen.

Die Patienten profitieren gleich mehrfach von dem Versorgungsangebot:

- Die Patienten erhalten eine innovative molekulare Diagnostik von einem onkologischen Spitzenzentrum.
- Die Behandlung selbst erfolgt im gewohnten Umfeld des Patienten.
- Die Patienten bekommen eine personalisierte Therapieempfehlung. Unnötige und belastende Therapien können vermieden werden.
- Die Patienten können eine zweite Meinung einholen.

Der Vertrag wurde an 17 Standorten abgeschlossen und zwar in Berlin (Charité), Berlin (Heckeshorn), Bonn, Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Essen, Frankfurt a. M., Gießen, Hamburg, Halle (Saale), Köln, Mainz, München, Oldenburg, Regensburg und Würzburg. →

Exom-Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf eine seltene Erkrankung

Die Ersatzkassen haben für Patienten, bei deren Erkrankung keine klare Diagnose möglich ist beziehungsweise bei denen ein Verdacht auf eine solche seltene Erkrankung vorliegt, mit universitären Zentren für Seltene Erkrankungen einen besonderen Versorgungsvertrag über die Durchführung einer speziellen Diagnostik geschlossen.

Das Versorgungskonzept verfolgt das Ziel, durch einen gestuften Prozess und zielgerichtete Maßnahmen zur Diagnosestellung den bisher langen Leidensweg der Patienten zu verkürzen.

Der Versorgungsvertrag enthält vor allem zwei wesentliche Bestandteile:

- Fallkonferenzen, in denen sich erfahrene Experten aus dem Bereich Humangenetik mit den Kollegen aus den jeweils relevanten klinischen Bereichen austauschen.
- Umfassende Gen-Diagnostik des Exoms eines Genoms, in dem 85 Prozent der bekannten krankheitsverursachenden Mutationen zu finden sind.

An sieben Standorten wurde bereits ein Vertrag abgeschlossen und zwar in Berlin (Charité), Bonn, Düsseldorf, Erlangen, Essen, Heidelberg, Tübingen. Ein Beitritt weiterer Standorte zum Vertrag ist geplant.

Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Familiäre Brust- und Eierstockkrebszentren bieten Ratsuchenden mit einer familiären Vorbelastung eine Beratung und Betreuung an. Dabei wird das individuelle Krebsrisiko in einer interdisziplinären Beratung festgestellt und durch eine Gendiagnostik ergänzt und präzisiert. Die Ersatzkassen haben an insgesamt 20 Stand-

QuIN-CI: Qualitätsinitiative Cochlea Implantation

Die Ersatzkassen haben einen Qualitätsvertrag mit universitären Cochlea-Spitzenzentren und den dazugehörigen Nachsorgezentren geschlossen. Die Zentren verpflichten sich zur Meldung an das Cochlea-Implantat-Register der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (DGHNO) sowie zur Einhaltung und Evaluation der Qualitätsstandards der DGHNO.

Patienten mit hochgradiger Schwerhörigkeit profitieren vom Versorgungskonzept, das einen komplexen Prozess umfasst, der die fortlaufend aktualisierte Kenntnis neuester audiologischer, pädagogischer, technischer und medizinischer Entwicklungen erfordert und von der Indikationsstellung bis hin zur Nachsorge bei Cochlea-Implantat-Versorgung reicht. Sichergestellt wird dies durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von geschulten Fachkräften (Pädagogen, Audiologen, Techniker/Ingenieure, Mediziner, Sprachtherapeuten).

An acht Standorten wurde bereits ein Vertrag abgeschlossen und zwar in Bremen, Erfurt, Erlangen, Essen, Frankfurt a. M., Hannover, Koblenz, Würzburg.

orten in Deutschland einen Vertrag zur Versorgung der Versicherten abgeschlossen und zwar in Berlin (Charité), Dresden, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt a. M., Gießen, Göttingen, Greifswald, Halle (Saale), Hamburg, Hannover, Kiel, Köln, Leipzig, Lübeck, Mainz, zweimal München, Münster, Regensburg, Würzburg.

Die Ersatzkassen sind der Überzeugung, dass die bestmögliche Versorgung sowohl regional als auch bundesweit organisiert sein muss, und zeigen mit der Vielzahl der Angebote, wie dies im Alltag der Versorgung aussieht. ■■■

Weitere Beispiele für die regionalen besonderen Versorgungsangebote sowie ausführliche Informationen können auf der Homepage des vdek (→ vdek.com) abgerufen werden.

Einigung auf europäische Nutzenbewertung

Text von **Thomas Kanga-Tona**

Am 13. Dezember 2021 nahm das Europäische Parlament im Plenum die **Verordnung zur Bewertung von Gesundheitstechnologien** an. Sie zielt darauf ab, die Zusammenarbeit auf EU-Ebene bei der Bewertung von neuen Arzneimitteln und Medizinprodukten zu verbessern.

Die Verordnung wird schrittweise in Kraft treten. Zuerst fallen Krebsmedikamente ab Januar 2025 in den Anwendungsbereich der Bewertung. Neuartige Therapien und Arzneimittel für seltene Leiden (Orphan Drugs) werden im Januar 2028 folgen. Alle zentral zugelassenen Produkte werden im Januar 2030 bewertet.

Die Europäische Kommission hatte im Februar 2018 ihren Vorschlag für einen Rahmen für die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) auf EU-Ebene vorgelegt, um Überschneidungen zwischen den nationalen Verfahren zur Bewertung von Gesundheitstechnologien zu vermeiden, die Anforderungen an die Datenübermittlung durch die Hersteller zu harmonisieren und die europäische Zusammenarbeit im Bereich HTA nachhaltig zu unterstützen. Nach jahrelangen Verhandlungen wurde die Rechtsvorschrift am 13. Dezember formell angenommen, als das Europäische Parlament den Text billigte.

Der Rahmen sieht eine HTA-Zusammenarbeit auf EU-Ebene in vier Säulen vor:

- Im Rahmen der ersten Säule, der gemeinsamen klinischen Bewertung, wird der klinische Mehrwert einer Gesundheitstechnologie (zentral zugelassene Arzneimittel oder Medizinprodukte mit hohem Risiko und In-vitro-Diagnostika) bewertet. Das Ergebnis ist für die Mitgliedstaaten nicht bindend, sie müssen es lediglich bei der klinischen Bewertung von Gesundheitstechnologien auf nationaler Ebene „gebührend berücksichtigen“.

- Die zweite Säule umfasst die gemeinsame wissenschaftliche Konsultation, bei der die Unternehmen von der Koordinierungsgruppe Ratschläge zu ihren Plänen für die Entwicklung von Arzneimitteln erhalten.

- Die dritte Säule der Zusammenarbeit ist die Identifizierung neuer Gesundheitstechnologien, die erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme, Krankheiten oder Patienten haben würden.

- Die vierte Säule ist die freiwillige Zusammenarbeit bei nicht-klinischen Aspekten der HTA-Zusammenarbeit oder bei Technologien, die nicht in den obligatorischen Bereich der Zusammenarbeit fallen.

Ein Netz von Interessengruppen, dem Organisationen angehören, die Kostenträger, Patienten oder Angehörige der Gesundheitsberufe vertreten, wird die Beteiligung der Interessengruppen an der Funktionsweise des Rahmens sicherstellen. ■■

EU-HTA-Verordnung (2021): → bit.ly/3fRrpBI

Vorschlag der EU-Kommission (2018): → bit.ly/3AuySzU



Thomas Kanga-Tona ist Projektleiter bei der Association Internationale de la Mutualité (AIM)

Es ist Zeit, die Fehlsteuerung zu beenden

Text von **Dr. Philip Kranz** und **Jens Flintrop**

Arzneimittel gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) sollten bei Markteintritt dasselbe Nutzenbewertungsverfahren durchlaufen wie alle anderen Wirkstoffe. Dies zeigt eine aktuelle Auswertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Orphan Drugs genießen in der frühen Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ein Privileg: Um die Entwicklung solcher Arzneimittel gegen seltene Krankheiten trotz marktwirtschaftlicher Risiken zu fördern, unterliegen sie nicht dem regulären Nutzenbewertungsverfahren (mit Vergleich zur bisherigen Standardtherapie). Vielmehr wird für Orphan Drugs bereits mit Zulassung und Markteintritt ein Zusatznutzen als belegt angenommen – was zuweilen als „fiktiver“ Zusatznutzen bezeichnet wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann den Zusatznutzen lediglich anhand der vom Hersteller vorgelegten Unterlagen quantifizieren. Selbst wenn keine Einordnung in die Kategorien „gering“, „beträchtlich“ oder „erheblich“ möglich ist, muss er dem Wirkstoff noch einen „nicht quantifizierbaren“ Zusatznutzen attestieren. Erst wenn mit dem Wirkstoff ein Jahresumsatz von mehr als 50 Millionen Euro erzielt wird, erfolgt eine reguläre Nutzenbewertung durch IQWiG und G-BA.



Dr. Philip Kranz ist Mitarbeiter im Ressort „Arzneimittelbewertung“ beim IQWiG



Jens Flintrop leitet den Stabsbereich Kommunikation beim IQWiG

Das IQWiG hat nun ausgewertet, ob diese Bevorzugung von Arzneimitteln gegen seltene Leiden angemessen ist: Für alle Orphan Drugs, die seit Inkrafttreten des AMNOG im Jahr 2011 ein reguläres Nutzenbewertungsverfahren durchlaufen haben, wertete das Institut aus, ob der ursprünglich angenommene „fiktive“ Zusatznutzen nach der regulären Nutzenbewertung noch Bestand hatte. Ergebnis: Die Feststellung des Zusatznutzens bei Marktzugang wurde in mehr als der Hälfte der Fälle später nicht bestätigt. Das heißt, dem neuen Präparat war bei Markteintritt ein Zusatznutzen attestiert worden, obwohl später nicht belegt werden konnte, dass es den Patientinnen und Patienten tatsächlich Vorteile im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie bringt.

