

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

KLIMA GESUNDHEIT

■ **PLANETARY HEALTH**

Klimawandel macht krank.
Es geht um die Gesundheit der
Zivilisation und des Planeten

■ **BKK GREEN HEALTH**

BKK Initiative zu Klimawandel,
persönlicher und planetarer
Gesundheit



Editorial

Deutschland steht vor grundsätzlichen Entscheidungen in seiner Pandemiepolitik. Und zwar unabhängig davon, ob die Bundesregierung und die Ministerpräsidenten dies schon erkennen oder nicht. „Die nächsten Monate werden sein wie die nächsten Jahre“, lesen wir von Tomas Pueyo, Verhaltenspsychologe mit Stanford-Abschluss. Er hat das Motto „Flatten the curve“ erfunden. Er hat die Gefahr der Corona-Pandemie früh erkannt und mit seinem Aufsatz „The Hammer and the Dance“ zum Jahresbeginn 2020 weltweit Aufsehen erregt und danach Regierungen zu ihrem Corona Management mit diesem Modell beraten: dem Wechsel zwischen Lockdown und vorsichtiger Lockerung. Jetzt sieht Tomas Pueyo das Ende der Pandemie gekommen. Wir können unser Verhalten nun wieder ändern: „Coronavirus: Game over.“ Tomas Pueyo warnt vor Regierungen, die sich an ihre „Spielzeuge“ gewöhnt haben und einfach weiter Maßnahmen verhängen. Das Vereinigte Königreich, Irland, Spanien, Tschechien, Norwegen, Dänemark und Israel haben die harten Corona-Maßnahmen schon aufgegeben.

Was ist unser Weg aus der Krise? Die Ministerpräsidenten verharren, der Bundeskanzler schweigt, Karl Lauterbach drückt den Alarmknopf und stiftet mit Huresenstücken zum Genesenenstatus maximale Verwirrung. Kriegt die Ampelkoalition die Kurve? Weg vom Verbreiten von Angst, weg von Federstrichen des RKI ohne wissenschaftliche Begründung und ohne Übergangsfristen? Kommt das BMG in einen Arbeitsmodus, der die offenen Baustellen der Gesundheitspolitik auf die Agenda nimmt? Kommen wir aus dem Zustand des permanenten Notstands jetzt in ein staatliches Handeln, das gezielt die vulnerablen Gruppen schützt, das die überfälligen Probleme unserer Krankenhausstruktur löst, den Notfall Pflege angeht und entschlossen die Digitalisierung antreibt?

Der Expertenrat der Bundesregierung fordert zwei Jahre nach Beginn der Pandemie dringend Zugang zu wichtigen, aktuellen Versorgungsdaten. Die Gesundheitsämter haben jede Kontaktverfolgung aufgegeben. Das RKI kann die Zahl der Infizierten nur schätzen. Der Bundestag diskutiert über eine Impfpflicht ohne Aussicht auf ein Impfregister. Eine ePA in der Hand der Versicherten und Patienten könnte eine effiziente Bekämpfung der Pandemie anschieben. Doch Datenschützer nehmen die ePA weiter unter Feuer. Die gematik versteht sich als Agentur für digitale Medizin, will selber Apps entwickeln und hofft auf das Wohlwollen der Selbstverwaltung. Die Krankenhäuser sperren sich gegen jede Debatte um die Anzahl der Kliniken. Derweil lassen wir viel Wissen zu Patient Reported Outcomes und beste Evidenz zu Strukturen und Prozessen in der Schublade liegen. Wir versammeln in einzelnen Bundesländern mehr MRT-Geräte oder Intensivbetten als ganze europäische Staaten, aber das Risiko an Herzinfarkt, Krebs oder einem Krankenhauskeim zu versterben, ist höher als bei unseren europäischen Nachbarn. Jens Spahn hat in der Pandemie völlig überholte Strukturen in Geld gebadet, weshalb gerade Kliniken, Ärzte und Pflegefachkräfte an der Covid-Front leer ausgegangen sind. Kurswechsel im Gesundheitswesen werden unnötig verkompliziert. In den Silos der Versorgung geht es um immens viel Geld aus der scheinbar unerschöpflichen Quelle der Gesetzlich Versicherten. Unbegrenzte Ressourcen sind pure Illusion. Rettungsschirme aus Steuergeld auch für Krankenkassen zeigen das glasklar. Tun wir gemeinsam das Richtige, um das Vertrauen in Kompetenz und Handlungsfähigkeit von Gesundheitspolitik nicht weiter im Panikorchester zu verspielen. Trauen wir uns, die Zeichen der Zeit zu lesen!

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

KLIMAWANDEL MACHT KRANK

Es geht bei Klimaschutz nicht nur um Meeresspiegel und Eisbären, sondern um gesunde Menschen auf einer gesunden Erde. Analysen der Betriebskrankenkassen zeigen, dass Hitzewellen und warme Winter schon jetzt gesundheitliche Folgen haben: Pollenallergien beginnen früher im Jahr und dauern länger, in heißen Sommerwochen nehmen Krankenhauseinweisungen wegen Dehydrierungen bei gefährdeten Personen zu. Wir brauchen Investitionen in Gebäude: Krankenhäuser, Altenheime, Kitas aber auch Büros und Werkshallen müssen vorbereitet werden. Der Leitartikel zeigt: Gemeinsames Handeln einer noch sorglosen Gesellschaft ist erforderlich. **Seite 6**



6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Gemeinsam für Klima und Gesundheit:
Klimawandel macht krank

14 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Die CSR-Initiative der BKK:
BKK Green Health

20 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Mehr Qualität in der Versorgung:
Value Based Health Care

28 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Baustelle Digitalisierung: Über
Grenzen hinausdenken und handeln

34 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Bayreuther Gesundheitsdialog:
Bessere Daten – Bessere Versorgung

44 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Pflegerberufe sind strukturell im
Gesundheitssystem nicht verortet



GESUNDHEIT UND POLITIK
DIE CSR-INITIATIVE:
BKK GREEN HEALTH

Infektionskrankheiten, Allergien, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Hautkrebs, Depressionen – diese Krankheiten werden im Klimawandel zunehmen. Eine Initiative der Betriebskrankenkassen will Versicherte ermutigen, Teil einer Bewegung für planetare Gesundheit zu werden. **Seite 14**



GESUNDHEIT UND POLITIK
ÜBER GRENZEN HINAUSDENKEN
UND HANDELN

Digitalisierung wird erlebbar: elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Patientenakte sind gestartet, Gesundheits-Apps werden Teil von Therapien. Aber nutzerzentrierte Lösungen brauchen neues Denken und Handeln, das die Grenzen der Silos überwindet. **Seite 28**



LEUCHTTÜRME
BKK GESUNDHEITSREPORT 2021
KRISE – WANDEL – AUFBRUCH

Der BKK Gesundheitsreport 2021 zeigt zum Beginn des dritten Pandemiejahres erste Muster der Folgen für Arbeitsleben, Konzepte der Führung und gesundheitliche Lage der Beschäftigten. Wie sieht die Zukunft der Arbeit aus? **Seite 54**

50 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Schlechte G-BA Noten für Zolgensma:
Die Millionen Euro Infusion

54 **LEUCHTTÜRME**
BKK Gesundheitsreport 2021:
Krise – Wandel – Aufbruch

64 **REGAL ODER TONNE**
Neues Standardwerk: Prävention
und Gesundheitsförderung

66 **RAUS**
Impressum



GEMEINSAM HANDELN FÜR KLIMA UND GESUNDHEIT

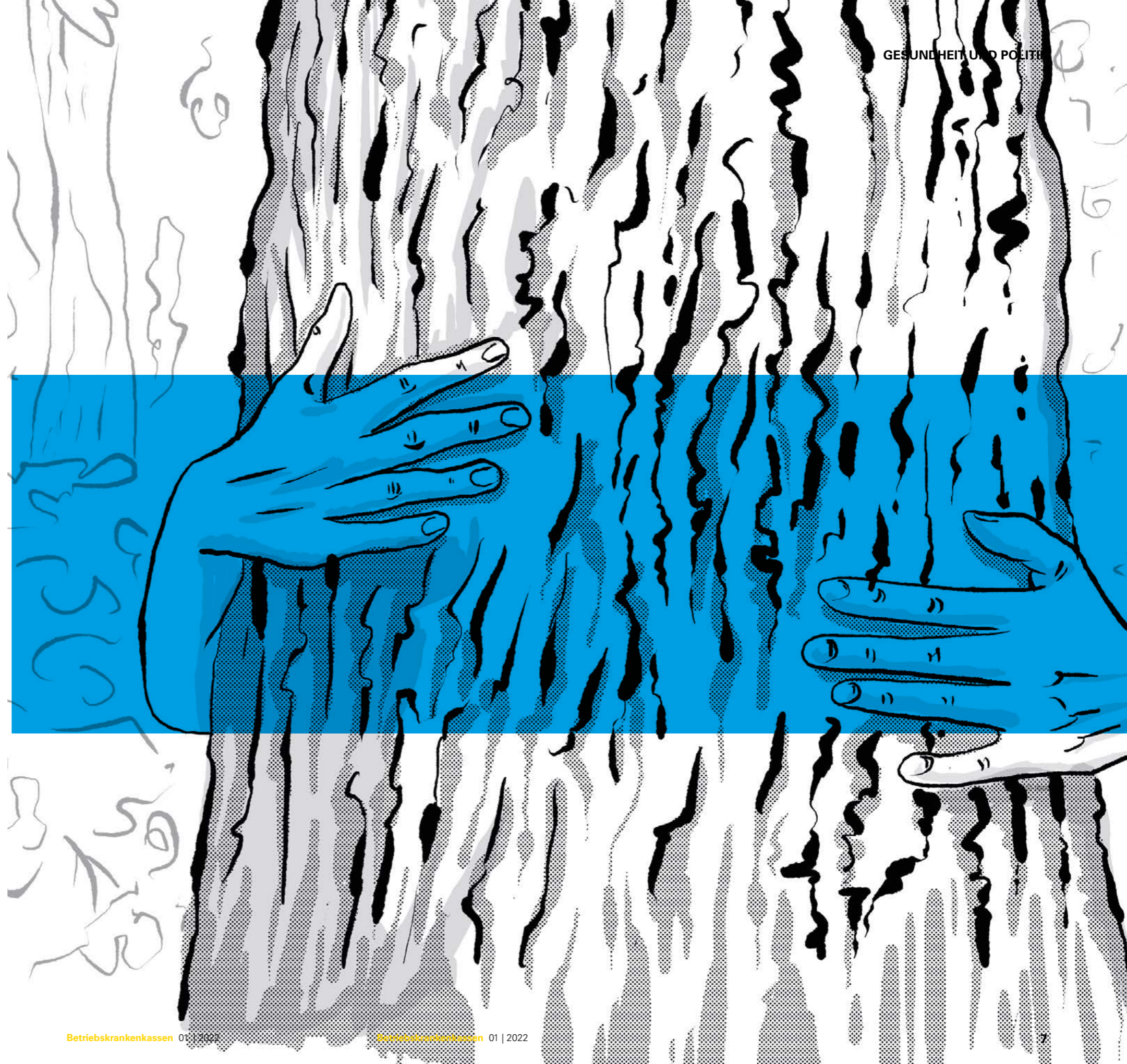
KLIMAWANDEL MACHT KRANK

Von Dr. Dirk Janssen, Vorstand und Karin Hendrysiak,
Pressesprecherin BKK Landesverband NORDWEST

Unser Klima verändert sich. Die Gefahren, die der Klimawandel mit sich bringt, lassen sich nicht mehr leugnen. Wohl keiner kann mehr sagen: Klimawandel – betrifft mich nicht. Zumal noch etwas anderes feststeht: Der Klimawandel beeinflusst die Gesundheit.

Unter dem Motto "Klimaschutz ist Gesundheitsschutz" hat der BKK Landesverband NORDWEST erstmalig in einer Auswertung die Zusammenhänge und die Entwicklung klimasensibler Erkrankungen von mehr als 10 Mio. BKK Versicherten (entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 13,4 % im Jahr 2019) untersucht.

Die Analysen des BKK Landesverbandes NORDWEST zeigen, dass klimasensible Erkrankungen in den letzten zehn Jahren in Deutschland teilweise drastisch angestiegen sind.





Dr. Dirk Janssen, Vorstand des BKK Landesverbandes NORDWEST und Dr. Eckart von Hirschhausen, Schirmherr der 13. Hamburger Klimawoche

Sogenannte „Hitzeschäden“ von Unwohlsein über Hitzekrämpfe bis zum Kollaps und Hitzschlag sind am deutlichsten dem Temperaturanstieg zuzuordnen: Im Rekordhitzejahr 2018 sowie in den ebenfalls sehr heißen Sommern 2013, 2015 und 2019 stiegen diese Symptome stark an. Von April bis September 2019 kamen allein in NRW 91 Fälle auf 100.000 Versicherte – dreimal so viele wie 2011.

Im Rekordhitzejahr 2018 wurden bundesweit rund 20.000 Todesfälle direkt auf Hitze zurückgeführt. Krankenhauseinweisungen gab es vor allem bei Säuglingen, Kleinkindern sowie Menschen ab 75 Jahren.

Hitze führt aber auch bei den Berufstätigen zu Erkrankungen und damit zu Arbeitsunfähigkeit. Besonders betroffene Berufsgruppen sind Menschen, die im Freien arbeiten, wie z.B. Spargelstecher. Aber auch Verkäufers- und Pflegekräfte sind überdurchschnittlich oft betroffen.

Dr. Dirk Janssen, Vorstand des BKK Landesverbandes NORDWEST führt das für die letztere Personengruppe auch auf den Zustand der Gebäude zurück. „Für Hitzewellen sind Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser oft nicht gut gewappnet. Selbst in Neubauten fehlt oft der Schutz vor Hitze, z. B. durch hitzeabweisende Fenster oder Klimaanlage“, so Dirk Janssen.

Auch Kitas und Schulen brauchen, so Janssen weiter, Investitionen in die Gebäude. Der Bund hat dafür einen 150 Millionen Euro-Fonds aufgelegt, doch das ist, so Janssen, „nur ein Tropfen auf den heißen Stein“

DEHYDRIERUNG

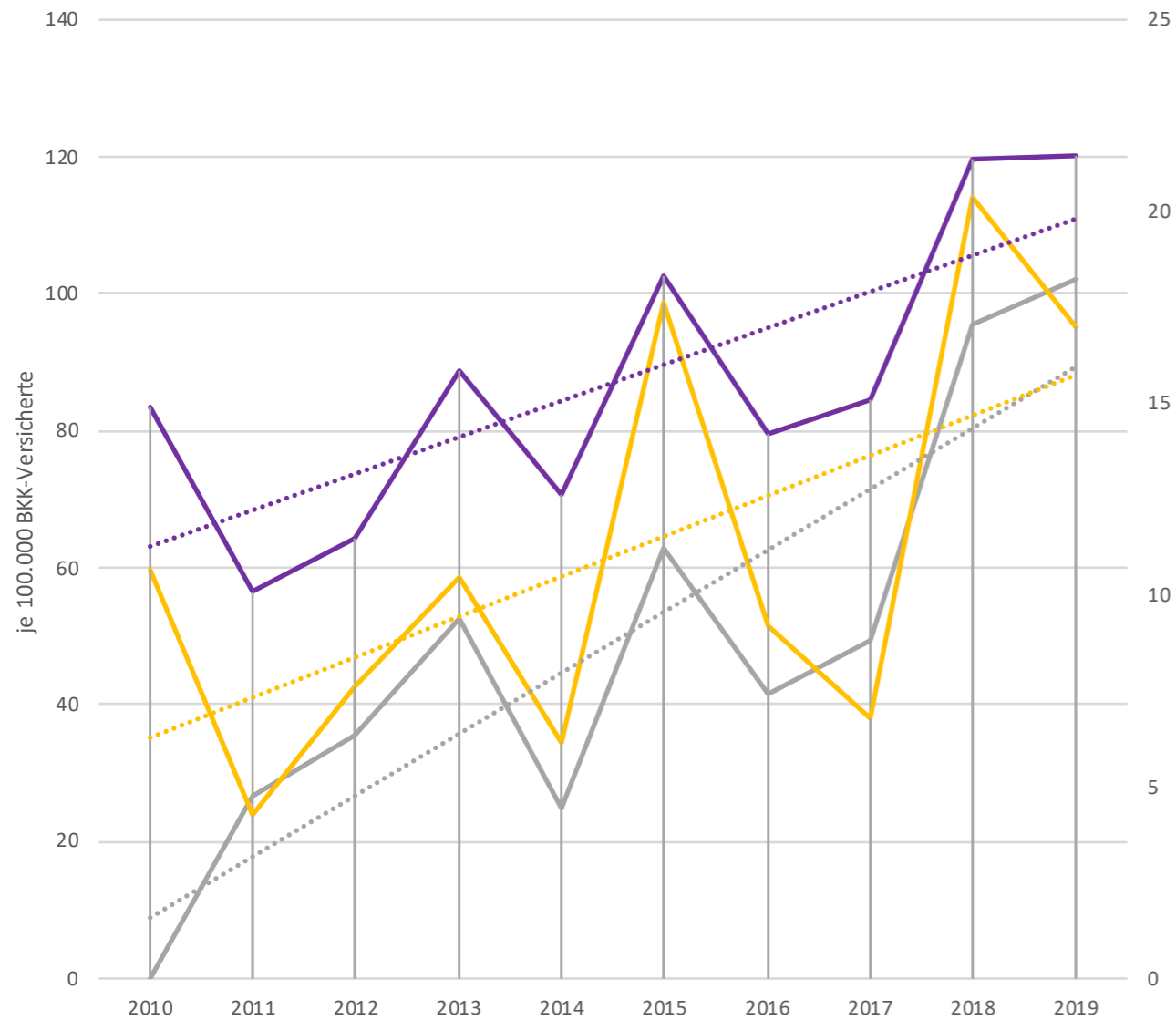
Ab Temperaturen über 30 Grad Celsius verliert der Körper überdurchschnittlich viel Flüssigkeit. Wird dieser Verlust nicht ausgeglichen, steigt das Risiko für Thrombosen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenversagen. So stiegen die Krankenhauseinweisungen in den letzten 10 Jahren – allein bedingt durch Flüssigkeitsmangel – in den Monaten April bis September kontinuierlich an, um knapp 32 % auf 782 Fälle je 100.000 BKK Versicherte. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ergeben sich 633.000 jährliche Krankenhauseinweisungen. Besonders betroffene Altersgruppen sind in diesem Fall Säuglinge und Kleinkinder sowie Menschen ab 75 Jahren.

HEUSCHNUPFEN

Auch die Zahl der Heuschnupfen-Patienten stieg in den letzten 10 Jahren an. Allein in NRW um 36%. Gründe liegen u. a. in der Ausweitung der Pollensaison. Es fliegen mehr Pollen und sie fliegen länger. In Ballungsgebieten mit einer hohen Belastung an Luftschadstoffen verstärken diese Substanzen offenbar die allergene Wirkung der Pollen. So binden Feinstaubpartikel, die mit Pollen interagieren, Substanzen an sich, die Allergien auslösen können (allergene Schwebeteilchen). Diese gesellen sich in der Atmosphäre zu den Pollen und bewirken dann zusätzlich zu den ohnehin vorkommenden Pollen allergische Reaktionen. Es gibt neue Quellen für Pollen. Im Zuge des Klimawandels fühlen sich in Deutschland zunehmend allergene Pflanzen wohl, die ursprünglich in wärmeren Regionen der Erde beheimatet sind und mit dem globalen Handels- und Reiseverkehr auch nach Europa gekommen sind. Dazu zählen u.a. Ambrosia artemisiifolia, das Beifußblättrige Traubenkraut, dessen Samen vermutlich im Vogelfutter nach Europa gelangten. Die hoch allergenen Pollen lösen ab August/September den sogenannten Spätsommerheuschnupfen aus.

HITZESCHÄDEN

April bis September, Bundesgebiet



- Hitzeschäden - AU-Tage (je 100.000 Vers)
- Hitzeschäden (amb) - Anzahl Fälle (je 100.000 Vers)
- Anzahl Hitzetage - Jahresmittelwert
- Linear (Hitzeschäden - AU-Tage (je 100.000 Vers))
- Linear (Hitzeschäden (amb) - Anzahl Fälle (je 100.000 Vers))
- Linear (Anzahl Hitzetage - Jahresmittelwert)

LYME-BORRELIOSE

Mit dem Temperaturanstieg geht auch die Zunahme an Borreliose Erkrankungen einher. Vor allem die milden Winter ließen die Zecken sich besser und immer nördlicher ausbreiten. Besonders in früher weniger betroffenen Bundesländern macht sich das bemerkbar. In NRW stieg die Zahl der Infektionen im vergangenen Jahrzehnt um 50 %, in Thüringen sogar um 53 %. Geringe Werte verzeichneten die Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Weiter steigende Temperaturen können den Zecken neue Lebensräume eröffnen und milde Winter ihre Vermehrung begünstigen. Sind die Winter mild, überlebt eine größere Anzahl von Kleinsäugetern wie Mäuse oder Vögel, die Wirts- oder Reserviertiere der Erreger. Die Folgen: mehr Überträger (Zecken), mehr Erreger (Viren, Bakterien), ein größeres Verbreitungsgebiet und ein längerer Übertragungszeitraum für Lyme-Borreliose.

HAUTKREBS

Die Ursachen einer bösartigen Hautveränderung liegen meist viele Jahre zurück, sie lassen sich nicht direkt einer Hitzewelle zuordnen. Jedoch bleibt die steigende UV-Belastung gerade bei hohen Temperaturen nicht ohne Folgen. Es gibt immer mehr Sonnentage und die Menschen verbringen mehr Zeit leicht bekleidet im Freien. Sonnenbrände erhöhen das Risiko, an einem schwarzen oder weißen Hautkrebs zu erkranken. Schwere kindliche Sonnenbrände steigern es sogar um das zwei- bis dreifache. So verzeichnete der BKK Landesverband im Beobachtungszeitraum einen kontinuierlichen Anstieg in der ambulanten Behandlung um 78 % und einen ebenfalls deutlichen Anstieg der Krankenhauseinweisungen aufgrund bösartiger Neubildungen der Haut.



FAZIT

Um die weitere Ausbreitung klimasensibler Krankheiten zu verhindern, fordert der BKK Landesverband NORDWEST gemeinsam mit Medizinern und Klimaforschern mehr Investitionen in die Klimafolgenanpassung – vor allem durch besseren Hitzeschutz der Kitas, Schulen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Der erst mit der Flutkatastrophe im Mai 2021 populär gewordene Begriff der Klimaanpassung sei, so Janssen, „das Gebot der Stunde“. Neben dem Kampf gegen die Erderwärmung muss viel mehr Geld in die bereits akuten Folgen investiert werden, um die Menschen zu schützen. Klimaforscher haben darüber hinaus auch die Stadtplanungen im Blick; insbesondere in Ballungsräumen wie dem Ruhrgebiet mit wenig Grün und viel Asphalt. Sie haben sich als „Hitzefallen“ erwiesen: Es fehlen dringend Grünanlagen, Windschneisen und Gründächer.

Darüber hinaus müssen flexible Arbeits- und Arbeitszeitmodelle entwickelt werden, um Hitzestress zu reduzieren.

Prävention muss aber auch bei klimasensiblen Krankheiten deutlich verstärkt werden. Da ältere Menschen oft nicht ans „Trinken“ denken, muss die Kontrolle der Getränkeaufnahme in Pflegeheimen ein standardisierter Prozess werden. Bei alleinstehenden Personen können digitale Hilfsmittel mit Erinnerungsfunktion helfen.

Darüber hinaus sollte man sich allgemein besser vor Zecken und UV-Strahlen schützen. Apps zur Warnung vor regionalen Wetterextremen und Pollenflug können Betroffenen ebenfalls helfen.

Die Prognosen sagen für Deutschland mittelfristig neun zusätzliche Hitzetage pro Jahr voraus, wenn weiter hin zu viel Treibhausgas in die Atmosphäre gelangt. Das klingt wenig, ist aber bei durchschnittlich 4,4 Hitzetagen im gesamten Jahr 2000 enorm viel. Den bisherigen Rekord mit 20 Hitzetagen gab es 2018.

Unter dem Motto „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ beteiligte sich der BKK Landesverband NORDWEST mit zehn Betriebskrankenkassen als „BKK Interessengemeinschaft“ auf der Green World Tour 2021 im Rahmen der 13. Hamburger Klimawoche im September 2021. Die Besucherinnen und Besucher profitierten von einem vielfältigen

Informations- und Mitmachangebot sowie Vorträgen von Ökotröphologen zu den Themen Ernährung, Klimaschutz und Nachhaltigkeit.

Die Hamburger Klimawoche ist die größte Klimaveranstaltung in Europa! Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur zeichnete die Hamburger Klimawoche für ihr Engagement unter anderem als UNESCO-Dekaden-Projekt für nachhaltige Bildung aus.

Auch der Herbstempfang des BKK Landesverbandes NORDWEST auf dem historischen Frachtschiff Cap San Diego im Hamburger Hafen stand ganz im Zeichen des Klimaschutzes. Dr. Eckart von Hirschhausen, Schirmherr der 13. Hamburger Klimawoche und Gründer der Stiftung Gesunde Erde – Gesunde Menschen führte gemeinsam mit Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann (Direktorin der Hochschulambulanz und Lehrstuhl für Umweltmedizin am Universitätsklinikum Augsburg, Universität Augsburg), durch das Abendprogramm. Hirschhausen: „Wir haben lange die Klimathemen viel zu abstrakt verhandelt, so als wäre es eine Frage von Atmosphärenchemie, Eisbären und Meeresspiegel. Gesunde Menschen gibt es aber nur auf einer gesunden Erde.“

Auf der „Klima-Sprechstunde“ kamen auch geladene Gäste zu Wort. So zum Beispiel Betroffene wie Sylvia Ihns, Altenpflegerin in Hamburg, Laura Schwierien, Medizinstudentin und aktiv bei „Health for Future Hamburg“ und Maik Braudorn, Rettungssanitäter, Feuerwehr Hamburg.

Kurz und knapp stellten Dr. Dirk Janssen (Vorstand des BKK Landesverbandes NORDWEST) und Gaby Erdmann (stellv. Vorsitzende des BKK Landesverbandes NORDWEST) in einem Quiz mit Fragen an die geladenen Gäste die BKK Auswertung vor.

KLIMASCHUTZ IST GESUNDHEITSSCHUTZ

Der Weltklimarat (IPCC) hat in seinem 6. Sachstandsbericht, der im August 2021 vorgestellt wurde, das Ausmaß und die Folgen des Klimawandels zusammengefasst und wichtige Informationen hinsichtlich der damit verbundenen Risiken für Mensch und Natur formuliert. Zahlreiche weitere verlässliche Institutionen kommen zum gleichen Ergebnis: Der Klimawandel macht krank – nur durch Klimaschutzmaßnahmen können wir dem Klimawandel entgegentreten. Gemeinsam handeln für Klima und Gesundheit. ■

DIE CSR-INITIATIVE DER BETRIEBSKRANKENKASSEN

BKK GREEN HEALTH

Von Anna Philippi, Verbands- und Gremienarbeit und
Martin König, Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation

Mit steigenden Treibhausgasemissionen in der Atmosphäre erwärmt sich unser Klima – das ist bekannt und wird zu einer immer größeren Bedrohung für unsere Erde, wie zuletzt der jüngste Bericht des Weltklimarats gezeigt hat. Doch neben vielfältigen Effekten auf die Umwelt werden sich die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit in Zukunft verstärken. Es sind nicht nur direkte Auswirkungen wie Hitzewellen oder Hochwasserkatastrophen, die die Gesundheit der Menschen bedrohen. Prognosen sagen auch hohe gesundheitliche Risiken voraus, die indirekt mit dem Klimawandel zusammenhängen: Infektionskrankheiten, Allergien, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Hautkrebs, Depressionen – diese Krankheiten werden in Zukunft auch in Deutschland zunehmen.