Orphan Drugs haben häufig keinen Zusatznutzen

Für seine Analyse hat das IQWiG 41 Orphan-Drug-Bewertungen identifiziert, für die seit 2011 sowohl eine eingeschränkte Nutzenbewertung als auch

nachfolgend eine reguläre Nutzenbewertung erfolgte. Diese 41 Bewertungen verteilen sich auf 20 verschiedene Wirkstoffe, da einige dieser Präparate für mehrere Anwendungsgebiete zugelassen wurden.

Die Auswertung zeigt, dass bei 22 der 41 Bewertungen (54 Prozent) in der regulären Nutzenbewertung kein Zusatznutzen („nicht belegt“) festgestellt wurde. In den eingeschränkten Bewertungen bei Marktzugang wurde hingegen, den gesetzlichen Vorgaben folgend, bei allen 41 Bewertungen ein Zusatznutzen konstatiert. Dabei war hier in mehr als der Hälfte der Fälle (21 Bewertungen, 51 Prozent) der Zusatznutzen „nicht quantifizierbar“.

Dabei wird die Einstufung des Zusatznutzens in der Regel erst nach Jahren korrigiert: Bei den 22 Fragestellungen ohne Nachweis eines Zusatznutzens lag der Zeitraum zwischen der eingeschränkten und der regulären Nutzenbewertung im Mittel bei gut drei Jahren (mindestens ein Jahr und bis zu neun Jahre). Teilweise wird die Einstufung des Zusatznutzens jedoch auch gar nicht korrigiert. Dies ist der Fall, wenn für das Orphan-Medikament die Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro nicht überschritten und eine reguläre Nutzenbewertung daher nicht durchgeführt wird.

Die Spreu wird nicht vom Weizen getrennt

Wenn neue Arzneimittel ohne Datengrundlage bevorzugt gegenüber möglicherweise langjährig bewährten Alternativen eingesetzt werden, so hat das erhebliche Folgen für die Versorgung der

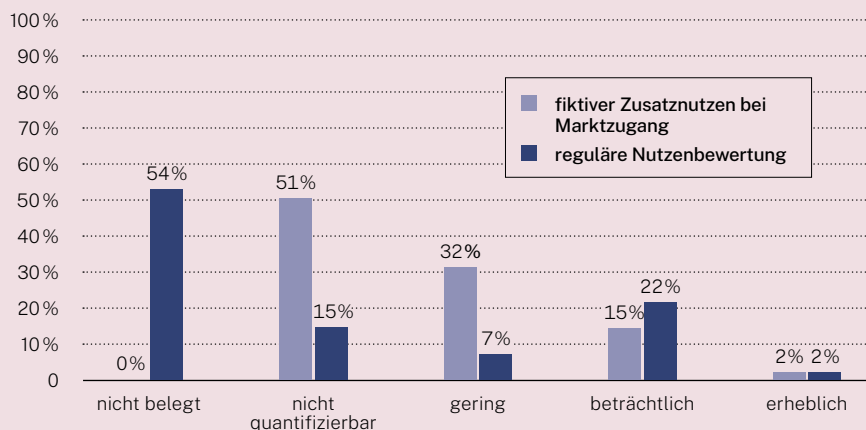
Patientinnen und Patienten. Die Betroffenen und ihre Angehörigen haben dann in einer meist schwierigen Lebenssituation viel Hoffnung in ein neues Medikament gesetzt, für das erst Jahre später klar wird, dass es gar keinen Nachweis einer Überlegenheit gegenüber den vorhandenen Therapieoptionen gibt.

Darüber hinaus verhindert der generelle „fiktive“ Zusatznutzen, dass zwischen Orphan Drugs mit und ohne echten Fortschritt für die Patientenversorgung unterschieden werden kann. Ein wesentliches Ziel des AMNOG, nämlich die Spreu vom Weizen zu trennen, wird so bei den Orphan Drugs nicht erreicht.

Festzuhalten bleibt: Wenn in mehr als der Hälfte der Fälle, in denen eine reguläre Nutzenbewertung zu Orphan Drugs durchgeführt wurde, der ursprünglich konstatierte Zusatznutzen nicht bestätigt wird und Orphan Drugs, die einen echten Mehrwert darstellen, nicht mehr von Beginn an als solche erkannt werden können, besteht Handlungsbedarf: Zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur frühen Nutzenbewertung setzt sich das IQWiG deshalb dafür ein, das Privileg des Zusatznutzens für Orphan Drugs abzuschaffen. Auch Arzneimittel gegen seltene Leiden sollten bei Markteintritt eine reguläre Nutzenbewertung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie durch IQWiG und G-BA durchlaufen.

Die Auswertung zeigt, dass bei 22 der 41 Bewertungen (54 Prozent) in der regulären Nutzenbewertung kein Zusatznutzen festgestellt wurde.

Ergebnisse zum Zusatznutzen für Orphan Drugs bei Marktzugang und bei regulärer Nutzenbewertung



Quelle: IQWiG 2022

DAK: Kosten für Orphan Drugs haben sich verfünffacht

Die Fehlsteuerung bei den Orphan Drugs hat nicht nur Auswirkungen auf die Patientenversorgung, sondern auch auf die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen. So vermeldete die DAK-Gesundheit kürzlich bei Vorstellung des AMNOG-Reports, dass sich die Kosten für neu zugelassene Orphan Drugs seit 2011 verfünffacht haben und im Jahr 2020 im Durchschnitt bei 540.000 Euro pro Jahr und Patient lagen. Für Arzneimittel mit einem echten Fortschritt für die Patientenversorgung mögen solche Preise berechtigt sein – für jene ohne Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie aber sicher nicht. Es ist unser aller Ziel, die Beiträge der Versicherten möglichst effektiv einzusetzen. ■

→ Mehr dazu auf Seite 46

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen

Neujahrsforum Sachsen
Verband der Ersatzkassen e. V.



ARMER



DAK

KKH Kaufmännische
Krankenkasse



hkk



HEK



Es diskutierten auf dem Podium (v.l.): Peter Thelen, Ulrike Elsner, Thomas Lopau, Petra Köpping und Silke Heinke

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

vdek-Neujahrsforum 2022: Wohin steuert die Gesundheitspolitik?

Nach der Wahl ist vor der Gesetzgebung: Antworten auf die zentrale Frage „Quo vadis Gesundheitspolitik?“ suchte und fand das diesjährige Neujahrsforum der vdek-Landesvertretung Sachsen am 14. Januar 2022. Auf dem Podium diskutierten die sächsische Gesundheitsministerin Petra Köpping, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Journalist Peter Thelen sowie die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen Silke Heinke – moderiert von Thomas Lopau. Als größte gesundheitspolitische Baustellen für die neue Bundesregierung wurden grundlegende Strukturreformen in der Krankenhaus-, Notfall- und pflegerischen Versorgung sowie eine Stabilisierung der Finanzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) identifiziert. **Auch muss die Landesregierung in Sachsen ihren Koalitionsvertrag von 2019 umsetzen:** „Die Weichen für die weitere Gestaltung der stationären Versorgung im Freistaat werden

in diesem Jahr mit der Novelle des Sächsischen Krankenhausgesetzes gestellt. Die Ersatzkassen in Sachsen verstehen sich als kompetente Partner und aktive Gestalter im Gesundheitswesen. Deshalb werden wir den Gesetzgebungsprozess weiter intensiv begleiten und unsere Expertise einbringen“, betont Heinke. **Neben der Reformierung des Krankenhausgesetzes sieht der vdek die sächsischen Schwerpunkte im Bereich der Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung, der Digitalisierung und der Reformierung des Pflegesektors.** Außerdem sollen auch zukünftig zahlreiche Projekte im Bereich der Prävention gefördert werden. Das Neujahrsforum fand in diesem Jahr pandemiebedingt erstmals im Hybridformat statt. Die Podiumsdiskussion ist als Mitschnitt auf dem YouTube-Kanal der vdek-Landesvertretung Sachsen verfügbar. *cb*

→ youtu.be/gUITgtfj6WE

 **@vdek_HE** Wenn ein Kind sterbenskrank ist, brauchen seine Eltern und Angehörigen Beistand und Orientierungshilfe. Ambulante Hospizdienste unterstützen die Familien mit **#Ehrenamtlichen**.

 **@vdek-BW #Pflege** Heimkosten in **#BadenWuerttemberg** sind gestiegen. Der selbst zu zahlende Anteil beträgt mit Jahresbeginn 2.541 Euro im Land. Seit dem 1.1.2022 gibt es erste Entlastungen.

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN NORDRHEIN-WESTFALEN UND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Robotik-gestützte Prävention in Pflegeheimen gestartet

Damit Pflegebedürftige geistig und körperlich aktiv bleiben, ist das neue Präventionsprojekt ROBUST des vdek in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein gestartet. Mit Hilfe des Roboters „Pepper“ bieten Pflegekräfte den Bewohnern von Pflegeeinrichtungen Trainings zur Bewegung und zur Aktivierung an. Dazu führt „Pepper“ ihnen Übungen zur Stärkung der körperlichen, kognitiven und kreativen Fähigkeiten vor, etwa Gymnastik, Memory oder Achtsamkeitstraining.