© John S Lander/LightRocket/Getty Images

Klar ist: Eine gesunde Umwelt und die Gesundheit der Menschen sind eng miteinander verbunden. Das öffentliche Gesundheitswesen darf sich deshalb nicht nur auf die Gesundheit des Menschen fokussieren, sondern muss die ihn umgebenden Ökosysteme ebenfalls beachten. Der Gesundheitssektor hat einen großen ökologischen Fußabdruck (5,2 Prozent an CO₂-Emissionen, den Exportanteil nicht eingerechnet). Dieses Bewusstsein muss politische Entscheidungen auf jeder Ebene prägen. Auf internationaler und nationaler Ebene und auch im kleineren Rahmen muss sich jeder einzelne Player – von der Kommune, zum Krankenhaus, über den niedergelassenen Arzt, zum Pharmahersteller und selbstverständlich auch bis zur Krankenkasse – mit dem Thema Nachhaltigkeit auseinandersetzen.

Was bedeutet das für eine Krankenkasse? Sie sollte sich für die zu erwartenden Klimaänderungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit rüsten. Gleichzeitig kann sie zum Beispiel die Verknüpfung von persönlicher und planetarer Gesundheit mit Blick auf das Thema Lebensstil mitdenken. Ihre Entscheidungen müssen der Gesundheit des Versichertenkollektivs dienen und gleichzeitig Umweltschäden verringern. So kann eine Änderung des Lebensstils, wie etwa die Umstellung auf fleischarme, überwiegend regionale Ernährung oder mehr (nicht-motorisierte) Bewegung einen großen Beitrag zum Klimaschutz leisten und gleichzeitig das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Übergewicht, Diabetes, Rheuma und Krebs verringern.

Die Gesetzliche Krankenversicherung muss aber auch selbst dazu beitragen, das Risiko für eine schädliche Entwicklung zu mildern. Auch auf dieser Ebene muss sie sich ihrer Verantwortung stellen. Der Gesundheitssektor hat nämlich selbst einen großen ökologischen Fußabdruck.

Die Bundesregierung hat im vergangenen Sommer beschlossen, das „Maßnahmenprogramm Nachhaltigkeit“ weiterzuentwickeln und Nachhaltigkeit „konkret im Verwaltungshandeln“ umzusetzen. Ziel ist es, die Bundesverwaltung bis 2030 klimaneutral zu organisieren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind als bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger mit Selbstverwaltung zwar derzeit noch nicht direkter Adressat dieses Beschlusses. Sie sollen sich aber an dem Maßnahmenprogramm orientieren.

Das BKK System arbeitet bereits seit einigen Jahren gemeinsam am Thema Nachhaltigkeit. Im Juni 2021 wurde von Betriebskrankenkassen, BKK Landesverbänden und BKK Dachverband die Initiative „BKK Green Health“ gegründet. Deren Ziel ist es, eine gemeinsame Haltung zum Thema ökologische und soziale Nachhaltigkeit zu entwickeln.

Gesetzliche Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Auf Grund der hervorgehobenen Stellung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ist es gesetzlichen Krankenkassen nahezu nicht möglich, neben dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch die Kriterien der Nachhaltigkeit sowie der Gemeinwohlorientierung zum Maßstab ihres Verwaltungshandelns zu machen. Oberstes Ziel muss daher die Verankerung von „Nachhaltigkeit“ und „Gemeinwohl“ im Sozialgesetzbuch als Richtgröße bei der Verwirklichung sozialer Rechte und für das zugrundeliegende Verwaltungshandeln der Krankenkassen sein.

Die Initiative sieht sich als Wegbereiterin in einem Prozess. Sie hat sich vorgenommen, bis 2030 fünf Ziele zu erreichen:



HANDLUNGSFELDER

Um die gesetzten Ziele zu verwirklichen, arbeitet die Initiative in drei Handlungsfeldern.

BKK ALS UNTERNEHMEN / BKK SYSTEM

- Nachhaltige Beschaffung und Bündelung von Aufgaben
- Schaffung von nachhaltigen Standards im BKK System

LEISTUNGEN / VERSORGUNGEN FÜR VERSICHERTE

- Gesundheitssystem und Leistungserbringung zu Nachhaltigkeit verpflichten
- Verantwortung für Gesundheit im Lebenszyklus

POLITIK UND GESELLSCHAFT

- Nachhaltigkeits- und Gemeinwohlorientierung im SGB I aufnehmen

Im ersten Handlungsfeld geht es darum, die Maßnahmen der Bundesregierung in den Betriebskrankenkassen zu implementieren. Gleichzeitig soll im Sinne eines lernenden Systems ein kontinuierlicher Austausch der BKK in Form von Trainings und einem Wissenstransfer geschaffen werden. Eine CSR-Community liefert die Impulse für konkrete gemeinschaftliche Vorgehensweisen, Projekte und Initiativen.

Im zweiten Handlungsfeld starten bereits konkrete Projekte und Initiativen, die das Gesundheitswesen nachhaltiger gestalten. Dazu zählen insbesondere die ambulante und stationäre Versorgung sowie die Pflege. Dafür arbeiten die BKK eng mit den Akteuren des Gesundheitssystems, der Politik und Wissenschaft zusammen und beziehen kontinuierlich ihre Versicherten mit ein. Als unternehmensnahe Kassenart haben die BKK ein besonderes Augenmerk auf die Frage, wie sie einen Beitrag leisten können, die Arbeitswelt ihrer Versicherten sowie ihrer Träger- und Kundenunternehmen nachhaltiger zu gestalten. Dafür arbeiten sie mit den Trägerunternehmen, Akteuren der Arbeitswelt und Wissenschaft zusammen.

Mit der „Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.“ hat sich die Initiative die planetare Gesundheit im Setting Betrieb vorgenommen. In einer Studie wird zunächst erforscht, welche Auswirkungen der Klimawandel auf die betriebliche Gesundheit und die psychische und körperliche Gesundheit von Beschäftigten hat. Gemeinsam werden dann Empfehlungen für ein nachhaltiges, klimasensibles betriebliches Gesundheitsmanagement erarbeitet.

Zusammen mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Berliner Charité will die Initiative ein Konzept für bewusste und achtsame Ernährung im betrieblichen Setting entwickeln. Dieses „Mindful Eating“ hat nicht nur prioritär positive Auswirkungen auf die eigene Gesundheit, sondern auch auf die Gesundheit des Planeten im Hinblick auf Ökologie, Klimawandel und den Erhalt der Biodiversität (Stichwort „Planetary Health Diet“). Ziel ist es, ein Programm zu entwickeln, das die persönliche Gesundheit mit der planetaren Gesundheit verknüpft. So können Betriebskrankenkassen ihren Trägerunternehmen ein Programm anbieten, das in mehrfacher Hinsicht nachhaltig ist.

Was gut fürs Klima ist, ist häufig auch gut für die Gesundheit des Einzelnen. Dieses Bewusstsein haben die Betriebskrankenkassen verinnerlicht. Sie möchten mit ihrer Initiative eine Vorreiterrolle übernehmen und auch ihre Versicherten bestärken, Teil einer Bewegung für mehr planetare Gesundheit zu werden. ■

MEHR QUALITÄT IN DER VERSORGUNG

VALUE BASED HEALTHCARE

Von Matthias Kretzler, Versorgungsmanagement

Wie können wir Gesundheitssysteme in die Richtung bewegen, die Behandlungsergebnisse für Patienten zu verbessern und zugleich Kosten für das Gesundheitssystem senken? Es gibt ein Konzept dafür: Value-based Healthcare. Es geht um integrierte Konzepte, um Patientenergebnisse pro ausgegebenem Euro innerhalb des Gesundheitssystems zu verbessern. Und natürlich geht es darum, den Rahmen des Handelns über die nationalen Gesundheitssysteme hinaus zu denken. Der Gesetzgeber erleichtert es den Krankenkassen, sich in Verträgen qualitätsorientiert aufzustellen. Ziel ist, eine Medizin zu finanzieren, die Patienten in den Mittelpunkt stellt.



© Morsa Images/DigitalVision/Getty Images

Menschen optimal zu versorgen ist für viele, wenn nicht sogar für die meisten Beschäftigten im Gesundheitswesen der wichtigste Antrieb für ihre tägliche Arbeit. Die Patientinnen und Patienten sollen im Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens stehen. Die Realität wird diesem Anspruch jedoch oft nicht gerecht. Der medizinische Alltag lässt den Beteiligten meist nur wenig Zeit, sich eingehend mit den Bedürfnissen Einzelner auseinanderzusetzen. Dies paart sich mit einem ökonomischen Anreizsystem, das Fallzahlen weitgehend unabhängig von der Qualität der Versorgung honoriert. Besonders schwer wiegt aber, dass verschiedene Leistungserbringer, Kostenträger oder auch z. B. unterschiedliche Abteilungen innerhalb eines einzigen Krankenhauses vielfach nur unzureichend miteinander kommunizieren und einander zu wenige Informationen über längere Zeiträume hinweg zur Verfügung stellen. So weiß eine Chirurgin im Krankenhaus normalerweise nicht, ob die von ihr soeben erfolgreich

durchgeführte Operation auch nach einem Jahr noch vom Patienten erfolgreich bewertet wird. Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und spätestens mit der Bezahlung der Rechnung durch die Krankenkasse ist der Fall für das Krankenhaus – und auch die Krankenkasse – abgeschlossen. Damit stehen die verschiedenen Organisationen und ihre teilweise widersprüchlichen Ziele im Mittelpunkt, aber eben nicht der Patient oder die Patientin.

VBHC IN DER THEORIE ...

Wertorientierte Gesundheitsversorgung, engl. Value Based Health Care – kurz: VBHC – ist ein Oberbegriff für verschiedenste Maßnahmen, die zum Ziel haben, diese Probleme in den Griff zu bekommen. Das Konzept wurde von Michael E. Porter und Elizabeth Teisberg an der Harvard Business School gelehrt und bereits im Jahr 2006 in einem Buch mit dem Titel „Re-defining Health Care“ dem Fachpublikum zugänglich gemacht. Auf den ersten Blick wirkt es geradezu provokativ simpel: Die Zielvariable ist der Wert (value) einer Maßnahme, definiert als Gesundheits- oder Behandlungsergebnis (outcome) geteilt durch die Kosten (costs), die die Versorgung verursacht.

Die Erhöhung dieses Parameters führt nach Ansicht der Autoren für alle Beteiligten zu einer Verbesserung der Situation, denn einseitige Kostensenkungsmaßnahmen zulasten der Qualität werden durch diese Formel genauso verhindert, wie die ungezügelte Einführung von teuren Pseudoinnovationen, die nur geringfügige Verbesserungen mit sich bringen. Was „value“ schafft, ist damit schon einmal – zumindest theoretisch – effizient. Schwieriger wird es im nächsten Schritt, denn die Faktoren müssen natürlich gemessen werden, damit man Maßnahmen miteinander vergleichen kann.

Hierfür sind einige Vorüberlegungen anzustellen. Beim Outcome ist wichtig, diesen konsequent vom Patienten ausgehend zu betrachten. Inputs und Strukturen sind an dieser Stelle zunächst irrelevant – mit Betonung auf zunächst. Im Klartext bedeutet dies: Natürlich gibt es einen starken Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein spezialisierter Strukturen mit leitliniengerechter Versorgung und einer hohen Behandlungsqualität. Doch die richtigen Inputs sind eben nur eine notwendige, nicht jedoch hinreichende Bedingung für gute Outcomes. Ebenso wie die Kosten müssen die Outcomes nämlich vollständig und über den gesamten Behandlungsverlauf gemessen werden. Wer also richtig messen will, darf keinen Versorgungsabschnitt mehr isoliert betrachten. Vielmehr sind die Interaktionen zwischen den verschiedenen Stationen zu identifizieren, um diese dann optimieren zu können.

Ein einfaches Beispiel für Änderungen der Organisation ist eine gründliche elektronische Erfassung von Patientenangaben, die bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwar einige zusätzliche Minuten kostet, im späteren Verlauf aber das wiederholte fehleranfällige Abfragen der Informationen an unterschiedlichen Stationen überflüssig macht. Ein typisches und oft gelebtes medizinisches Beispiel ist die Frühmobilisierung im Krankenhaus nach der Operation, wodurch Liegedauern oder der Aufwand einer Anschlussrehabilitation verringert werden.

$$v = \frac{o}{c}$$

Abbildung 1: Nach dem Konzept des „Value Based Health Care“ ergibt sich der Wert ($v = \text{Value}$) aus dem Verhältnis von Ergebnis ($o = \text{Outcome}$) und Kosten ($c = \text{costs}$)

Outcomes und Kosten müssen demnach leistungserbringerübergreifend und langfristig betrachtet und gemessen werden. Darüber hinaus ist eine Risikoadjustierung bei mehrfach erkrankten (multimorbiden) bzw. Patientinnen und Patienten mit bestimmten Vorbedingungen unabdingbar. Typische Outcomeparameter wie Blutwerte, Lungenkapazität oder gewonnene Lebensjahre könnten als reine Zahlen sonst nicht miteinander verglichen werden.