An den Konzepten und Trainingsaktivitäten wirken Forscher, Entwickler, die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, Pflegefachkräfte und Therapeuten mit. So wird gewährleistet, dass die Angebote passgenau auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zugeschnitten sind. ROBUST ist nach den Kriterien des



GKV-Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen gestaltet. Die Ersatzkassen finanzieren das dreijährige Forschungsprojekt. Es soll die Wirksamkeit und die Akzeptanz Robotik-gestützter Systeme bei Pflegebedürftigen evaluieren und die Entwicklung evidenzbasierter Angebote ermöglichen. Dabei soll das robotische System die Pflegekräfte unterstützen – aber nicht ersetzen. **Mehrere Partner aus Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen sind beteiligt:** das

Forschungs- und Entwicklungszentrum Fachhochschule Kiel GmbH (FuE), die gemeinnützige Gesellschaft für digitalisierte und nachhaltige Zusammenarbeit (DNZ) GmbH aus Siegen, der Dachverband der Diakonie in Schleswig-Holstein sowie Pflegeeinrichtungen in beiden Bundesländern. *sav*

VDEK-LANDESVERTRETUNG RHEINLAND-PFALZ

Präventionsprojekt verbindet Jung und Alt

„Miteinander gesünder“ heißt das gemeinsame Projekt der Ersatzkassen und des Vereins „Mehr Zeit für Kinder e.V.“, das in Rheinland-Pfalz die Bewohnenden von zwei stationären Pflegeeinrichtungen und die Kinder aus zwei Kindertagesstätten im Kreis Mainz zunächst individuell und später gemeinsam an die Themen Stressmanagement und Ernährung heranzuführt. **Neben den konkreten Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppen kommen die Generationen miteinander in Kontakt und entwickeln dabei spielerisch ein Verständnis füreinander.** Für die Bewohnenden der stationären Pflegeeinrichtungen entstehen dadurch Momente der Lebendigkeit, Abwechslung und Unbeschwertheit. Die Kinder wiederum



lernen etwas über das Älterwerden und die Lebenserfahrung der Seniorinnen und Senioren. Es entsteht ein aktives Miteinander der Generationen und der Lebenswelten „stationäre Pflegeeinrichtung“ und „Kindertagesstätte“. **Um die Nachhaltigkeit der Projektinhalte zu sichern, werden die Mitarbeitenden der verschiedenen Einrichtungen zur selbstständigen Durchführung der Projektinhalte geschult.** In

den Einrichtungen wird eine begleitende Steuerungsgruppe mit verschiedenen am Prozess beteiligten Akteuren gegründet, um den Projektverlauf bedarfsgerecht und nachhaltig zu gewährleisten. Zudem werden die stationären Pflegeeinrichtungen und die Kindertageseinrichtungen nachhaltig miteinander vernetzt. *si*



VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Modellvorhaben: Apotheker in Berlin impfen gegen Grippe

Um die Impfraten bei der Grippeimpfung zu steigern, hat die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg zusammen mit Kassenärzten und Apothekern in Berlin ein deutschlandweit für die Ersatzkassen einmaliges Modellvorhaben gestartet: Seit Ende 2021 können sich in Charlottenburg-Wilmersdorf Versicherte der Ersatzkassen ab 18 Jahren auch in öffentlichen Apotheken gegen Grippe impfen lassen. Damit sollen Impfangebote für Bevölkerungsgruppen geschaffen werden, die sich bisher nicht oder nur unregelmäßig gegen Influenza haben impfen lassen. Der Berliner Apotheker-Verein (BAV) e. V. und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben dazu eine entsprechende Vereinbarung nach § 132j SGB V geschlossen. Das interessante Modellvorhaben ist auf zwei Jahre befristet und wird anhand eines bundesweit einheitlichen, mit dem Robert

Koch-Institut abgestimmten Fragenkatalogs evaluiert. Ziel ist es herauszufinden, ob sich so gerade auch bei vulnerablen Personengruppen das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Impfungen schärfen lässt. **Spannend ist auch die Frage, ob sich durch ein Setting dieser Art die generelle Aufmerksamkeit der Gesamtbevölkerung für Impfungen erhöhen kann.** Aktuell sind 13 Apotheken der Vereinbarung beigetreten und können somit diese Dienstleistung in Charlottenburg-Wilmersdorf anbieten. Es impft ausschließlich Apothekenpersonal, das eine entsprechende Schulung absolviert hat und damit über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügt. Ob die derzeit in Apotheken laufenden Schulungen für das Verimpfen von Covid-Vakzinen auch einen positiven Nebeneffekt auf das laufende Modellvorhaben zur Gripeschutzimpfung haben werden, bleibt abzuwarten. *grü*



Gesundheit in allen Politikfeldern

Im ersten Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) heißt es, dass Vieles auf den Weg gebracht worden sei, um die lebens- und arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention weiterzuentwickeln. Und wörtlich: „Als Hauptadressat des Präventionsgesetzes hat insbesondere die GKV ihr Engagement stark ausgebaut und Maßnahmen initiiert, um den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in der Lebenswelt und in Betrieben zu unterstützen.“ Es sei jedoch nicht ausreichend, bei dem Präventionsgesetz (PrävG) nur auf die GKV zu schauen. **Tatsache ist: Die meisten der gesundheitlichen Problemlagen werden in erheblichem Maße durch Faktoren beeinflusst, die jenseits ihrer gesetzlichen Leistungsspektren liegen.** Umso mehr



kommt es auf den Schulterschluss zwischen Bund, Land und Kommune an. Die dort Verantwortlichen müssen gemeinsam Gesundheit in allen Politikfeldern („Health in All Policies“) erzielen. Entsprechend geht es bei dem Projekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ um die Verzahnung von Arbeitsförderung

(SGB II und III) und Gesundheitsförderung (SGB V). **Ziel des Projektes ist es, die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu stärken.** Hierbei hat die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg in den Jobcenterstandorten in den Landkreisen Biberach, Ravensburg Bodenseekreis, Böblingen und Stuttgart als Projektpartner die GKV-Federführung inne. *wi*

→ bit.ly/3A2wxft

Neues Vergütungsmodell für ambulante Pflege

Pflegekassen und Anbietervertreter der Wohlfahrtsverbände sowie der privaten Pflege haben die lange Auseinandersetzung um die Vergütung der ambulanten Pflege in Niedersachsen beendet. Diese nahm im März 2019 ihren Anfang, als Wohlfahrtsverbände drohten, aus der ambulanten Pflege auszusteigen. **Beide Seiten verständigten sich jetzt auf ein neues Vergütungsmodell, das die Höhe der Personalkosten eines Pflegedienstes unmittelbar zur Bemessung**



der Vergütung heranzieht. Damit verbunden sind Vergütungssteigerungen. Das personalkostenzentrierte Modell ist Ergebnis langwieriger Verhandlungen im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni). Dieses Modell sieht gestaffelte Punktwerte und Wegepauschalen je nach Höhe der

tatsächlichen Personalkosten der Pflegedienste vor. Höhere Zahlungen an die Beschäftigten führen demnach auch zu höheren Vergütungen. Damit eignet sich das Verfahren auch für eine vergleichsweise verwaltungsarme Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Tariftreuregelung ab 1. September 2022. **Rund 99 Prozent aller Pflegeanbieter in Niedersachsen unterstützen die Vereinbarung, die eine auskömmliche Refinanzierung in der ambulanten Pflege sicher-**

stellt. „Wir haben jetzt ein geeintes, transparentes und zukunftsfähiges Vergütungsmodell“, sagt Hanno Kummer, Leiter der vdek-Landesvertretung in Niedersachsen. „Das Vergütungsmodell lässt keinen Zweifel daran, dass tarifliche Entlohnungen von Pflegekräften refinanziert werden.“ *schö*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Landesrahmenvereinbarung Prävention: Hessen bleibt Vorreiter



Unterzeichneten die novellierte Landesrahmenvereinbarung Prävention (v.l.): Detlef Lamm, Kai Klose und Claudia Ackermann

Bereits 2016 war Hessen das erste Bundesland, in dem nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 eine Landesrahmenvereinbarung Prävention (LRV) unterzeichnet wurde. Diese LRV Prävention setzt den Auftrag des Gesetzgebers aus dem Präventionsgesetz um, Präventionsangebote nachhaltig vor allem in kommunalen Settings zu verankern und so die Förderung aus Beitragsmitteln der Versicherten für die im Gesetz genannten Handlungsfelder zur Verfügung zu stellen. **Fünf Jahre später ist Hessen erneut Vorreiter und das erste Bundesland, das seine Landesrahmenvereinbarung auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt hat.**

Neben Erfolgen wurden im Zuge des von der vdek-Landesvertretung Hessen als langjähriger Federführerin initiierten und moderierten Novellierungsprozesses auch nach wie vor bestehende Herausforderungen insbesondere bei der Aktivierung von Kommunen festgestellt. So hatten bis zum Jahr 2021 erst sechs von 26 Kreisen und kreisfreien Städten in Hessen die politische Entscheidung getroffen, Gesamtstrategien für Präventions- und

Gesundheitsförderung zu entwickeln und damit das Thema Gesundheit als Querschnittsthema in der kommunalen Politik und Verwaltung zu verankern, ganz im Sinne des Health-in-all-policies-Ansatzes der WHO. **Die novellierte LRV soll nun weitere Akteure einladen und einbinden, um neue Netzwerke und Projekte zu entwickeln, und sieht für die regionale und lokale Ebene darüber hinaus eine Beteiligung der LRV-Partner an bereits bestehenden beziehungsweise entstehenden Strukturen und Netzwerken vor.** Die konkreten Formate der Zusammenarbeit oder auch eine mögliche Bildung von zusätzlichen, etwa themenbezogenen Netzwerken werden dabei ganz bewusst offen gelassen.

Nach dem ergebnisoffenen Novellierungsprozess haben der hessische Staatsminister für Soziales und Integration, Kai Klose, die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann, und der Vorstandsvorsitzende der AOK Hessen, Detlef Lamm, die novellierte LRV am 20. Dezember 2021 im hessischen Sozialministerium stellvertretend für alle Partner der LRV unterzeichnet. *hk*



EINWURF

Neue Wege in der ambulant-ärztlichen Versorgung

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

Seit Langem reden wir über den Reformbedarf der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in strukturschwachen Regionen und in den Städten. Auch der Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP sieht hier Bedarf. Als notwendige Konsequenz möchte die Regierung eine Kommission einsetzen, um die Krankenhausplanung neu zu strukturieren, auch soll es einen Bund-Länder-Pakt für eine Modernisierung der Versorgung in Krankenhäusern geben. Das reicht aus unserer Sicht nicht aus, weshalb wir konkret drei Maßnahmen vorschlagen:

1. Aufbau regionaler Gesundheitszentren in ländlichen Gebieten

Wir fordern, in ländlichen Räumen eigenständige Gesundheitszentren neu im System zu etablieren. Es geht darum, die Gesundheitsversorgung stärker zu bündeln. In regionalen Gesundheitszentren soll eine Vielzahl an Professionen unter einem Dach tätig werden. Neben einer Mindestzahl von Hausärzten und grundversorgenden Fachärzten sollen andere Gesundheitsfachberufe wie Physiotherapeuten dort tätig sein. Besonders kleinere Krankenhäuser könnten zu diesen regionalen Gesundheitszentren weiterentwickelt werden. Der Krankenhausauftrag könnte in strukturschwachen Regionen sinnvoll erweitert werden, wo diese aktuell nicht mehr ausgelastet sind und daher nicht wirtschaftlich arbeiten. Einfachere Operationen, wie Leisten- oder HNO-OP, könnten dort weiterhin stattfinden, im Bedarfsfall mit Übernachtungsmöglichkeit. Diese Bündelung stärkt die Versorgung im ländlichen Raum.