Das ist wichtig aus Sicht der Leistungserbringer, vor allem wenn die Vergütung an den Wert der Behandlung geknüpft werden soll. Im Sinne der patientenzentrierten Versorgung hat nach Ansicht der Autoren neben der Risikoadjustierung auch eine Gewichtung nach den patientenindividuellen Gesundheitszielen zu erfolgen. Als typisches Beispiel möge die Behandlung eines malignen Tumors dienen, für den keine Heilung mehr zu erwarten ist. Der Gewinn an Lebensjahren durch Operation und Medikamente mit starken Nebenwirkungen mag für betroffene Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich ausfallen. Ein weniger dramatisches Beispiel unterstreicht die Bedeutung des persönlichen Lebenswandels: Vielleicht benötigen zwei sportliche Zwillinge eine Hüftprothese, aber während der eine in seiner Freizeit vor allem Fahrrad fährt, ist die andere eher eine Schwimmerin, so dass sich hinsichtlich Haltbarkeit und Tragekomfort unterschiedliche Modelle empfehlen, wobei wiederum Zusatznutzen und –kosten miteinander verglichen werden müssen. Werden solche Unterschiede in den persönlichen Gesundheitszielen gar nicht berücksichtigt, kann der Value nicht maximiert werden.

Doch auf welche Art und Weise lässt sich diese Bewertung durchführen? Ein einheitliches System zur Bewertung von Outcomes und Kosten existiert nicht. Porter und Teisberg geben jedoch Organisationen, die sich im Sinne von VBHC engagieren wollen, ein beliebig erweiterbares Rahmenwerk an die Hand, mit dem der Einstieg in die Bewertung eines Behandlungsverlaufs gelingen soll. Ein beispielhafter Verlauf ist in Abbildung 2 dargestellt. Darüber hinaus gibt es Kataloge von standardisierten Fragebögen, etwa von dem durch Porter selbst gegründeten International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM), mit denen die Outcomes direkt bei der Patientin oder dem Patienten erhoben werden können.

... UND IN DER PRAXIS

Die so ermittelten Werte werden meist als Patient Reported Outcomes (PROs) bezeichnet. Bei dem von der TU Berlin angeführten Innovationsfondsprojekt „PROMoting Quality“, das u. a. vom BKK Dachverband und mehr als 20 seiner Mitgliedskassen mit Routinedaten unterstützt wird, steht dieser Ansatz im Vordergrund. Patientinnen und Patienten erhalten im Anschluss an eine Hüft- oder Knieoperation in einer von neun Partnerkliniken nach einem, drei, sechs und 12 Monaten einen elektronischen Fragebogen zugesandt, mit dem sie ihren derzeitigen Gesundheitszustand bewerten sollen. Bei Überschreitung von vorher definierten Schwellenwerten erfolgt eine Intervention. Ob dies einen „Value“ schafft, wird mit den Abrechnungsdaten wissenschaftlich validiert.

„Die kontinuierliche Messung von PROs wird mit einem automatischen Alarmsystem gekoppelt. Wenn kritische PRO-Werte zu beobachten sind, sollen bedarfsgerechte Behandlungen unterstützen,“ erklärt Laura Wittich, wissenschaftliche Mitarbeiterin der TU Berlin und Koordinatorin des Projekts. „So werden z. B. kritische Genesungsverläufe früher erkannt und eine schnelle Reaktion kann mögliche Komplikationen minimieren. Die Erwartung ist, dass sich so auch die (Folge-)Kosten eines Eingriffs reduzieren lassen und dass der Nutzen für Patientinnen und Patienten gesteigert wird. Des Weiteren können Erkenntnisse für eine individualisierte bzw. am Patientenwohl ausgerichtete Behandlung in der Hüft- und Knie-Endoprothetik gewonnen werden.“ Zusammengefasst werde bei PROMoting Quality der Mehrwert der Messung von PROs – und vor allem ihrer frühen Rückkoppelung an Behandlerinnen und Behandler untersucht. „Die zusätzliche Bewertung der Kosteneffektivität und der Praktikabilität einer Einführung im Krankenhausregelbetrieb“ so Laura Wittich weiter, „geben wertvolle Hinweise für eine mögliche Überführung in die Regelversorgung, von der dann nicht nur die 300.000 Patientinnen und Patienten, die Hüft- und Knie-Erstimplantationen pro Jahr in Deutschland erhalten, profitieren, sondern darüber hinaus auch solche mit anderen Indikationen.“ Im Laufe des Jahres ist mit ersten belastbaren Ergebnissen der Studie zu rechnen.

Hierarchie	Dimension	Kniearthrose, Gelenkersatz erforderlich
1	Überleben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sterberate beim stationären Aufenthalt
2	Grad der Gesundheit/Genesung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktion ▪ Schmerzen ▪ Wiederaufnahme körperlicher Aktivitäten ▪ Arbeitsfähigkeit
3	Zeit bis Genesung und bis zur Wiederaufnahme alltäglicher Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauer der Behandlung ▪ Dauer bis zur Wiederaufnahme körperlicher Aktivitäten ▪ Dauer bis zur Wiederaufnahme der Arbeit
4	Schaden durch Behandlung (z. B. Komplikationen, Nebenwirkungen, Behandlungsfehler, allg. Unannehmlichkeit)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerz während Behandlung ▪ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▪ Infektion ▪ Lungenembolie ▪ Tiefe Venenthrombose ▪ Herzinfarkt ▪ Delir
5	Nachhaltigkeit der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhaltung der Funktion ▪ Selbstständige Lebensführung ▪ Wiederholung des Eingriffs
6	Langzeitwirkung der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilitätsverlust durch unangemessene Reha ▪ Risiko komplexer Frakturen ▪ Infektionsanfälligkeit ▪ Steifes Knie durch unerkannte Komplikation ▪ Regionales Schmerzsyndrom

Abbildung 2: VBHC-Outcome-Hierarchie Kniearthrose, eigene Darstellung nach Porter (2010)

VBHC SOLL BEKANNTER WERDEN

Anfang Oktober 2021, als es die pandemische Lage für einen Moment zuließ, organisierte das von Professor Reinhard Busse geführte Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin ein Präsenzseminar zu VBHC – eine Premiere in Deutschland. Rund 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zum einen Studierende aus Gesundheitsökonomie und Medizin, zum anderen Professionals aus Wissenschaft, Industrie und Verwaltung, beschäftigten sich eine Woche lang mit der Theorie des Konzepts und diskutierten vor allem VBHC-Ansätze, die bereits in verschiedenen Ländern der Welt ihre Umsetzung in die Realität gefunden haben. So wurden etwa die integrierte Versicherungs- und Versorgungsorganisation von Kaiser Permanente in den USA, die Zentralisierung der Schlaganfallversorgung in London oder der Neugestaltung der Verträge für die orthopädische Versorgung in Schweden sowie die Langzeitbetreuung von Prostatakrebspatienten in der Hamburger Martini-Klinik beleuchtet. Gemeinsam haben diese Beispiele, dass durch geschickte ganzheitliche Veränderungen der Organisation die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten nachweislich gestiegen ist.

Eine andere Gemeinsamkeit ist jedoch auch: Jedes Beispiel beruht auf spezifischen Prämissen und lässt sich somit nie in Gänze auf andere Konstellationen übertragen. Dennoch können sie zweifelsohne als starke Inspirationsquellen dienen. So wurden die Seminarteilnehmerinnen und –teilnehmer in interdisziplinäre, von den Studierenden geführte Gruppen eingeteilt, mit dem Ziel, im Verlauf der Seminarwoche einen VBHC-Vertrag für eine selbst gewählte Indikation zu entwerfen. Das Vorgehen erinnert an sogenannte „Hackathons“, bei denen Software-Entwickler über Nacht Prototypen skizzieren. Die Ergebnisse wurden zum Abschluss der Woche präsentiert und sollen demnächst in einer Publikation veröffentlicht werden. So könnten sie ihrerseits zur Inspiration für Kostenträger und Leistungserbringer werden.

Viktoria Steinbeck, ebenfalls wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl und eine der Hauptorganisatorinnen, wertet die Veranstaltung als vollen Erfolg: „Der nahe Praxisbezug durch Fallbeispiele und Gruppenarbeiten an aktuellen Problemstellungen, das abwechslungsreiche Programm sowie der interdisziplinäre Austausch auf Augenhöhe wurden von den Teilnehmenden besonders gelobt. Auf Basis des hervorragenden Feedbacks wird die TU Berlin auch in den kommenden Jahren das VBHC-Seminar ausrichten und weiterentwickeln.“

QUALITÄTSVERTRÄGE ZUR FINANZIERUNG VON VBHC

Eine Hürde bei der Einführung von VBHC-Ansätzen sind meist die damit verbundenen zusätzlichen Kosten, die einmalig durch die anfängliche Umstellung von Prozessen aber oft auch dauerhaft durch zusätzliche Vergütungen für Leistungserbringer und Dienstleister entstehen. Es muss also gut geprüft werden, ob der Value am Ende tatsächlich positiv ist. Bei Promoting Quality findet derzeit genau diese Prüfung statt. Die BKK-Gemeinschaft unterstützt dies, da sie weiß, dass kein Weg an einer qualitätsorientierten Versorgung vorbeiführt – und sie verfügt über das Know-how und die Bereitschaft, diese Prozesse engagiert voranzutreiben. Die mit dem Projekt PROMoting Quality verbundenen zusätzlichen Ausgaben für die Krankenhäuser werden derzeit noch über den Innovationsfonds kompensiert. Ansonsten sind Selektivverträge nach § 140a SGB V und die relativ neuen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V typische Rechtsgrundlagen, um VBHC-Projekte in die Praxis umzusetzen.

Dieser neue Paragraph erleichtert es den Krankenkassen, sich qualitätsorientiert zu engagieren und Mittel für entsprechende Vorhaben bereit zu stellen. Zudem drängt der Gesetzgeber sogar darauf, ab 2022 jährlich pro Versicherten 0,30 EUR für Qualitätsverträge auszugeben. Entscheidend ist aber bei allen Überlegungen, dass die auf diese Weise zusätzlich bereitgestellten Mittel zu einem echten Mehrwert in der Versorgung führen müssen. Der Schlüssel hierzu ist die glasklare Messung aller relevanten Outcomes und Kosten. Ist dies gewährleistet und das Rechnungsergebnis positiv, dann ist die Formel von Porter und Teisberg aufgegangen – und die Patientinnen und Patienten stehen endlich im Mittelpunkt ihrer Behandlung. ■



BAUSTELLE DIGITALISIERUNG

ÜBER GRENZEN HINAUSDENKEN UND HANDELN

Von Dr. Gertrud Demmler, Vorstandin der SBK

In Sachen Digitalisierung hat sich im vergangenen Jahr viel getan. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) haben mehr und mehr Einzug in das Versorgungsgeschehen gehalten, die elektronische Patientenakte (ePA) ist in der Version 1.0 an den Start gegangen, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ist gestartet, das eRezept ist in einer Testregion eingeführt worden.

An sich ist das eine gute Botschaft. Denn die Digitalisierung bietet enorme Chancen für unser Gesundheitswesen. Sie fördert Transparenz, erleichtert Zusammenarbeit, sie bietet unglaubliche Chancen für die Forschung und kann, richtig eingesetzt, die Versicherten in ihrer Entscheidungsautonomie stärken und ihnen mehr als jemals zuvor die Verfügungshoheit über ihre Daten verschaffen.

Doch aus meiner Sicht folgt hier ein großes ABER: Denn die fortschreitende Umsetzung der Digitalvorhaben macht Baustellen sichtbar, die bisher in den eingespielten – oder eher verkrusteten – Strukturen verborgen geblieben sind. Unser



Bei der Digitalisierung geht es aufwärts.

Gesundheitssystem ist sehr strikt in Sektoren und Verantwortungsbereiche aufgeteilt: Es gibt uns Krankenkassen, es gibt die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhäuser, es gibt Apotheken und Sanitätshäuser und noch viele mehr. Jeder dieser Akteure hat sich in seinem Verantwortungsbereich mehr oder weniger engagiert, aber nur wenige haben sich vernetzt und über die eigenen Zuständigkeiten hinweg zusammengearbeitet. Und genau hier liegt das Problem: Die Digitalisierung funktioniert nur, wenn wir über etablierte Grenzen hinausdenken und kooperieren. Denn Ende-zu-Ende gedachte Prozesse, die den Nutzer in den Mittelpunkt stellen, gehen nun mal über diese Grenzen hinweg.

NUTZERZENTRIERTE ENTWICKLUNG BETRACHTET ALLE NUTZER EINER DIGITALEN LÖSUNG

Im Moment ist es doch so: Jeder sucht sich aktuell sein Betätigungsfeld selbst – überspitzt gesagt. Jeder versucht seine Position durchzuboxen: Mal indem er die anderen beteiligten Akteure einfach vor vollendete Tatsachen stellt und hofft, dass es schon gut geht. Mal indem er in eine Verweigerungshaltung geht und so an sich gute Projekte zum Scheitern verurteilt. Schauen wir beispielsweise auf die Leistungserbringer: Viele von ihnen haben sich bisher nicht gerade als Förderer der Digitalisierung gezeigt. Ganz aktuell haben wir die Menschen einmal befragt,



Die ePA ist in den Praxen kaum ein Thema.

ob sie in einer Arztpraxis schon einmal mit der elektronischen Patientenakte (ePA) in Kontakt gekommen sind. 83 Prozent der Befragten haben das verneint. Und das fast ein Jahr nach dem Start der ePA!

Dabei bin ich überzeugt: Die meisten Ärzte sind nicht per se Verweigerer in Sachen Digitalisierung. Sie sind nur überzeugt, dass es – so wie es im Moment läuft – ihnen vor allem ein Mehr an Arbeit verschafft und keine Vorteile bringt. Ganz unrecht haben sie dabei nicht: Nutzerzentriert zu entwickeln heißt immer auch, alle Nutzer im Blick zu haben – also auch die Ärzte. Und da ist noch einige Luft nach oben.

VERALTETE IT-STRUKTUREN IN DEN ARZTPRAXEN SIND EIN GROSSES PROBLEM

Ein großes Problem ist dabei die Praxisinfrastruktur: Und dabei geht es mir nicht um veraltete PCs und fehlende Virens Scanner – es geht um ein strukturelles Problem. Denn viele der Praxisverwaltungssysteme (PVS) sind nicht für die modernen Aufgaben gerüstet. Die Arztpraxen sind mehr oder weniger an „ihren“ Anbieter gebunden und von den entsprechenden Updates abhängig. Es gibt keine Schnittstellen, keine Möglichkeiten des modularen Aufbaus von IT-Infrastruktur in den

» Erfolgreiche Digitalisierung verlangt Mitarbeit von allen. «

Praxen. Die Abhängigkeit von den Updates führt immer wieder zu Verzögerungen bei der Umsetzung von Neuerungen. Und die Anbietergebundenheit verhindert, dass Ärzte sich die Zusatzsoftware einkaufen können, die für ihre Anforderungen die beste ist.

Die PVS sind sicherlich eine der größten Baustellen in der Praxis. Aber nicht die einzige: Selbst so kleine, eigentlich unscheinbare Teile der Infrastruktur wie die Kartenlesegeräte stellen uns gerade vor große Herausforderungen. Anscheinend verursacht die neueste Generation der elektronischen Gesundheitskarten mit NFC-Funktion ein technisches Problem, das die Geräte zum Absturz bringt. Die Spezifikationen für die eGK gibt übrigens die gematik vor. Die Hersteller der Kartenlesegeräte sind standardmäßig nicht in Änderungsprozesse eingebunden.

Das zeigt aus meiner Sicht sehr gut, wo das Problem liegt: Die digitale Infrastruktur, die wir realisieren wollen, kann nur gute Ergebnisse liefern, wenn die einzelnen Bestandteile sinnvoll integriert werden. Eine Änderung an der einen Stellschraube, hat dann immer auch Folgen für die anderen Teile. Aber wir arbeiten nicht integriert. Wir haben keine Transparenz darüber, was der jeweils andere gerade tut.

MANGELNDE TRANSPARENZ IST AUCH EIN PROBLEM FEHLENDER ZUSTÄNDIGKEITEN

Aktuell gibt es keine klaren Zuständigkeiten bei der Weiterentwicklung. Die gematik gibt Spezifikationen für einen Teil der Infrastruktur vor, für einen anderen nicht. Dann fungieren sie als Anbieter des eRezepts und versuchen so eine direkte Schnittstelle zum Patienten und Versicherten aufzubauen. Die Krankenkassen sind die Anbieter der ePA und gemeinsam mit den Leistungserbringern wichtigste Anlaufstelle für die Menschen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt die Medizinischen Informationsobjekte, die wiederum Teil der ePA sind. Das alles erschwert die nutzerzentrierte Weiterentwicklung und schafft eine zerstückelte Angebotslandschaft. Wir plädieren daher für eine klare Aufgabenverteilung:

- Der regulatorische Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) wird durch Gesetzgeber und Bundesregierung gesetzt.
- Die Festlegung der für die TI notwendigen Spezifikationen liegt bei der gematik. Das gilt für alle IT-Hardware- und Software-Lösungen, die zum Einsatz kommen.
- Die Auftraggeber für die konkreten TI-Anwendungen für die Versicherten sind die Krankenkassen: Sie betreiben die ePA und gestalten die Angebote. Über eine anbieterneutrale (digitale) Schnittstelle stellen sie diese den Versicherten zur Verfügung. Dazu müssen die Kassen an die TI angebunden werden, denn nur so können sie zum Beispiel die für ihre Versicherten entwickelten Lösungen zum Einsatz bringen.
- Die Leistungserbringer übernehmen die Verantwortung für die Modernisierung der Praxis-Infrastruktur im Rahmen der Vorgaben der gematik.
- Die Entwicklung der Lösungen selbst (im Auftrag der Krankenkassen und Leistungserbringer) liegt in der Regel in den Händen von Industrieanbietern. ■



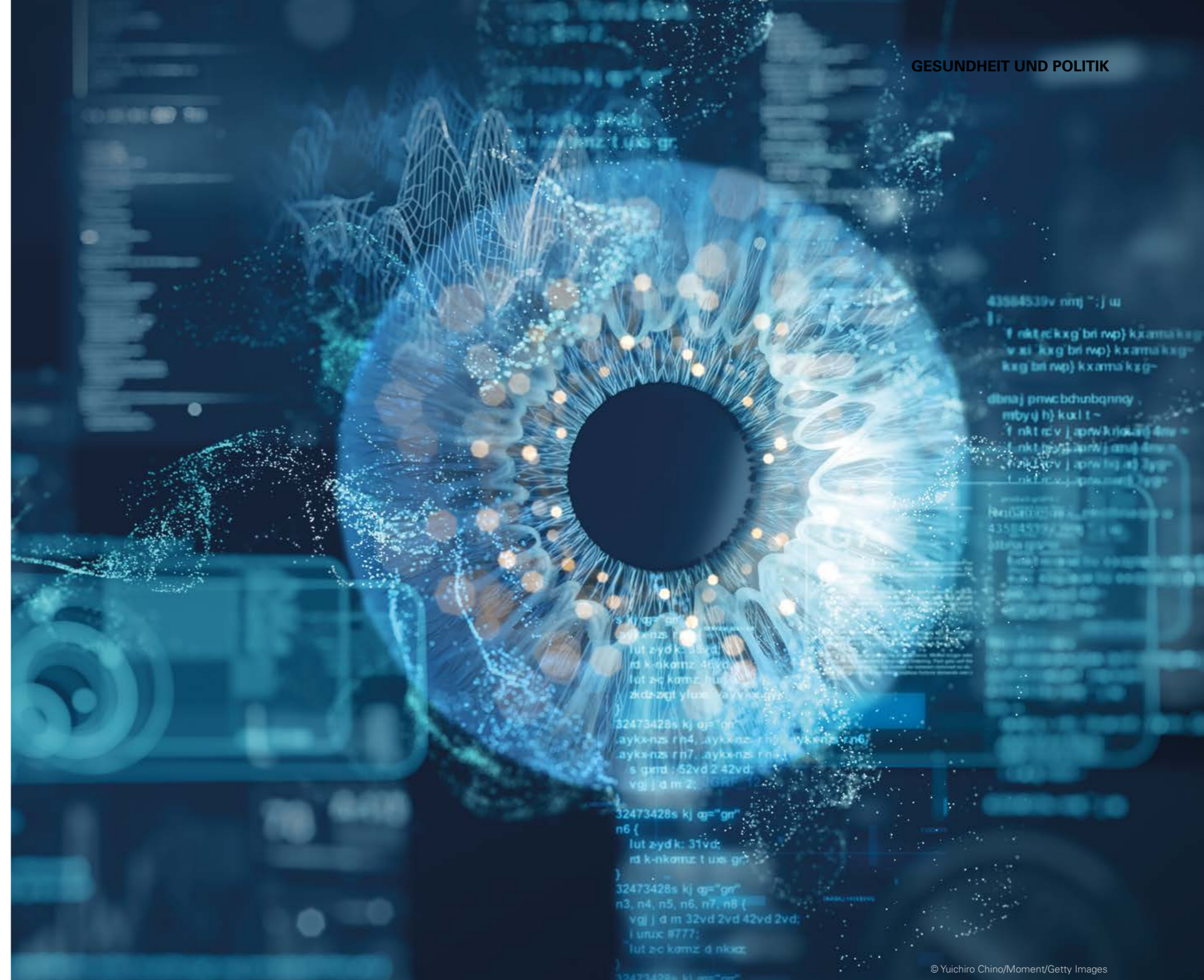
Dr. Gertrud Demmler
@DemmlerGertrud

BAYREUTHER GESUNDHEITSDIALOG

BESSERE DATEN – BESSERE VERSORGUNG

Von Christian Keutel, Gesundheitsökonom, Siemens BKK

Ende November 2021 ging der Bayreuther Gesundheitsdialog in die dritte Auflage. Unter der Moderation von Prof. Dr. Volker Ulrich (Uni Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III – Finanzwissenschaften) stellten die Referenten aus der Welt der Gesundheitsökonomie virtuell ein abwechslungsreiches und faktenreiches Programm vor.



© Yuichiro Chino/Moment/Getty Images

Der Gesundheitsdialog ist ein knackiges Format, das viele Informationen in kurzer Zeit vermittelt. Aufgrund von Corona (Sars-Covid-19) fand die Veranstaltung dieses Mal virtuell statt und die Pandemie war auch inhaltlich allgegenwärtig. Das Publikum erwartete ein informatives Programm rund um die Nutzung von Gesundheitsdaten in Deutschland mit Fokus auf „Die Beurteilung der Corona-Pandemie – Was sagen uns die Daten über Versorgung und Lebenserwartung?“. Naturgemäß können nicht alle Aspekte dieses Themenkomplexes beleuchtet werden, dennoch wurde ein breites Spektrum dargestellt und so konnten sich die Zuhörer die für sie relevanten Fakten und Interpretationen herausfiltern.

MIT CORONA LEBEN

Prof. Dr. Matthias Schrappe

Den Beginn der Vortragsreihe übernahm Prof. Dr. Matthias Schrappe (Mediziner und Gesundheitsökonom), der bereits eine Vielzahl von Abhandlungen zum Thema Corona geschrieben hat unter anderem ein Thesenpapier zu Sars-CoV-2/Covid-19. Die uns allen bekannten leitungstechnischen Internetprobleme unterbrachen ihn kurzfristig, aber konnten Prof. Schrappe nicht abhalten zum Thema „Corona-Daten – Eine kritische Betrachtung“ zu referieren.

Professor Schrappe fordert seit langem ein Krisenmanagement, das sich nicht nur auf Kontaktbeschränkungen stützt, sondern andere Parameter wie Verdoppelungszeit, R-Wert, Intensivbetten-Auslastung und Inzidenz bei der Auswahl der geeigneten Maßnahmen heranzieht. Der Fokus auf einen einzelnen Parameter reiche nicht aus, das pandemische Geschehen vollständig abzubilden. Er stellte die These auf, dass Einzelwerte isoliert nicht belastbar seien und für sich genommen wenig Aussagekraft besitzen. Der für die politische Steuerung lange Zeit maßgebliche Inzidenz-Wert ist dabei nicht mehr als eine unzuverlässige Melderate. Denn – so Schrappe – wenn man viel testet, sind die Zahlen hoch, testet man wenig, sind sie niedrig. Anstatt Gesundheitsämter bis heute Meldezahlen sammeln zu lassen, müsste man seiner Meinung nach mit Kohorten-Studien arbeiten. Also mit großen, repräsentativ ausgewählten Gruppen, die über lange Zeit immer wieder untersucht und getestet werden. Auf dieser Grundlage könne man tatsächlich die Ausbreitung in Deutschland oder einzelnen Regionen sehen. Aktuell hätten wir Meldedaten in Deutschland und keine Neuerkrankungsrate, betont er.

Die Besonderheit der Corona-Pandemie sei, dass es asymptomatische Überträger gebe. Es sei also nicht immer möglich Betroffene direkt zu erkennen. Also seien Gegenmaßnahmen, eine Präventionsstrategie erforderlich. Schrappe hält Kontaktbeschränkungen und vor allem den besonderen Schutz der vulnerablen Gruppen für geeignete Maßnahmen.

Für seine Erläuterungen zieht Schrappe das Modell der Versorgungsforschung heran, insbesondere den Zusammenhang zwischen Wirtseigenschaften (z.B. Alter, Komorbidität, Immunstatus) und Umgebungsfaktoren (z.B. Wohn-/Arbeitsituation, Sozialstatus usw.). Kontrolle über die Pandemie erlangt man laut Professor Schrappe anhand folgender Schritte:

- Containment: Verhinderung des Kontakts zu Infizierten (Kontaktbeschränkungen)
- Protection: Verhinderung der Übertragung auf besonders gefährdete Personen (sog. vulnerable Gruppen)
- Mitigation: Minimierung der gesundheitlichen Folgen für die Infizierten (z.B. Entwicklung von Medikamenten)

Abschließend stellte Professor Schrappe seine politische Theorie der Epidemie anhand von neun Aspekten vor. Dies waren u.a. das Krankheitsverständnis (biologischer vs. sozialer Krankheitsbegriff) und die Gesellschaftliche Koordination (Technozentrismus vs. Markt vs. soziales System).

In seinem Fazit resümiert Professor Schrappe, dass die Politik aus seiner Sicht in einer Befürchtungsfalle gefangen ist. Keine der Parteien möchte demnach dafür verantwortlich gemacht werden, dass es in Kindertagesstätten oder in einem Altenheim einen Ausbruch gibt und Infektionszahlen steigen. Somit gehen die Entscheidungsträger auf Nummer sicher. In letzter Konsequenz führe dies immer zu einem Lockdown zur Folge. Alternativ brauche man in Deutschland vor allem ein neues Denken und Mut zur Kreativität, mit Corona zu leben.

» Die Covid-Pandemie hat den Zugewinn an Lebenserwartung über die vorigen fünf Jahre zunichte gemacht. «

Prof. Dr. Reinhard Busse

DIE DATEN SPRECHEN EINE KLARE SPRACHE

Prof. Dr. Reinhard Busse

Im Anschluss gab Prof. Dr. Reinhard Busse (Professor für Management im Gesundheitswesen, TU Berlin) einen Einblick zur „Versorgung und Lebenserwartung in Zeiten von Corona – Was sagen die Daten?“

Nach einer Analyse der Gesundheitssystemnutzung während der Corona-Pandemie hob Professor Busse die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der bisherigen vier Corona-Wellen.