2. Konsequente Nutzung digitaler Angebote wie Videosprechstunden

Das Potenzial von Videosprechstunden und anderen telemedizinischen Angeboten ist noch längst nicht ausgeschöpft. Auch wenn nicht jeder Kontakt zum Arzt per Videosprechstunde durchgeführt werden kann, können digitale Sprechstunden eine sinnvolle Ergänzung sein. Es gilt, digitale Sprechstunden überall dort, wo es medizinisch und therapeutisch angezeigt ist, stärker in der Versorgung zu etablieren. Dies entlastet Ärzte und Patienten gleichermaßen, stärkt ein hohes Behandlungsniveau und das Arzt-Patienten-Verhältnis.

3. Verstärkte Delegation ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte

Bei entsprechender Qualifikation können Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte stärker eingesetzt werden, um beispielsweise chronisch Kranke zu betreuen sowie Hausbesuche und Tätigkeiten wie Wundversorgung zu übernehmen. Die Delegation ärztlicher Leistungen sollte sowohl in bestehenden Arztpraxen als auch in zukünftigen Gesundheitszentren eine wesentliche Rolle spielen.

Diese drei zentralen Punkte anzugehen, heißt Versorgungsstrukturen zu optimieren und zukunftssicher aufzustellen. Eine kürzlich von uns in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage zeigt, dass die Vorschläge bei den Versicherten auf Zustimmung stoßen. ■

→ Mehr dazu auf Seite 15





Impfen, Mythen, Mutationen

Angesichts der hohen Infektionszahlen im Laufe der Omikron-Welle rechnet Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach mit neuen Corona-Mutationen. In der Geschichte des Coronavirus gibt es bereits fünf besorgniserregende Mutationen: Alpha, Beta, Gamma, Delta und Omikron. Als besorgniserregend gelten Virusvarianten, wenn sie ansteckender sind oder wenn sie durch das Immunsystem von Genesenen oder Geimpften weniger gut abgewehrt werden können. **Corona-Impfungen sind daher entscheidend, weil sie die Entstehung neuer Virusmutationen erschweren und das Risiko für schwere Krankheitsverläufe verringern können.** Sachliche Informationen und Aufklärung leisten einen wichtigen Beitrag, um die Menschen hierzulande über die große Bedeutung des Impfens zu informieren. Darüber hinaus sind sie ein wirksames Mittel gegen Impfmythen und Falschinformationen.

Das Coronavirus im Wandel

Text von **Dr. Sophie Rabe** und **Dr. Martin Kluxen**

Grundsätzlich kommt es bei Viren ständig zu Mutationen. Eine **Virusvariante** entsteht, wenn bei der Vervielfältigung des Erbguts Kopierfehler auftreten. So entstehen zufällig immer neue Virusvarianten. Aber nur wenige können sich durchsetzen, beispielsweise wenn ihnen bestimmte Merkmalsveränderungen einen Überlebensvorteil verschaffen. Bisher wurden fünf Coronavirusvarianten als „besorgniserregende Varianten“ durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingestuft.



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

Virusvarianten gelten als besorgniserregend, wenn sie beispielsweise ansteckender sind oder wenn das Immunsystem von bereits genesenen oder geimpften Personen diese Virusvarianten weniger gut abwehren kann. In der Historie des Coronavirus gibt es bislang diese fünf besorgniserregenden Mutationen:

- Alpha
- Beta
- Gamma
- Delta
- Omikron

Eines demonstrieren diese Namen alle miteinander: Das Coronavirus verändert sich permanent, seit es in der Welt zirkuliert. Die aktuell vorherrschende Virusvariante in Deutschland ist die Omikronvariante. Die Omikronvariante gehört einer anderen Untergruppe als die vorangegangenen Virusvarianten an. Aufgrund der vielen Mutationen an der Oberfläche des Omikronvirus ist es immunologisch so verändert, dass für die Neutralisierung des Virus nicht mehr dieselben Antikörper infrage kommen wie bei den älteren Virusvarianten.

Gemäß dem Virologen Prof. Dr. Christian Drosten, Direktor des Instituts für Virologie an der Charité, sei es keinesfalls sicher, dass die aktuell vorherrschende Omikronvariante in ihrem derzeit abgemilderten Zustand verbleiben wird. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich Omikron hin zu einer stärker krankmachenden Variante entwickeln könnte. Für eine Omikron-Untervariante (BA.2) besteht aktuell der Verdacht, dass diese noch leichter übertragbar sein könnte und den Immunschutz leichter umgehen könnte.

Die Evolution des Virus lässt sich jedoch nur bedingt vorhersagen, da sie Zufallsprozessen unterliegt. Jedoch lässt sich vorhersagen, dass die Bevölkerungsimpunität mit zunehmender Zeit immer besser werden wird. Auf dem Boden einer vollständigen Grundimmunisierung der Bevölkerung, die nach aktuellem Kenntnisstand durch eine 3-fach-Impfung erreicht werden kann, wäre es möglich, das Virus als normale Infektion ohne exponentiell ansteigende Fallzahlen laufen zu lassen.

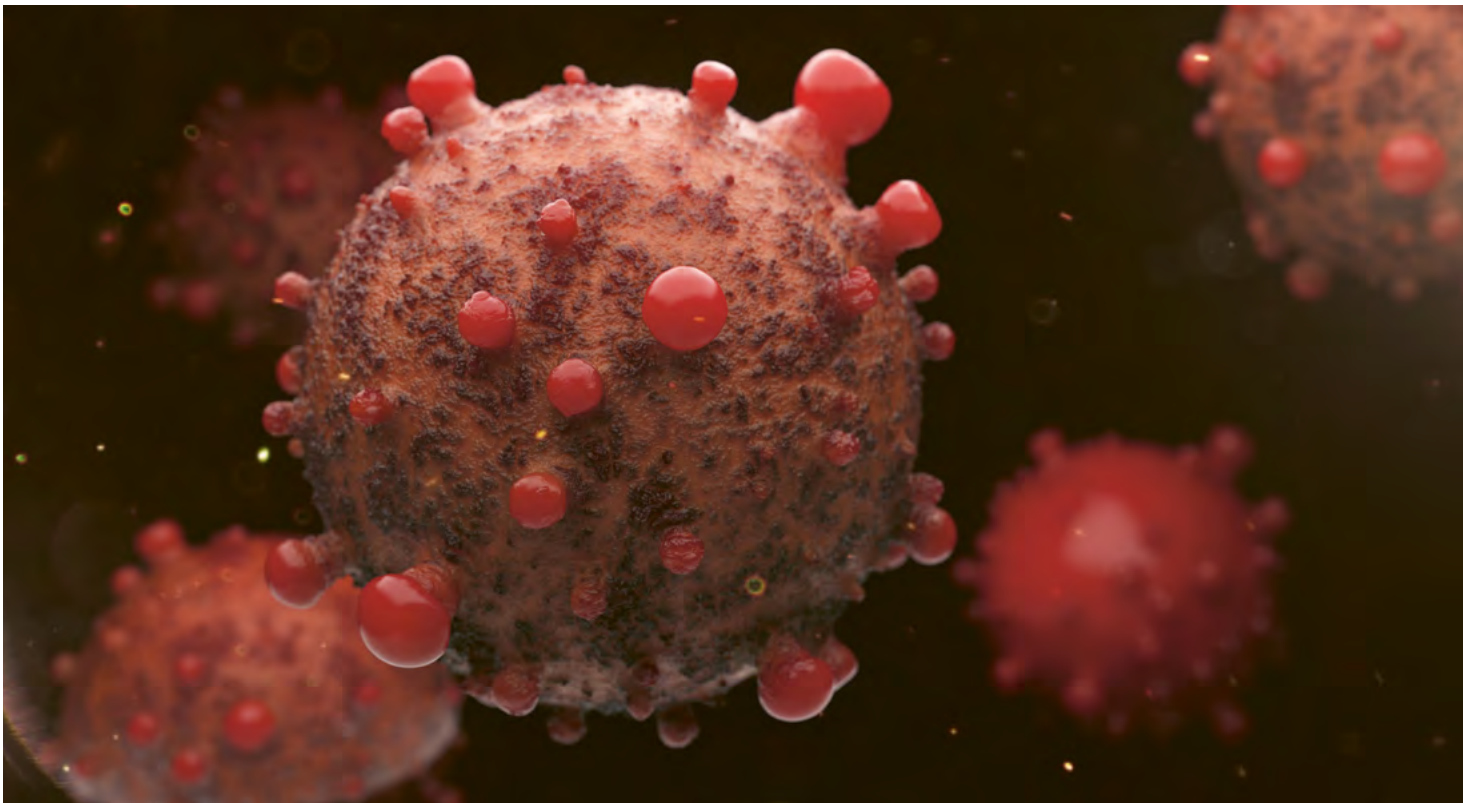
So kann langfristig eine Bevölkerungsimmunität und ein besserer Übertragungsschutz aufgebaut werden.

Die Entstehung von Mutationen wird durch die Verbreitung des Virus begünstigt. Je mehr das Virus im Umlauf ist, sprich je mehr Kopien von ihm angefertigt werden, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung neuer Mutationen. Auch deswegen sollte die Zahl der Impfungen weltweit zügig vorangetrieben werden, um die Fallzahlen niedrig zu halten. So können weniger Viren zirkulieren und die Entstehung von neuen Mutationen kann gebremst werden.

Für den Fall von Virusvarianten, die den Impfschutz untergraben, können Impfstoffhersteller Update-Vakzine gegen neue Varianten entwickeln. Gerade die neuen mRNA-Impfstoffe lassen sich relativ einfach aktualisieren, indem beispielsweise die Antigen-Information für das sogenannte Spike-Protein an die mutierte Virussequenz angepasst wird. Ein neuer speziell an Omikron angepasster Impfstoff wird aktuell erprobt. Dieser kann in einem deutlich vereinfachten Verfahren zugelassen werden und sollte bis zum zweiten Quartal dieses Jahres dann in Deutschland verfügbar sein.