Im Verhältnis zur ersten Welle zeigen die Zahlen, Daten und Fakten der vierten Welle signifikante Veränderungen im Hinblick auf die Parameter Test, Infizierte, Krankenhausbehandlungen, Intensivstationenfälle und Verstorbene. Die Analysen zeigen hierbei folgende vereinfachte Datendarstellung der Gesundheitssystemnutzung:

- Tests: 200.000/Tag (x4)
- Infizierte 40.000/Tag (x17)
- Krankenhausbehandlungen 1300/Tag (x3)
- Intensivstation 260/Tag (x3)
- Verstorbene 200/Tag (x2).

Die Zahlen in Klammern resultieren hierbei aus dem Vergleich mit der ersten Corona-Welle. Noch deutlicher ist die Erkenntnis mit Blick auf die Belegung von Intensivbetten in den Krankenhäusern. Hier ergibt sich eine klare Inzidenzabhängigkeit. So waren bei einer Inzidenz von 200 insgesamt 11 % der Intensivbetten belegt, bei einer Inzidenz von 1.200 sind es 66 %. Dabei konnte Deutschland verstärkt sein bestehendes System an Intensivbetten

nutzen. Andere Länder mussten erhebliche Kapazitäten neu aufbauen. Wenig bekannt und daher auch nicht diskutiert sind die international sehr unterschiedlichen stationären Behandlungsintensitäten. Von Welle zu Welle verringert sich im internationalen Vergleich die Intensivwahrscheinlichkeit um Faktor 3 bis 8. Dennoch können sich die Unterschiede nach wie vor auf das 4-fache belaufen, betont Busse. Diese Unterschiede wären sicherlich eine tiefergehende wissenschaftliche Betrachtung wert.

Mit Blick auf die Tragweite der Todesfälle in der Pandemie zeigte Professor Busse anhand von Informationen von Eurostat und ECDC auf, dass Covid-Todesfälle im Jahr 2020 auf Platz 5 aller Todesfälle liegen. Europaweit gibt es eine deutliche Übersterblichkeit, vor allem in der älteren Bevölkerung (in den Altersklassen von 65 bis 85+ Jahren). Der dabei festgestellte Rückgang der Lebenserwartung 2020 ist fast ausschließlich Covid-19 bedingt. Im Fazit stellte Professor Busse fest, dass die Covid-Pandemie eine große Herausforderung an die Gesundheitssysteme darstellt (selbst wenn diese bislang nur zu bestimmten Spitzen extrem belastet waren). Der von ihm identifizierte Engpass ist die Intensivversorgung, wo es ab einer Inzidenz von 1.000 zu deutlicher Ressourcenknappheit kommt. Die Covid-Pandemie hat sich zu einer neuen Top-5-Todesursache entwickelt, die zu einer deutlichen Übersterblichkeit gegenüber den Vorjahren geführt hat und den Zugewinn an Lebenserwartung über die vorigen 5 Jahre zunichte gemacht hat.

DATENSILOS MÜSSEN VERNETZT WERDEN

Helmut Schröder

Den Abschluss des Tages bildete Helmut Schröder (stv. Geschäftsführer des WIdO, Berlin). Sein Thema war die „Datengestützte Pandemiebegleitung mit GKV-Routinedaten – Sachstand und Weiterentwicklungsbedarf“

Schröder stellte Maßnahmen zur Pandemiebewältigung vor unter Nutzung von neu aufgebauten, erweiterten sowie bereits vorhandenen Datenbeständen. Nicht verschwiegen hat er dabei die Grenzen von nicht verknüpfbaren Datenbeständen.

Zunächst gab der WIdO-Experte einen aktuellen Überblick über die Covid-19-Infektionen mit Hilfe des Covid-19-Dashboards des Robert Koch-Instituts (RKI), bevor er sich dem Themenfeld der GKV-Routinedaten widmete. Auch hier präsentierte er ausgewählte Ergebnisse, die unter Nutzung eben dieser Routinedaten gewonnen werden konnten. So liegen bei mehr als einem Viertel der 83 Millionen Einwohner mindestens eine Vorerkrankung vor, die mit einem erhöhten Risiko für schwere Covid-19-Verläufe einhergeht. Weiterhin gibt es unter den stationär behandelten Covid-19-Patienten eine hohe Beatmungsquote und Sterblichkeitsrate. Dabei verstirbt ca. die Hälfte der beatmeten Covid-19-Patienten im Krankenhaus. Zusätzlich kann man den Daten entnehmen, dass es eine hohe Wiederaufnahmerate sowie Sterblichkeit bis 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt von Covid-19-Patienten gibt. Dabei sind bestimmte Berufsgruppen, etwa in der Kindererziehung und den Gesundheitsberufen, häufiger von einer Covid-19-Infektion betroffen als andere Berufsgruppen. Nicht zu vernachlässigen sind die Risiken, die sich neben der eigentlichen Gefahr der Infektion ergeben. Zu nennen ist hier insbesondere der intendierte und alarmierende Rückgang bei stationären Non-Covid-19-Behandlungen (z.B. der Rückgang der Krebs-Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen).

Schröder kritisiert an der aktuellen Datensituation die fehlende Verknüpfung zwischen den vier amtlichen Datensilos bzw. den amtlichen Datensilos mit den GKV-Routinedaten. Nun gehe es darum, die Schwachstellen zu beheben und nachhaltige Lösungen zu finden. Dies könnte u.a. mit der Erweiterung der bestehenden Berichtssysteme mit Informationen zu Reinfektionen bei Geimpften und Genesenen oder der Analyse von Impfdurchbrüchen

erfolgen. Dazu sollte ein Ausbau der bewährten GKV-Routinedaten stattfinden und diese sollten mit Informationen zu Testergebnissen oder Impfungen ergänzt werden (Monitoring unter Nutzung der GKV-Routinedaten aus einem Guss). Abschließend hob Schröder die Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema Covid-19 positiv hervor, so auch den Gesundheitsreport des BKK Dachverbandes und der anderen Kassenarten.

FAZIT: DREI ZENTRALE PUNKTE MÜSSEN SICH ÄNDERN

In jedem der drei Vorträge wurde Kritik an der Datenverfügbarkeit, der Datennutzung oder der Geschwindigkeit, mit der Daten vorliegen, geäußert. Der Gesetzgeber hat bereits in der Pandemie Versuche gestartet, verschiedene Daten schneller verfügbar zu machen (z.B. eine schnelle Verfügbarkeit der Abrechnungsdaten/Diagnosedaten der vertragsärztlichen Behandlung, die bisher 6 Monate nach Quartalsende erfolgt). Diese nicht zeitüblichen Bereitstellungsfristen der Daten sind nach wie vor ein Relikt aus der Zeit der Papierabrechnungen. Gerade Diagnosedaten werden von den Ärzten in der Regel nicht mehr korrigiert. Der Abrechnungsprozess innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen dauert aufgrund der komplexen Vorschriften Monate. Es wäre daher sinnig, die Abrechnungsdaten von den Diagnosedaten zu trennen und diese frühzeitig für die Versorgungsforschung und Versorgungssteuerung der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Die Umsetzung dieses Vorhabens (Beschleunigung der Diagnosedatenübermittlung) steht aber nach wie vor aus. Gerade wurde im Koalitionsvertrag der „Ampel“ das Thema Gesundheitsdaten und Digitalvorhaben prominent berücksichtigt. Dabei geht es um den Aufbau von Dateninfrastrukturen und Instrumente wie Datentreuhänder, Datendrehscheiben und Datenspenden gemeinsam mit Wirtschaft, Wissenschaft und Zivilgesellschaft auf den Weg bringen. So soll

etwa ein Dateninstitut die Datenverfügbarkeit und -standardisierung vorantreiben. Hierbei spielen auch Forschungsdaten eine wichtige Rolle. So sollen Datenteilung von vollständig anonymisierten und nicht personenbezogenen Daten für Forschung im öffentlichen Interesse ermöglicht werden. Ein erster Schritt könnte sein, den „Datenschatz“ der augenblicklich bei der Datentransparenzstelle beim GKV-SV liegt, für die Wissenschaft und auch die Krankenkassen verfügbar zu machen. Hier liegen gerade in der Zukunft erhebliche Chancen für die Versorgungsforschung und Versorgungssteuerung.

Natürlich beschäftigt die Krankenkassen auch stark das Thema Gesundheitsdaten – und das nicht erst seit dem ausbaufähigen Umsetzen der Verteilung der Masken-Voucher innerhalb des ersten Pandemiejahres. In der SBK haben wir daher drei zentrale Punkte identifiziert, die wir fordern. Dies sind:

1. Die Möglichkeit einer Generaleinwilligung zur umfassenden Beratung der Patienten auf Datenbasis (über die Einzeleinwilligungen z.B. nach § 68b SGB V zur Beratung zu Versorgungsinnovationen hinausgehend), damit man den Patienten ohne die Einholung von Einzeleinwilligungen „aus einem Guss“ im Versorgungsprozess vom Krankenhausaufenthalt bis zur Anschlussrehabilitation beraten kann.
2. Die Nutzung der Daten der elektronischen Patientenakte (ePA-Daten), sofern der Versicherte die Berechtigung dazu erteilt. (Letzteres ist im Moment noch nicht möglich). Damit verbunden auch die Forderung zur Anbindung der Krankenkassen an die gesamte TI. Hier insbesondere die Nutzung von neuen und innovativen Ansätzen einer schnellstmöglichen Datenbereitstellung etwa durch die der elektronischen Patientenakte, sind dabei genauso wichtig
3. ein niedrighschwelliger und möglichst automatischer Zugang für Kassen auf den gesamten GKV-Datenpool. (Im Moment ist dies nur per Antrag an das Forschungsdatenzentrum geplant, an das die GKV-Daten weitergeleitet werden.)

Ein abschließendes Wort zum Gesundheitsdialog. Das Format hat sich aus meiner Sicht bewährt, bietet es doch themenunabhängig viele Möglichkeiten gesundheitsökonomische und politische Themen kurz und knapp zu behandeln, ohne das Publikum zu verlieren. Wir verfügen in Deutschland über eine Vielzahl sehr guter Wissenschaftler, die gerade in einer Situation wie der aktuellen Pandemie einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und Transparenz im Gesundheitswesen leisten. ■



Christian Keutel
@ChristianKeutel



Pflegeberufe sind strukturell im Gesundheitssystem nicht verortet

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler,
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Eine Bugwelle von Überstunden, zu wenig Personal, hohes Infektionsrisiko: Die Pandemie hat für Pflegerinnen und Pfleger harte Belastungen gebracht, aber keine strategischen Ansätze, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, endlich modernes Personalmanagement in Kliniken und Seniorenheimen einzuführen und angemessene Bezahlung zu organisieren. Nach zwei Jahren Corona-Krise sehen wir ein bedrohliches Ergebnis einer deutschlandweiten Umfrage der Alice Salomon Hochschule Berlin: 40 Prozent der Pflegenden in Deutschland erwägen den Beruf zu wechseln. Was kann die Pflegepolitik der Ampelkoalition tun? Darüber haben wir mit der Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. habil. Martina Hasseler gesprochen, die 2020 mit dem Niedersächsischen Wissenschaftspreis ausgezeichnet wurde.

Kann man den Pflegeberuf nachhaltig als Fachberuf erhalten, Frau Professor Hasseler? Sie sehen die Pflege in einer politischen Falle: Der Beruf Pflege wird mit Pflegeversicherung verwechselt. Wir sehen Gezerre um Bonuszahlungen, statt angemessener Entlohnung für einen systemrelevanten Beruf. Statt kompetenzorientierte Modelle zur Positionierung der Pflege im Gesundheitssystem zu entwickeln, kommt ein Thema auf die Agenda, das 20 Jahre auf dem Buckel hat: Entbürokratisierung der Pflege. Wie lässt sich der Pflerexit stoppen, der Patienten und Strukturen der Versorgung bedroht?

» Es muss den Pflegepolitikerinnen in der Regierungskoalition gelingen, echte und wirksame Anreizsysteme zu schaffen, um den Pflegeberuf zu erhalten und die Pflegefachkräfte vom Gehen aus der Pflegepraxis abzuhalten. Die Pandemiefolgen sind für die Pflegeberufe enorm, die Arbeits- und Rahmenbedingungen haben sich massiv verschlechtert, deshalb verlassen Pflegende verlassen den Beruf – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Deshalb werden wir auch mit angeworbenen Pflegefachpersonen niemals den Mangel ausgleichen können. Der Pflerexit findet jetzt statt und in den nächsten Jahren benötigen wir mehrere 100.000 Pflegefachpersonen. «

Ist die Pflegeversicherung das richtige Instrument, diese Krise zu bewältigen und die Pflegeberufe attraktiv weiterzuentwickeln?

» Wir müssen rasch lernen, professionelle Pflege von der Pflegeversicherung getrennt zu denken. Bei den politischen Entscheidern schwimmt ein Teilleistungsrecht mit den Pflegeberufen. Es ist dringend erforderlich, zu erkennen, dass die Pflegeversicherung nicht für die Pflegeberufe und nicht für Entwicklung und Finanzierung professioneller Pflege steht. Es geht darum, die Arbeitsbedingungen der Pflege mehr auszudifferenzieren und rasch zu verbessern. Und es geht darum, die Frage beantworten zu können, wie die Entwicklung der Pflegeberufe in Zukunft aussehen soll. Dass Deutschland im europa- und weltweiten Vergleich bezogen auf Entwicklung, Status und Professionalisierung mehr als 20 Jahre zurückliegt, hemmt massiv unsere Fähigkeit, junge Menschen für die Pflegeberufe zu begeistern. Wir müssen sehr viel stärker die Potenziale der professionellen Pflegeberufe betonen und weitere relevante Berufsbilder stärken, wie Nurse Practitioner, Advanced Nurse Practitioner, Public Health Nursing und konsequent ihre verantwortlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten in Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation, bevölkerungsgruppenorientierter Gesundheitsversorgung und u.v.m. adressieren. Ohne eine Veränderung der Finanzierungsstrukturen und der Anreizsysteme werden die Pflegeberufe kaum gestärkt werden können. An der Trennung der Sozialgesetzbücher sind relevante und vorwärtsbringende Reformen der Pflegeberufe in den letzten Jahren gescheitert. «

Sie haben in unserem gemeinsamen Podcast drastisch formuliert: Das SGB XI ist in Deutschland ein Grund für Deprofessionalisierung der Pflege. Welchen Instrumentenkasten haben wir, um das zu stoppen?

» Es gibt ein grundsätzliches Problem, weil die aktuell vorliegenden Instrumente zur Pflegebedürftigkeit und -qualität auch nicht für die Entwicklung von Personalbemessungsverfahren geeignet sind. Es gibt ein Problem im Pflegepersonalbemessungsverfahren: Es ist auf dem Begriff der Pflegebedürftigkeit aufgebaut und kann gar nicht Pflegebedarfe messen. Es perpetuiert eine verrichtungs- und defizitorientierte Pflege. Die Entwicklung des Instruments kann methodisch kritisiert werden, fördert aber auf jeden Fall die Entfachlichung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege. Wir wissen auch nicht, wie sich dieses Instrument auf die Qualität auswirkt, da noch mehr Helferinnen und Assistenten in der Pflege tätig sein werden. Die Gehaltslücke zwischen Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege zu schließen ist sinnvoll, ändert aber nichts an der Tatsache, dass eine professionelle Pflege in der Langzeitpflege kaum gewollt und möglich ist bzw. finanziert wird. Damit möchte ich betonen: bei allen Ideen zur Stärkung der professionellen Pflege und der Pflegeberufe ist es erforderlich, ein professionelles Verständnis beruflicher und fachlicher Pflege zugrunde zu legen. Vor diesem Hintergrund ist das Bekenntnis der Ampelkoalition, die Pflegeassistentenausbildung zu harmonisieren kritisch zu reflektieren. Die Harmonisierung kann dazu dienen, dass die Pflegeassistentenausbildung bundesweit vergleichbar ist, aber das Problem des Pflegepersonalmangels wird damit nicht adressiert. «

Sprechen wir kurz über die Digitalisierung der Pflege. Diese wird sehr eng nur unter den Gesichtspunkten der Effizienz diskutiert, nicht aber mit dem Ziel, bessere Qualität und bessere Prozesse der Patientenversorgung zu erreichen. Kann Digitalisierung in der Pflege mehr?

» Die Digitalisierung in der Pflege kann mehr, wenn sie im Kontext prozessorientierter Pflege gedacht wird. Unter Federführung der Pflegewissenschaft in Kooperation mit den relevanten Bezugsdisziplinen können wir die Digitalisierung als Unterstützung der bedarfsangemessenen und prozessorientierten Pflege als eigenen relevanten Punkt entwickeln. Eine erfolgreiche Digitalisierung in der Pflege kann nur erfolgen, wenn die Prozesse der Versorgung von allen Gesundheits- und Pflegeberufen verstanden werden und eine interdisziplinäre Gesundheitsversorgung fokussiert wird. Wir sollten auch die Chancen der Digitalisierung der Langzeitpflege erkennen: Die Unterstützung von Autonomie und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Im Koalitionsvertrag hat mich positiv überrascht, dass im Bereich der Pflegeversicherung aus den Eigenanteilen die Ausbildungumlage und aus der Pflegeversicherung sogenannte versicherungsfremde Leistungen wie Rentenbeiträge für die pflegenden Angehörigen und pandemiebedingten Zusatzkosten sinnvollerweise herausgenommen werden sollen. Wie sich die Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf die Versorgung dort auswirken wird, muss beobachtet werden. Damit könnten auch negative Anreize entstehen. Damit ist nicht automatisch verbunden, dass die Behandlungspflege tatsächlich finanziert wird. Die Stärkung der Pflegeausbildung ist hochrelevant.

Die Bereiche der autonomen durchzuföhrbaren Aufgaben für Pflegeberufe, auch durch Übertragung sogenannter heilkundlicher Aufgaben, ist absolut notwendig. Auch wenn wir diese Übertragung bereits seit 20 Jahren erfolglos in Deutschland versuchen umzusetzen. Im Koalitionsvertrag wird die Community Health Nurse explizit als förderwürdig betrachtet. Für eine niederschwellige, wohnortnahe und gesundheitsförderliche und präventive Gesundheitsversorgung kann die Community Health Nurse einen sehr wichtigen Beitrag liefern. Das Bekenntnis zur Stärkung der akademischen Pflege im Koalitionsvertrag ist positiv aufgefallen. Die Koalitionäre möchten sich der Problematik widmen, die Frage der Vergütung von Pflegestudierenden zu widmen, die primärqualifizierend nach Pflegeberufegesetz studieren. Auch dieser Punkt ist als bedeutsam einzustufen, da wir Pflegeberufsangehörige mit einem akademischen Abschluss benötigen, die patientinnen- und pflegebedürftigen arbeiten, um evidenzbasiertes Wissen in die Versorgung integrieren zu können. Denn hoch qualifizierte Pflegeberufe nützen den Patienten, den Pflegebedürftigen und dem Gesundheitssystem. Ein Schritt in die richtige Richtung ist, dass der Deutsche Pflegerat eine Stimme im G-BA erhält. Die Pflegeberufe sind strukturell in diesem Gesundheitssystem nicht verortet und können an Entscheidungen nicht teilnehmen und das Gesundheitssystem nicht mitgestalten. Da Pflegeberufe überwiegend nicht verkammert sind bzw. nicht als Körperschaft im Gesundheitssystem fungieren, ist die Integration des Deutschen Pflegerates die einfachste Möglichkeit, um dieses Problem zu lösen. Ich erkenne in diesem Koalitionsvertrag das Bemühen der Koalitionäre, die Pflegeberufe mehr als Berufsgruppe verstehen zu wollen, die mit vielen Kompetenzen sinnvoll an einer qualitativ hochwertigen, präventiven und gesundheitsförderlichen Gesundheitsversorgung teilnehmen können. «

SCHLECHTE G-BA NOTEN FÜR ZOLGENSMA

DIE MILLIONEN EURO INFUSIONEN

Von Dr. Christina Diessel, Versorgungsmanagement

Das Prinzip Preis folgt der Evidenz klingt für die Erstattung von Arzneimitteln plausibel. Gerade bei einem neuen Typ von Medikamenten, den Gentherapien, wird dieses Prinzip ausgehebelt. Die Pharmakonzerne rufen für diese neuartigen Therapien Preise in schwindelerregenden Höhen auf. Die klinische Studienlage ist zumeist dürftig und es bedarf weiterer Forschung. Das Gentherapeutikum Zolgensma ist das beste Beispiel hierfür. In Pharmakonzernen gilt die Regel: „Wehe dem, der solche Blockbuster nicht hat.“ Und Deutschland ist die Bühne, auf der die Pharmaindustrie mit den härtesten Bandagen für hohe Preise kämpft. Um die Finanzierbarkeit in der GKV weiter erhalten zu können, muss der Preis auch zukünftig der Evidenz folgen. Es muss gelten: niedrige Evidenz, niedriger Preis. Die Politik muss handeln und das unverzüglich.

Anfang November 2021 war es endlich so weit. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bewertete das Zwei-Millionen-Medikament Zolgensma vom Hersteller Novartis. Als höchste Instanz der Selbstverwaltung beurteilt der G-BA von allen neuen Arzneimitteln den zusätzlichen Nutzen gegenüber einer Vergleichstherapie. Das Ergebnis ist ernüchternd und reit sich in die unrühmliche Markteinführung des

extremen Hochpreisers ein. Konkret findet der G-BA aktuell gar keine Daten, die einen zusätzlichen Nutzen rechtfertigen könnten. Darauf musste die Öffentlichkeit lange warten. Denn ursprünglich sollte das Ergebnis schon Anfang Dezember 2020 da sein. Was war passiert? Als Orphan Drug genießt Zolgensma in der AMNOG-Bewertung ein besonderes Privileg. Der zusätzliche Nutzen gilt per Gesetz als belegt. Orphan



Drugs werden zur Therapie von seltenen Erkrankungen eingesetzt. Das Privileg wird jedoch häufig, wenn das Arzneimittel eine Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro erreicht. Dann wird vom G-BA eine vollständige Bewertung durchgeführt. In weniger als sechs Monaten erreichte Zolgensma diese Umsatzschwelle. Neben dem Titel teuerstes Arzneimittel weltweit, setzte Zolgensma damit einen weiteren zweifelhaften Rekord. Das gab es zuvor noch nie.

Schon die ersten Behandlungen mit Zolgensma in Deutschland standen unter einem ungünstigen Stern. Das Gentherapeutikum war zu dieser Zeit in Europa und damit auch in Deutschland noch gar nicht zugelassen. Lediglich die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA hatte schon eine Zulassung erteilt. Ohne eine europäische Zulassung kann ein Arzneimittel (eigentlich) in Deutschland nicht in die Versorgung gelangen. Das dient dem berechtigten Schutz der Betroffenen.

Mit Zolgensma werden sehr kranke und junge Kinder behandelt. Das wusste Novartis medial zu nutzen. So erreichte der pharmazeutische Unternehmer schon vor der Zulassung de facto eine Markteinführung über die Boulevard-Presse. Diese Medienpräsenz setzte viele Akteure

des Gesundheitswesens unter Druck, nicht zuletzt auch die Eltern der betroffenen Kinder. Dass es für den Großteil der betroffenen jungen Erkrankten eine andere therapeutische Alternative seit Juli 2017 gibt, wurde öffentlich kaum kommuniziert. Dabei bewertete der G-BA diese therapeutische Alternative Spinraza als sehr gut.

Sicher gibt es Einzelfälle, die nicht mit der therapeutischen Alternative versorgt werden konnten. Allerdings gibt es auch für diese Kinder einen therapeutischen Weg und dieser heißt Härtefallprogramm. Patientinnen und Patienten, die in einem Härtefallprogramm aufgenommen werden, sind sehr krank und haben keine Aussicht mit einer zugelassenen Therapie ausreichend versorgt zu werden. Die Kosten für das nicht zugelassene Arzneimittel trägt hier der Hersteller. Der Kostenaspekt motivierte Novartis wahrscheinlich, ein etwas anderes Härtefallprogramm aufzuziehen. Aus einem Härtefallprogramm für notleidende Kinder wurde ein Gewinnspiel. Denn Novartis verlor Therapien mit Zolgensma. Begründet wurde das offiziell mit der geringen Verfügbarkeit des neuen Arzneimittels. Auch wenn Ressourcen knapp sind, rechtfertigt das jedoch keine Lotterie. Ärzteschaft, Krankenkassen, Ethiker und Vertreter

der Politik kritisierten Novartis dafür stark. Gerade bei knappen Ressourcen muss die medizinische Notwendigkeit entscheiden, wer das Arzneimittel erhält und nicht das Losglück.

Kurz nach der Zulassung von Zolgensma in den USA kamen Vorwürfe wegen Datenmanipulation ans Licht. Die FDA warf Novartis vor, davon schon vor der Zulassung gewusst zu haben. Zwar schloss die FDA Ende März 2020 das Verfahren ohne regulatorische Folgen für Zolgensma ab, trotzdem bleibt der schale Geschmack eines bewussten Zurückhaltens an Informationen erhalten. Gerade bei neuen Arzneimitteltherapien ist das hinter dem Berg halten mit Informationen als sehr kritisch zu bewerten. Denn auch alle verfügbaren Informationen reichen für eine umfassende Bewertung der Patientenrelevanz oft nicht aus. Das ist auch der Grund, warum der G-BA Novartis zur anwendungsbegleitenden Datenerhebung verpflichtet hat. Hier werden Daten während der echten Anwendung im Versorgungsalltag des Arzneimittels zusammengeführt. Mit den gesammelten Daten erhofft sich der G-BA im Jahr 2027, ganze sieben Jahre nach Markteintritt, doch noch eine Aussage zum Zusatznutzen von Zolgensma treffen zu können.

Dass nicht alles Gold ist, was glänzt, zeigt der partielle Stopp einer weiteren klinischen Studie. In dieser sollte die Gabe von Zolgensma in den Wirbelkanal getestet werden. In Tierversuchen traten Nebenwirkungen auf, so dass aus Sicherheitsgründen ein Arm der Studie gestoppt wurde. Zu Beginn einer neuen therapeutischen Intervention sind noch nicht alle Risiken bekannt. Gerade deshalb müssen alle bekannten Informationen zu Risiken transparent kommuniziert werden.