Für einen Übertragungsschutz wird es eine breite Immunität gegen möglichst alle Untergruppen des Virus brauchen. Es ist zu erwarten, dass daher eine Impfung mit einem angepassten Impfstoff gegen die Omikronvirusvariante nötig werden wird. Bisher ungeimpfte Personen werden vermutlich einen Impfschutz gegenüber beiden bisher bekannten Coronavirustypen benötigen, da nicht auszuschließen ist, dass im nächsten Winter wieder ältere Virusvarianten zirkulieren. Eine Omikroninfektion bei Ungeimpften vermittelt nur eine sehr geringe Immunität gegenüber einer Infektion mit der Delta-variante des Virus.

In Zukunft könnten auch polyvalente Impfstoffe zum Einsatz kommen, also Vakzine, die mehrere Varianten der Coronaviren zugleich abdecken. Bislang gebe es dazu aber nur Daten aus Tiermodellen, noch keine von klinischen Studien am Menschen, so Prof. Dr. Klaus Cichutek, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI). Zukünftig sei es auch denkbar, dass die Coronaimpfung auch dauerhaft mit der Gripeschutzimpfung oder Impfstoffen gegen Pneumokokken kombiniert werden könnte. Dazu müsse jedoch zunächst die Frage beantwortet werden, ob und in welchen zeitlichen Abständen Auffrischungsimpfungen künftig durchgeführt werden sollten. ■





Zehn Impfmythen im Faktencheck

Um die **Corona-Schutzimpfung** ranken sich zahlreiche Impfmythen, Falschinformationen und Irrtümer. Auf der Informationsplattform „Zusammen gegen Corona“ entkräften und widerlegen anerkannte Expertinnen und Experten weit verbreitete Impfmythen. *ersatzkasse magazin* greift zehn wichtige Fragen und Antworten zu Impfmythen auf.

1. Wie hoch ist die Gefahr der Integration von mRNA-Impfstoffen ins Genom?

Es besteht kein erkennbares Risiko einer Integration von mRNA in das humane Genom. Beim Menschen befindet sich das Genom in Form von DNA im Zellkern. Eine Integration von RNA in DNA ist unter anderem aufgrund der unterschiedlichen chemischen Struktur nicht möglich. Es gibt auch keinen Hinweis darauf, dass die von den Körperzellen nach der Impfung aufgenommene mRNA in DNA umgeschrieben wird. (Stand: 10. Februar 2022)

Mehr zur Sicherheit der Covid-19-Impfstoffe: → bit.ly/3tl6kBA

2. Führt die Impfung zur Unfruchtbarkeit bei Frauen?

Vor der Zulassung der Impfstoffe werden diese umfangreich geprüft. Es gibt keine Hinweise darauf, dass Frauen wegen der Impfung unfruchtbar werden könnten.

In sozialen Medien kursierte, dass eine Corona-Schutzimpfung unfruchtbar machen könne, weil sich Spikeproteine des Coronavirus und das Protein Syncytin-1, das für die Bildung der Plazenta verantwortlich ist, ähneln. Daraus wurde geschlussfolgert: Bildet der Körper der Geimpften nach der Impfung Antikörper gegen das Spikeprotein des Coronavirus, richten sich diese auch gegen das Syncytin-1-Protein und beeinträchtigen somit die Bildung einer Plazenta. Da die Ähnlichkeit zwischen den beiden Proteinen aber so minimal ist, kann eine Kreuzreaktion des Covid-19-Impfstoffs

ausgeschlossen werden. Selbst wenn sich Corona-Antikörper tatsächlich gegen das Syncytin-1-Protein richten könnten, hätte dies bei einer Covid-19-Erkrankung durch die Antikörperbildung zu erhöhten Zahlen an Fehlgeburten oder Komplikationen führen müssen – dies ist aber nicht der Fall.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Corona-Schutzimpfung generell für Schwangere und Stillende. Nach einer systemischen Aufarbeitung umfangreicher Daten zum Risiko von schweren Covid-19-Verläufen in der Schwangerschaft und der Effektivität und Sicherheit der Impfung bei Schwangeren und Stillenden bewertete die STIKO die Covid-19-Impfung für Schwangere und Stillende als sicher und wirksam. Auch Frauen mit potenziellem Kinderwunsch empfiehlt die STIKO die Corona-Schutzimpfung ausdrücklich, damit bereits vor Eintritt der Schwangerschaft ein sehr guter Schutz vor einer Erkrankung besteht. (Stand: 2. Dezember 2021)

Mehr zum Thema Corona-Schutzimpfung und Unfruchtbarkeit: → bit.ly/3Kh6xSn

3. Stimmt es, dass die Corona-Schutzimpfung für Menschen mit einer Rheumaerkrankung potenziell gefährlich sein kann?

Nein, das stimmt nicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) schreibt in ihrer Empfehlung vom 6. April 2021: „Abgesehen von bekannten

Allergien gegen Impfstoffkomponenten gibt es keine Kontraindikationen für die Covid-19-Impfung. Das gilt auch für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und für Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie.“

Weiter heißt es: „Alle Impfstoffe gegen SARS-CoV-2, die derzeit zugelassen sind, sind keine Lebendimpfstoffe. Diese ‚Nicht-Lebendimpfstoffe‘ sind bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und bei Patienten unter immunsuppressiver/immunmodulierender Therapie uneingeschränkt einsetzbar.

Basierend auf den Daten der in Deutschland verfügbaren SARS-CoV-2-Impfstoffe gibt es derzeit keine krankheitsbedingte Präferenz für einen SARS-CoV-2-Impfstoff gegenüber einem anderen. Daher sollten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen jeden verfügbaren Impfstoff erhalten.“

Außerdem konnte in einer kleinen deutschen Studie bei fast allen Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen eine positive Immunantwort (gemessen an der Antikörperbildung) und eine gute Verträglichkeit von SARS-CoV-2-Impfstoffen gezeigt werden. (Stand: 25. Januar 2022)

Weitere Informationen zu Covid-19 in Zusammenhang mit einer Rheumaerkrankung auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.: → bit.ly/3rs0VMw

4. Stimmt es, dass die Impfung nichts nützt, wenn der Antikörperspiegel sowieso fällt?

Auch wenn die erzeugten Antikörperspiegel nach der Impfung nach einigen Monaten abfallen, kann eine schützende Immunantwort durch eine Impfung erreicht werden. Denn mit einer Impfung werden neben den Antikörpern auch Immunzellen trainiert, die Corona-infizierte Zellen erkennen und zerstören können.

Auch Auffrischungsimpfungen gewährleisten, dass der Impfschutz bestmöglich aufrechterhalten wird. (Stand: 21. Dezember 2021)

Alle Informationen zu Auffrischungsimpfungen:

→ bit.ly/3rsm7lj

→ bit.ly/3ruMqYp

5. Stimmt es, dass Impfungen nur an gesunden Personen getestet wurden?

Das ist nicht korrekt. In die Phase 3 dieser klinischen Prüfung wurden auch ältere Menschen sowie Risikopatientinnen und -patienten mit bestimmten Vorerkrankungen oder Übergewicht aufgenommen. Voraussetzung war ein stabiler Gesundheitszustand. Ausgeschlossen wurden zum Beispiel nur Menschen mit einer Immundefizienz und Blutungsstörungen. (Stand: 10. Januar 2022)



6. Stimmt es, dass Probandinnen und/oder Probanden in den Studien gestorben sind?

Bei klinischen Prüfungen mit großer Patientinnen- und Patientenzahl und einem Einschluss von Menschen mit hohem Alter und längerer Studiendauer ist es möglich, dass im Verlauf der Studie Patientinnen oder Patienten versterben können. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein Zusammenhang mit dem Impfstoff besteht.

Jede aufgetretene Nebenwirkung wird erfasst und jeder Todesfall wird auf einen möglichen Zusammenhang mit der Impfung von einem unabhängigen Kontrollgremium genau untersucht. Das Paul-Ehrlich-Institut aktualisiert dazu kontinuierlich die Sicherheitsberichte zu den Covid-19 Impfstoffen: → bit.ly/3Almt1v (Stand: 10. Februar 2022)

Mehr zu Risiken und Nebenwirkungen der Corona-Schutzimpfung: → bit.ly/33pKvMA

7. Stimmt es, dass Probandinnen und/oder Probanden in den Studien Gesichtslähmung bekommen haben?

Bei der Erprobung von Comirnaty® von BioNTech/Pfizer (→ bit.ly/3FCaTjm) haben Probandinnen und Probanden vereinzelt von Lähmungserscheinungen berichtet. Die Gesichtslähmungen (Fazialispareisen) traten sowohl in der Gruppe der Geimpften als auch in der Placebo-Gruppe auf und sind somit nicht ursächlich auf die Impfung zurückzuführen. Nach millionenfacher Anwendung des Impfstoffs sind keine Signale in den nationalen Monitoringsystemen zur Impfstoff-Sicherheit bezüglich Gesichtslähmungen nach einer Corona-Schutzimpfung aufgetreten. (Stand: 18. Januar 2022)

8. Kann die Corona-Schutzimpfung Krankheiten wie Krebs verursachen?

Dafür gibt es keinen Anhaltspunkt. In den durchgeführten Studien zur Untersuchung des Impfstoffs wurde ein solcher Zusammenhang nicht festgestellt. Ein Impfstoff wird nur dann zugelassen, wenn er an ausreichend vielen Personen getestet wurde und bestätigt wurde, dass die Wirkung gegenüber den aufgetretenen Nebenwirkungen deutlich überwiegt. Auch nach der Zulassung wird das positive Nutzen-Risiko-Profil im Rahmen klinischer Prüfungen und weiterer Studien kontinuierlich überprüft. (Stand: 30. Dezember 2021)

Mehr zur Zulassung der Covid-19-Impfstoffe: → bit.ly/3nyHLDE

9. Stimmt es, dass Menschen kurz nach der Impfung gestorben sind?

Ja, aber dies bedeutet nicht, dass diese Todesfälle kausal mit der Impfung zusammenhängen. Werden viele sehr alte Menschen oder Menschen mit schweren Vorerkrankungen und damit einem erhöhten Sterberisiko geimpft, ist eine gewisse Anzahl von zufälligen Todesfällen, die kurz nach der Impfung auftreten, leider unvermeidlich. (Stand: 10. Februar 2022)

Der gesamte Bericht zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach der Impfung zum Schutz vor Covid-19 des Paul-Ehrlich-Instituts: → bit.ly/3tEgR0K
Er wird wöchentlich aktualisiert und veröffentlicht.

10. Stimmt es, dass in den Impfstoffen Mikrochips enthalten sind?

Solche Annahmen sind Verschwörungsmythen, keine Tatsachen. Diese Behauptung ist nicht wahr. Die Forschung an Covid-19-Impfstoffen wird von unabhängigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern durchgeführt. Ihr Ziel ist die Entwicklung eines sicheren und wirksamen Schutzimpfstoffes gegen Covid-19. (Stand: 17. November 2021)

Vollständiger Fragen- und Antwort-Katalog „Impfmythen“:
→ zusammengegencorona.de

Weiterführende Informationen auch auf → rki.de und → bzga.de

Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)



Bund setzt auf Wissenschaft

Text von **Matthias Wannhoff**

Die amtierende Bundesregierung hat im Dezember 2021 einen **Corona-Expertenrat** berufen. In dem Gremium treten unterschiedliche Einzelmeinungen und Disziplingrenzen hinter das gemeinsame Ziel einer wissenschaftlich untermauerten Pandemiebekämpfung zurück.



Matthias Wannhoff
ist Referent in der Abteilung Kommunikation beim vdek



Es war eine der ersten großen Amtshandlungen des neu gewählten Bundeskanzlers im Dienste der Pandemiebekämpfung: Am 10. Dezember 2021 berief Olaf Scholz den „Expertenrat der Bundesregierung zu COVID-19“. Die Einrichtung eines wissenschaftlichen Expertengremiums war zuvor auf der gemeinsamen Bund-Länder-Konferenz am 2. Dezember beschlossen worden. Die erste Stellungnahme des neuen Gremiums, die am 19. Dezember öffentlich wurde, formulierte nach einer wissenschaftlichen Einordnung der Omikron-Variante daraus folgende nötige Gegenmaßnahmen zur Kontrolle des Infektionsgeschehens. Eine der vorgeschlagenen Maßnahmen wurde zeitnah vom Bund umgesetzt: Verschärfte Kontaktbeschränkungen, auch für Geimpfte, traten bundesweit nach Weihnachten in Kraft.

Dem Expertenrat gehören 19 Mitglieder an, darunter Prof. Dr. Christian Drosten von der Charité, Prof. Dr. Melanie Brinkmann von der TU Braunschweig, der STIKO-Vorsitzende Prof. Dr. Thomas Mertens und RKI-Chef Prof. Dr. Lothar Wieler. Das Gremium ist multidisziplinär angelegt und umfasst etwa mit der Medizinethikerin Prof. Dr. Alena Buyx (Universität Kiel) sowie dem Psychologen Prof. Dr. Ralph Hertwig (Max-Planck-Institut für Bildungsforschung) auch Forschungsprofile abseits von Medizin, Epidemiologie und Infektiologie.

Die Sitzungen des Expertenrats finden per Videokonferenz statt. An den Beratungen nimmt auch Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach teil, der bereits kurz nach seinem Amtsantritt angekündigt hatte, die neue Bundesregierung wolle „die Pandemiebekämpfung stärker auf wissenschaftliche Expertise stützen“.

Manche der 19 Experten treten in der Öffentlichkeit mit voneinander abweichenden Einzelmeinungen in Erscheinung, im Expertenrat sprechen sie jedoch mit einer gemeinsamen Stimme. Vorgesehen ist, dass das Gremium wöchentlich über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Coronavirus berät und während der Pandemie regelmäßig Empfehlungen für die Bundesregierung entwickelt. ■



Homeoffice wirkt sich auf Gesundheit aus

KKH Seit Corona arbeiten viele Menschen verstärkt im Homeoffice. Eine Forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse unter rund 1.000 Beschäftigten mit Büroarbeitsplatz sowie Versichertendaten zeigt, dass 61 Prozent der Arbeitnehmer, die ihren Bürojob schon einmal von zu Hause oder einem anderen Ort aus erledigt haben, überwiegend positive Erfahrungen gemacht haben, nur ein Fünftel negative. Als Pluspunkt bei der Arbeit daheim empfindet die überwiegende Mehrheit der Befragten (70 Prozent) die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Vier von zehn Berufstätigen mit Homeoffice-Erfahrung beobachten darüber hinaus, dass sich das Arbeiten zu Hause auf ihren Gesundheitszustand auswirkt. Auf Platz eins der positiven Effekte steht die Stressreduktion: 34 Prozent fühlen sich dadurch weniger erschöpft beziehungsweise haben seltener das Gefühl, gestresst und ausgebrannt zu sein. Auf der Liste der negativen Folgen stehen Rückenschmerzen und Muskelverspannungen klar an erster Stelle: Bei rund jedem Dritten haben sich diese Beschwerden verschlechtert oder sind erstmals bei der mobilen Büroarbeit aufgetreten. *pm*

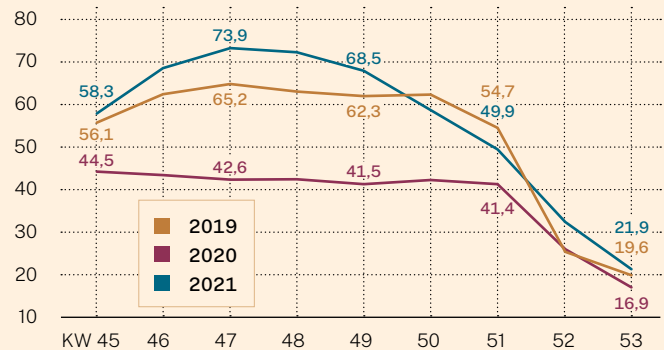
→ [kkh.de](https://www.kkh.de) → bit.ly/3oTtHFt

Mehr Krankschreibungen durch Atemwegsinfektionen Ende 2021

BARMER Atemwegsinfekte haben in den letzten beiden Monaten des Jahres 2021 zu besonders vielen Krankschreibungen geführt. Das geht aus einer BARMER-Analyse der Kalenderwochen (KW) 45 bis 53 über mehrere Jahre hervor. In der Spitze waren demnach in KW 47 des vergangenen Jahres (20. bis 27. November) knapp 74.000 BARMER-Versicherte wegen typischer saisonaler Atemwegsinfekte arbeitsunfähig. Laut der Analyse, in der keine Corona-, Grippe- oder Pneumonie-Fälle enthalten sind, entspricht dies 195 je 10.000 Krankengeld-Anspruchsberechtigten. In KW 47 des Jahres 2020 gab es dagegen knapp 43.000 und im Vergleichszeitraum des Jahres 2019, also wenige Monate vor Pandemiebeginn, gut 65.000 Betroffene unter den Barmer-Versicherten. „Die Erkältungswelle war im vergangenen Winter vergleichsweise flach. Deshalb dürfte der Antikörperschutz bei vielen Menschen nun etwas geringer sein, wodurch Atemwegsinfekte leichter auftreten können“, sagt BARMER-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Christoph Straub. *pm*

→ barmer.de → bit.ly/3BjOQh3

Verstärkt Atemwegserkrankungen Ende 2021
wegen Atemwegsinfekten krankgeschriebene BARMER-Versicherte; Anzahl in 1.000; je Kalenderwoche (KW)



Quelle: BARMER



BARMER Die Digitalisierung in der Corona-Pandemie hat den Alltag vieler

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer grundlegend verändert. Wenn Unternehmen und Beschäftigte Spielregeln wie die Trennung von Beruf und Privatleben einhalten, haben flexibles Arbeiten und der digitale Wandel keine negativen Folgen. Vielmehr machen sie die Mitarbeitenden leistungsfähiger. Das geht aus der aktuellen repräsentativen Studie *social health@work* der BARMER und der Universität St. Gallen hervor. Demnach steigt der Stress bei Einführung digitaler Arbeitsmethoden in der Regel zu Beginn um sechs Prozent. Danach fällt er aber um über 14 Prozent ab. An der Studie nehmen etwa 8.000 Erwerbstätige über dreieinhalb Jahre teil. *pm*

→ barmer.de
→ bit.ly/3uv8THT

Deutlicher Rückgang des Krankenstandes

TK Der Krankenstand der bei der Techniker Krankenkasse (TK) versicherten Erwerbspersonen war 2021 mit 3,97 Prozent so niedrig wie seit acht Jahren nicht mehr. Das ist nochmal ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum ersten Coronajahr 2020 mit einem Krankenstand von 4,13 Prozent. Vor acht Jahren (2013) befand sich der Krankenstand mit 4,02 Prozent das letzte Mal auf so niedrigem Niveau. Damit war im Schnitt jede TK-versicherte Erwerbsperson im vergangenen Jahr 14,5 Tage krankgeschrieben. Im Jahr 2020 waren es noch 15,1 Tage (2019: 15,4 Tage; 2018: 15,5 Tage). Das zeigt eine aktuelle Vorabauswertung des TK-Gesundheitsreports 2022. *pm*

→ tk.de

Anträge auf Kinderkrankengeld gestiegen

TK Die Zahl der Anträge auf Kinderkrankengeld ist im Jahr 2021 massiv gestiegen, wie eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt; und zwar im Vergleich zu 2020 um 123 Prozent (von 352.962 in 2020 auf 786.434 in 2021). Ursache für den starken Anstieg sind nach Einschätzung von Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK, zwei Faktoren. Zum einen wurde aufgrund der Pandemie im vergangenen Jahr der Kinderkrankengeld-Anspruch auf 30 Tage pro Kind angehoben und das Corona-Kinderkrankengeld neu geschaffen. Der zweite Faktor für den Anstieg sei die außergewöhnlich hohe Anzahl von Anträgen im Sommer und Herbst. So habe die TK zwischen September und November 2021 mehr als doppelt so viele Anträge bekommen wie 2020. *pm*

→ tk.de

Krebsvorsorgeuntersuchungen nehmen wieder zu

DAK In der Pandemie nutzen die Deutschen wieder verstärkt Krebsvorsorgeuntersuchungen. Im ersten Halbjahr 2021 wurden rund 14 Prozent mehr Screenings als im Vergleichszeitraum des Vorjahres durchgeführt. Besonders stark war die Zunahme bei Mammographie-Untersuchungen (44 Prozent). Das ist das Ergebnis einer Sonderanalyse der DAK-Gesundheit für die ersten Halbjahre 2019, 2020 und 2021. Auch Hautkrebs-Screenings nahmen um 18 Prozent zu. Insgesamt lag die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen 2021 aber noch rund zwölf Prozent unterhalb des Vor-Corona-Niveaus von 2019. Laut Zahlen des Statistischen Bundesamts ist Krebs die Ursache für ein Viertel aller Todesfälle in Deutschland. So starben 2019 rund 231.000 Menschen an den Folgen einer Tumorerkrankung. Im Alter zwischen 45 und 65 Jahren ist Krebs die häufigste Todesursache in Deutschland. *pm*

→ dak.de → bit.ly/3oDDLcd



DAK Dem Digitalisierungsreport 2021 von DAK-Gesundheit und Ärzte Zeitung zufolge, für den 569 Ärzte und 16 Psychotherapeuten

befragt wurden, kennt der Großteil der Befragten die wichtigsten digitalen Gesundheitslösungen, hatte

sie zum Zeitpunkt der Befragung aber noch nicht eingesetzt. Etwa zwei Drittel fühlt sich nicht ausreichend auf die Nutzung digitaler Gesundheitslösungen vorbereitet. Besondere Skepsis ermittelte die Studie in Bezug auf die Telematikinfrastruktur (TI). *pm*

→ dak.de → bit.ly/34waYZj



Die Techniker Krankenkasse (TK) stellt ihren Versicherten mit Brustkrebs ein Jahr lang kostenfrei zwei

innovative Online-Angebote zur Verfügung: die App „PINK! Coach“, die betroffenen Frauen hilft, die Zeit der Therapie und die Nachsorge besser zu bewältigen, sowie den interaktiven psychoonkologischen Kurs „PINK! Leben“. Dieser Online-Kurs hat das Ziel, mögliche psychische Belastungen der Patientinnen zu reduzieren und ihr Wohlbefinden zu fördern. Jährlich erhalten 70.000 Frauen in Deutschland eine Brustkrebs-Diagnose. Die Tumorerkrankung kann in vielen Fällen gut behandelt werden. Rund 80 Prozent der Erkrankten werden vollständig gesund. *pm*

→ tk.de → bit.ly/3GHd45l



Häufige Schlafstörungen bei Heranwachsenden

BARMER Rund 80.000 der Zehn- bis 19-Jährigen in Deutschland leiden unter Schlafstörungen. Gerade in dieser Altersgruppe kann schlechter Schlaf schwerwiegende Folgen haben, etwa eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Entwicklung. Dadurch kann sich das Risiko für psychische Störungen und schlechtere Schulleistungen erhöhen. „Schlafprobleme bei Kindern und Jugendlichen äußern sich insbesondere durch Einschlaf- und Durchschlafprobleme. Häufig muss von vielen verschiedenen Faktoren ausgegangen werden, die sich gegenseitig verstärken“, erklärt Dr. Ursula Marschall, Leitende Medizinerin bei der BARMER. Schlafprobleme könnten auch körperlich und entwicklungsbedingt sein. Darüber hinaus spielten häufig schulische und psychosoziale Alltagsbelastungen eine Rolle wie Ängste, Überforderungen und Stress. In der Regel träten sie nur vorübergehend auf, bei anhaltenden Schlafstörungen solle jedoch medizinische Hilfe in Anspruch genommen werden. *pm*

→ barmer.de → bit.ly/3gvkfn3



Mehr Fehlzeiten wegen Depressionen

DAK Im zweiten Pandemie-Jahr sind die Fehlzeiten der Beschäftigten in Deutschland leicht gesunken. Das zeigt eine Fehlzeitenanalyse für rund 2,4 Millionen erwerbstätige Versicherte der DAK-Gesundheit. 2021 lag der Krankenstand mit 4,0 Prozent um 0,1 Punkte unter dem Vorjahresniveau. Im Durchschnitt fehlte im Jahr 2021 jede und jeder DAK-versicherte Beschäftigte im Durchschnitt an 14,5 Tagen mit einer Krankschreibung im Job. Die überwiegende Mehrheit (57,3 Prozent) kam ohne eine einzige Krankschreibung durch das zweite Corona-Jahr. Bestätigte Corona-Infektionen spielten 2021 mit rund 19 Fehltagen je 100 Versicherte nur eine geringe Rolle. Atemwegserkrankungen gingen der Analyse zufolge stark zurück. Husten und andere Erkältungskrankheiten verursachten ein Drittel weniger Arbeitsausfall als noch 2019. Vor der Pandemie kamen auf 100 DAK-versicherte Beschäftigte rund 221 Fehltag wegen einer Erkrankung der Atemwege, 2021 nur noch 146 Tage. Gleichzeitig stiegen Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen weiter an, sie erreichten mit 276 Fehltagen je 100 Versicherte einen neuen Höchststand. Allein Depressionen verursachten davon 108 Tage. Die meisten Fehltag insgesamt gab es wegen Rückenschmerzen oder anderer Muskel-Skelett-Probleme. Mehr als ein Fünftel des Arbeitsausfalls ließ sich damit begründen. *pm*

→ [dak.de](https://www.dak.de)

Mondpreise bei Orphan Drugs



Text von **Florian Kastl**

Forschung kann Leben retten. Vor allem Medikamente gegen seltene Krankheiten, sogenannte Orphan Drugs, sind ein Segen für die Betroffenen und oft deren einzige Hoffnung.

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 strebt an, Preise für neue Arzneimittel an deren Nutzen zu orientieren. Der **AMNOG-Report 2022** der DAK-Gesundheit zeigt jedoch, dass diese Grundidee zunehmend aus dem Fokus gerät. Die Folge ist eine Preisexplosion. Daher muss das AMNOG-Verfahren dringend auf den Prüfstand.

Das AMNOG sieht vor, dass auf Grundlage möglichst umfassender empirischer Daten zur Wirksamkeit ein Preis vereinbart wird, der für Pharma-Unternehmen einerseits und die Solidargemeinschaft andererseits akzeptabel ist. Orphan Drugs wurden jedoch aus der frühen Nutzenbewertung ausgenommen, sodass diese bereits durch ihre Zulassung einen Zusatznutzen bescheinigt bekommen.

Dass die Daten nicht ausreichen, verdeutlicht der AMNOG-Report 2022. Er zeigt, dass bei Orphan Drugs nicht nur bei Markteintritt in der Regel zu wenige und qualitativ unzureichende Daten über den tatsächlichen Nutzen zur Verfügung stehen. Für knapp die Hälfte aller Orphan Drugs, nämlich 46 Prozent, konnte seit 2011 zudem nicht einmal ein Zusatznutzen

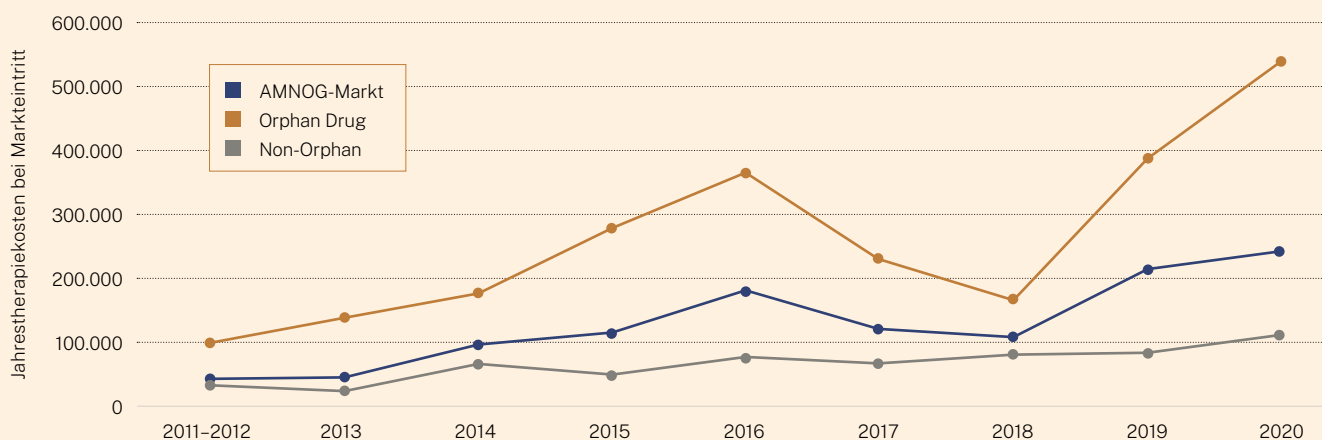
für Orphan Drugs spätestens ab Markteintritt verpflichtend valide Daten zum Zusatznutzen erhoben werden. Bis die Datengrundlage für eine Evaluation des Zusatznutzens ausreichend ist, könnte zukünftig ein Interimspreis zwischen Herstellern und der Solidargemeinschaft gelten. Dieser muss an klar definierte Kriterien geknüpft sein und gilt so lange, bis ausreichend Daten für eine Nutzenbewertung vorliegen. Ein auf Basis dieser Daten vereinbarter Preis löst dann den Interimspreis ab. Um den Anreiz für eine rasche Datengenerierung durch die Pharmaunternehmen zu setzen, sollte es eine Beschränkung einer nachträglichen Rückzahlung geben: Diese wäre dann nur für einen fest definierten Zeitraum möglich. So würde ein fairer



Florian Kastl ist
Pressereferent bei der
DAK-Gesundheit

Kosten im Vergleich

Entwicklung der durchschnittlichen
Jahrestherapiekosten bei Neuzulassungen



Quelle: DAK-Gesundheit/Vandage

festgestellt werden, sobald sie einer regulären Nutzenbewertung unterzogen wurden. Dies ist über den gesamten Zeitraum seit Bestehen des AMNOG zu beobachten und setzt sich weiter fort. Gleichzeitig steigen nicht nur die Jahrestherapiekosten gerade für diese Arzneimittel immer weiter an, auch ihr Anteil am Gesamtmarkt wird immer größer. Insgesamt waren 28 Prozent aller seit 2011 neu zugelassenen Arzneimittel Orphan Drugs, mit weiter steigender Tendenz. Davon entfiel mit 41 Prozent fast die Hälfte auf den Bereich der Onkologie.

Diese Preisentwicklung belastet das Solidarsystem zunehmend. Deshalb fordert DAK-Chef Andreas Storm, dass auch

Risikoaussgleich zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen bzw. privaten Versicherungen geschaffen.

Bereits im AMNOG-Report 2020 forderte der jetzige Gesundheitsminister Karl Lauterbach eine solche Interimspreis-Lösung und auch der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung sieht eine Reform des AMNOG vor. Die Politik steht also in der Pflicht, hier nachzusteuern. Nur so kann auch in Zukunft die Versorgung mit neuen Therapien und Arzneimitteln für alle gewährleistet werden, die diese dringend benötigen. ■

→ bit.ly/3o6yRxg

→ Mehr dazu auf Seite 26

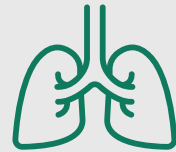


Der vdek sucht Ideen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

„Gesundheitskompetenz stärken“ ist das Thema des Zukunftspreises 2022 des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Gesucht werden Ideen und Projekte, die die Menschen dabei unterstützen, (digitale) Gesundheitsangebote zu verstehen, Präventionsmaßnahmen zu nutzen oder Therapien einzuhalten. Das können Beratungsangebote oder Projekte aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Prävention und Pflege sein – wichtig ist, dass sie die Gesundheitskompetenz der Versicherten stärken und dazu beitragen, die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Die besten Ideen werden mit einem Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro prämiert. Über die Preisvergabe entscheidet eine Expertenjury aus dem Gesundheitswesen.

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

Weitere Informationen, Teilnahmebedingungen und das Bewerbungsformular für den vdek-Zukunftspreis 2022:
→ vdek.com/zukunftspreis-2022



Im Jahr 2020 waren die vielfach durch Rauchen hervorgerufenen Krebserkrankungen der Atemwege die häufigste Krebsart mit Todesfolge: Mehr als 46.000 Menschen verstarben daran. Demnach ist Rauchen der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung von Krebs. Darauf weisen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert, hin. Auch Alkohol kann Krebs auslösen. Mehr als 20.000 Krebserkrankungen jährlich sind in Deutschland auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen. Besonders gefährdet, an Krebs zu erkranken, sind Raucher, die gleichzeitig riskant Alkohol trinken. Die Kombination von Alkoholkonsum und Rauchen verursacht insbesondere Krebserkrankungen der oberen Atemwege und des oberen Verdauungstraktes wie Mundhöhlen-, Rachen-, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs. Die BZgA bietet für den ersten Schritt in ein rauchfreies Leben unter anderem ein Online-Ausstiegsprogramm an. *pm*
→ bit.ly/3uGRsUG

 @vdek_Presse #Ersatzkassen bieten Versicherten mit fortgeschrittenem #Lungenkrebs personalisierte Therapie an 19 universitären Zentren – #regionalstark. 50% der Patienten gewinnen durch die innovative Behandlungsform mehr Lebenszeit + Lebensqualität

 @vdek-Presse #UlrikeElsner stellt auf #vdekPK #Forsa-Umfrage zur ambulant-ärztlichen Versorgung und Maßnahmenpaket für zukunftssichere ambulante Versorgung vor: 1. Aufbau regionaler Gesundheitszentren, 2. Delegation ärztlicher Aufgaben, 3. #Digitalisierung



Achtsam durch den Alltag

PODCAST „Achtsamkeit“ hat Konjunktur. Dabei wird nicht immer klar, was dieses Konzept eigentlich umfasst. Die Psychologin Main Huong Nguyen und die Journalistin Diane Hielscher nähern sich dem schillernden, aus dem Buddhismus zum Modewort geronnenen Begriff jeden Donnerstag aufs Neue. Ihr Podcast „Achtsam“ (Deutschlandfunk Nova) verspricht „konkrete Tipps für einen bewussteren Alltag“ – und löst dies wohlrecherchiert, im lockeren Plauderton und angereichert um viele Alltagsbeispiele ein. Erwartbare Schlaglichter auf Yoga oder Meditation fallen zwar, spannend wird der Podcast jedoch vor allem durch kreative Zuschnitte wie „achtsames Shopping“ oder durch Anregungen dazu, wie Selbstkontrolle und Sinnerfüllung uns davor bewahren können, in der Corona-Zeit die Nerven zu verlieren. Eine praktische Achtsamkeitsübung rundet jede Folge ab. *mwa*
→ bit.ly/3AVVYQu



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Public Affairs im Gesundheitswesen

Öffentlichkeitsarbeit und Marketing gewinnen in Gesundheitseinrichtungen im Zuge des wachsenden Wettbewerbs immer mehr an Bedeutung. Das Praxishandbuch erläutert, wie Kommunikationsverantwortliche Public Affairs konzeptionieren, implementieren und evaluieren können. Spezifische Fallbeispiele und Checklisten ergänzen die theoretischen Grundlagen und ermöglichen individuelle Handlungskonzepte.

Dr. Mathias Brandstädter | **Unternehmenskommunikation für Gesundheitseinrichtungen** | 2021, 160 S., € 54, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Erläuterungen zum Infektionsschutzgesetz

Die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) werden auf aktuellstem Gesetzesstand wissenschaftlich präzise und praxisgerecht erläutert. Das Gesetz regelt unter anderem Meldepflichten und epidemiologische Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Eingearbeitet sind das Dritte und Vierte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

Dr. Andrea Kießling (Hg.) | **IfSG: Infektionsschutzgesetz** | 2. Auflage, 2021, XXIII, 748 S., € 119, Verlag C.H. Beck, München

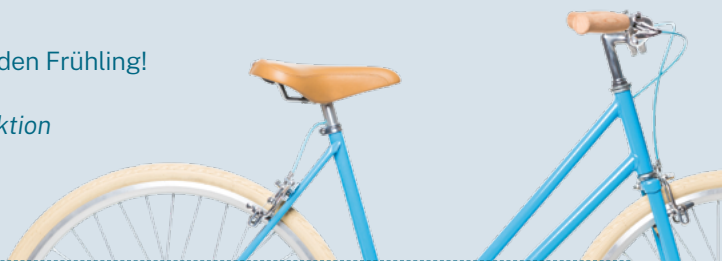


PS: Ein Königreich für mehr Muskelkraft

Die Prinzen haben ihre Liebe zum Fahrrad einmal in einem Song beschrieben: „Denn wir fliegen wie auf Wolken, weil wir uns so gut verstehen.“ Generell erfreut sich das Radfahren großer Beliebtheit. Dies sollte sich auch in einer besseren Verkehrsinfrastruktur widerspiegeln. Gute Beispiele gibt es zu Genüge. Kopenhagen besticht mit großzügig angelegten Radwegen mit bis zu vier Metern Breite. Purer Radspaß lässt sich auf der „Radbahn Münsterland“ ausleben, die auf rund 50 Kilometern Länge die Städte Coesfeld und Rheine miteinander verbindet. Karlsruhe, vom ADFC-Fahrradklima-Test als fahrradfreundlichste Stadt gekürt, glänzt mit Fahrradstraßen, auf denen Radverkehr Vorrang hat. Übrigens zeigt eine Studie der Universität Köln, dass hierzulande Personen mit Hochschulabschluss das Rad in der Stadt fast 50 Prozent häufiger nutzen als solche mit niedrigerer Bildung, auch weil sie öfter in fahrradfreundlicheren Stadtvierteln und Städten wohnen. Wie viel mehr Menschen würden sich wohl auf das Rad schwingen, wenn sich Fahrradfreundlichkeit überall in den Städten deutlich verbessern würde?

Starten Sie gut in den Frühling!

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 Grootz, 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 Anne-Marie Pappas
(Titelseite, S. 4/5, 10, 34/35, 46)
annemariepappas.com

Druck & Versand
DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum
Februar 2022 | 102. 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. 6:** iStock/NoonVirachada | **S. 7:** ITSG; Pflegebevollmächtigte, Photothek; Thomas Ecke; Burkhard Blienert | **S. 8:** macrovector/Adobe Stock | **S. 11:** Markus Wächter | **S. 14:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 16:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 20:** privat | **S. 25:** AIM | **S. 26:** IQWiG | **S. 28:** vdek-Landesvertretung Sachsen | **S. 29:** Fachhochschule Kiel; Mehr Zeit für Kinder e. V./Juliane Uffelman | **S. 30:** cineberg/Adobe Stock; iStock/lechatnoir | **S. 31:** GKV-Bündnis für Gesundheit; Yokobchuk Olena/Adobe Stock | **S. 32:** www.bestechend.de | **S. 33:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 36:** privat; vdek/Sibylla Malinke | **S. 37:** iStock/Just_Super | **S. 39:** iStock/somchaisom | **S. 40:** iStock/somchaisom; Savany | **S. 41:** Bundesregierung/Bergmann; vdek/Georg J. Lopata | **S. 42:** iStock/South_agency | **S. 43:** thenounproject/Yannik Wölfel; thenounproject/Depb Dew | **S. 44:** thenounproject/André Luiz Gollo; thenounproject/Lorita Medina; iStock/Evgeniia Rusinova | **S. 45:** iStock/Mindful Media | **S. 47:** DAK-Gesundheit/Arne Weychardt | **S. 48:** vecteezy/nigar.novruzova | **S. 49:** Deutschlandradio/Christie Salz | **S. 50:** iStock/VladislavStarozhilov

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

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Der Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 280 Beschäftigten befindet sich in Berlin. In den Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit rund 380 Beschäftigten sowie mehr als 40 Beschäftigten in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com
[@vdek_Presse](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.com/vdek_NDS)

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/384 10-0
Fax: 02 11/384 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com
[@vdek_NRW](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.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](https://twitter.com/vdek_TH)



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

vdek online

vdek.com

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



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