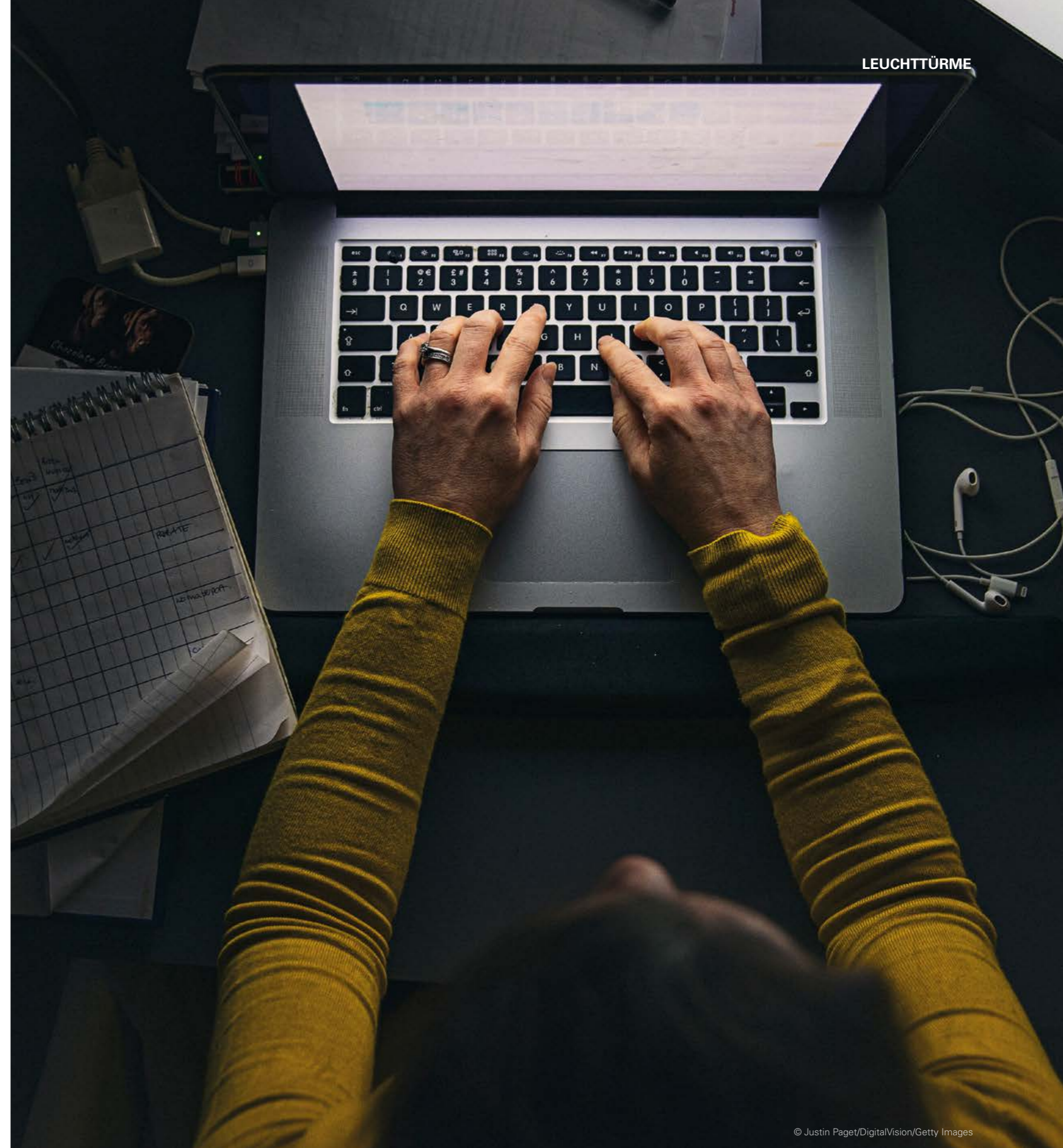
Novartis hat mit Zolgensma eine neue Hochpreisliga bei Arzneimitteln etabliert. Mit strategisch zweifelhaftem Kalkül führte der Pharmariese seinen extremen Hochpreis für 2,3 Millionen Euro verfrüht in den deutschen Markt ein und das mit relativ wenig Daten über den klinischen Nutzen. Das war zu diesem Preis nur möglich, weil in Deutschland die Preisfestsetzung für neue Arzneimittel allein dem Hersteller überlassen bleibt. Diesen Umstand gilt es zukünftig zu verbessern. Die Preismechanismen müssen geschärft werden, so dass wir den Zugang zu neuen Medikamenten für betroffene Menschen und deren Bezahlbarkeit miteinander vereinbaren können. ■

BKK GESUNDHEITSREPORT 2021

KRISE – WANDEL – AUFBRUCH

Von Karin Kliner, Dirk Rennert und Matthias Richter,
BKK Dachverband: GBE-Team der Abteilung Datenmanagement, Empirie, IT

Die Coronavirus-Pandemie sowie deren Folgen sind nach wie vor deutlich spürbar. Dies trifft nicht zuletzt auf das Arbeitsleben und die gesundheitliche Lage der Beschäftigten zu. Dabei lassen sich aus der aktuellen Entwicklung Zusammenhänge und Muster erkennen, aus denen Rückschlüsse für die zukünftige Gestaltung von gesundheitsförderlicher Arbeit gezogen werden können.



QUO VADIS MOBILITÄT?

Das meist tägliche Pendeln zwischen Wohnung und Arbeit war vor der Pandemie für die Mehrzahl der Beschäftigten ein Teil der täglichen Routine. In der aktuellen Beschäftigtenbefragung im Rahmen des BKK Gesundheitsreports 2021 gab mehr als die Hälfte (53,9%) an, regelmäßig zwischen Wohn- und Arbeitsort zu pendeln. Gleichzeitig hat die Zahl derer, die abseits ihres eigentlichen Arbeitsplatzes mobil oder im Homeoffice arbeiten, stark zugenommen. Lag der Anteil derjenigen, die im Jahr 2017 zumindest manchmal mobil bzw. im Homeoffice tätig waren, gerade mal bei 13,1%, so schnellte dieser Anteil im Zuge der Pandemie deutlich in die Höhe: Im Jahr 2020 betrug er bereits 35,7%, 2021 waren es dann sogar 41,7%, die die Möglichkeiten des mobilen Arbeitens regelmäßig nutzen (Abbildung 1).

» Für die wachsende Gruppe der Mobilen wird es zukünftig also mehr als einen Stuhl und einen Schreibtisch zur Motivation brauchen, um die Zeit und den Aufwand für das Pendeln aufzuwiegen. «

Bei den über 4 Millionen beschäftigten BKK Mitgliedern zeigt sich, dass vor allem männliche bzw. gutverdienende Beschäftigte mit hohem Schul- und Berufsabschluss, die in Führungspositionen tätig sind und komplexe Arbeitsaufgaben wahrnehmen, am häufigsten pendeln und dabei meist große Entfernungen verbunden mit hohem Zeitaufwand zurücklegen. Während bundesweit in ländlichen und grenznahen Regionen der Pendleranteil besonders hoch ist, werden von den in Ostdeutschland wohnhaften Beschäftigten generell die mit Abstand größten Strecken zurückgelegt. Bezogen auf bestimmte Berufsgruppen finden sich besonders hohe Pendleranteile beispielsweise bei den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen sowie bei den Sicherheitsberufen, deutlich geringere hingegen im Gastgewerbe oder bei den Gesundheitsberufen.

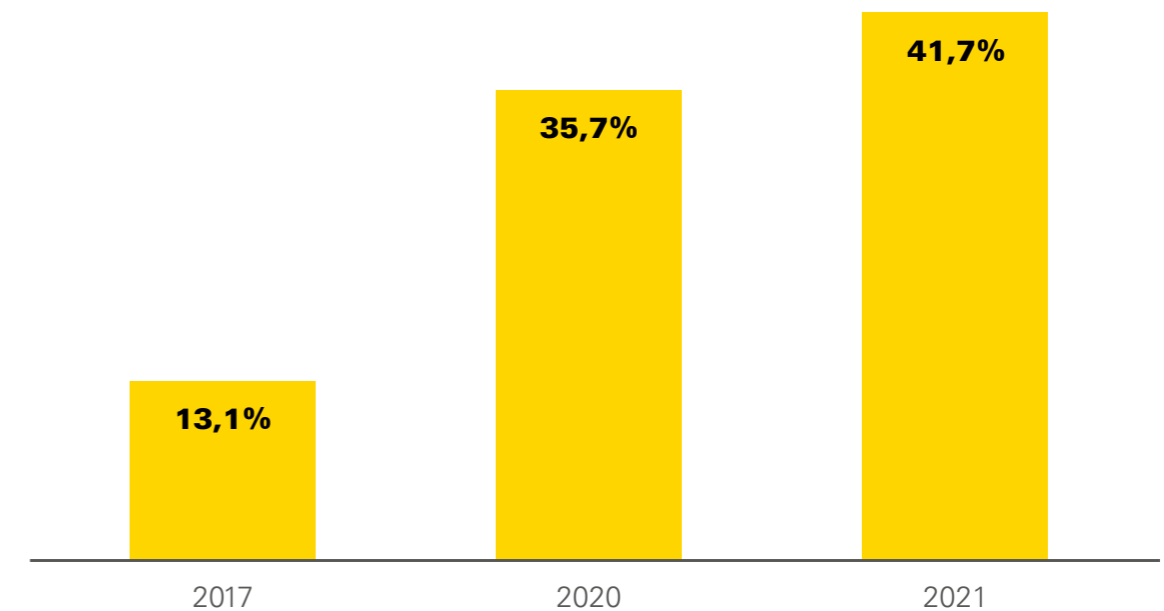
ANTEILE DER IM HOMEOFFICE BESCHÄFTIGTEN IN DEUTSCHLAND

Abbildung 1: Anteile der Beschäftigten, die regelmäßig (manchmal, oft oder immer) im Homeoffice arbeiten
(Quellen: 2017: mobilitat-in-deutschland.de; 2020/2021: BKK Beschäftigtenbefragung)

AU-FÄLLE DER BESCHÄFTIGTEN IM ZUSAMMENHANG MIT KRANKHEITEN DER ATEMWEGE

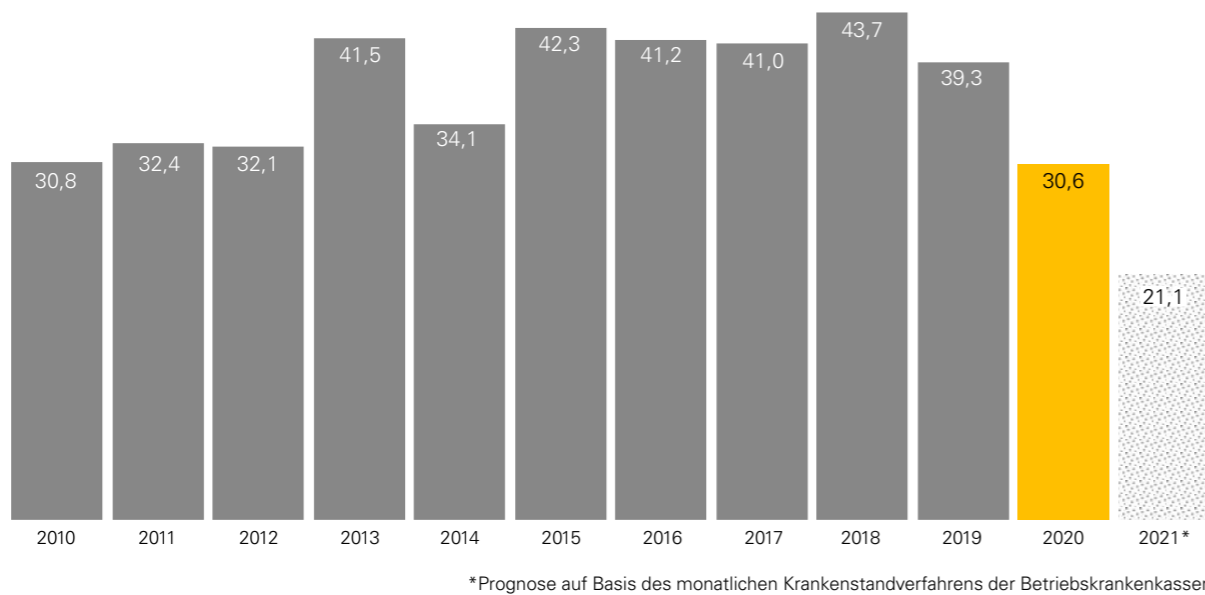


Abbildung 2: AU-Fälle je 100 beschäftigte Mitglieder aufgrund von Atemwegserkrankungen im Zeitverlauf (2010–2021)

GESUND DANK PANDEMIE?

Covid-19 hat nicht nur direkte, sondern auch indirekte Auswirkungen auf unsere Gesundheit bzw. auf eine Vielzahl von Versorgungsleistungen. Diverse Sonderregelungen wurden vor allem mit dem Ziel geschaffen, die Infektionsrate in der Pandemie so niedrig wie möglich zu halten und somit vor allem eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Exemplarisch sei hier die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen genannt. Primär wurden damit nicht notwendige Kontakte in der Arztpraxis und somit auch das dort auftretende Infektionsrisiko minimiert. Zusammen mit den Hygiene- und Abstandsregeln und der erhöhten Sensibilität gegenüber Erkältungssymptomen hat dies zu einem massiven Rückgang bei den Atemwegsinfekten und den entsprechenden AU-Fällen geführt. Trotz der anfänglichen Skepsis, dass diese Regelung zu häufigem Missbrauch führen könnte, hat sie doch im Gegenteil mit dazu geführt, dass die sonst übliche Grippewelle bei den Erwachsenen in der Saison 2020/2021 nahezu komplett ausgeblieben ist (Abbildung 2).

COVID-19: RISIKOFAKTOR GESCHLECHT?

Während jede zehnte beschäftigte Frau (10,0%) im Jahr 2020 einen Covid-19-Diagnose gestellt bekommen hat, lag der Anteil bei den männlichen Beschäftigten lediglich bei 7,7%. Laut Robert Koch-Institut ist das rein physiologisch definierte Risiko einer Infektion mit Covid-19 jedoch für beide Geschlechter in der Gesamtbevölkerung in etwa gleich groß. Wie lässt sich dieser Unterschied in den Versorgungsstatistiken des ambulanten Sektors aber erklären? Hierzu ist zunächst ein Blick auf den Frauenanteil in unterschiedlichen Branchen und Berufen hilfreich: Im Gesundheits- und Sozialwesen bzw. in Erziehung und Unterricht sowie in den Gesundheitsberufen bzw. den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen sind jeweils mehr als drei Viertel der Beschäftigten Frauen. Gleichzeitig sind dies diejenigen Branchen bzw. Berufe mit den meisten Covid-19-Diagnosen bzw. AU-Fällen und -Tagen, da hier das Infektionsrisiko tätigkeitsbedingt mit Abstand am höchsten ist. Umgekehrt zeigt sich, dass im Bau- oder IT-Bereich, in dem überwiegend Männer tätig sind und das Infektionsrisiko deutlich niedriger ist, die entsprechenden Kennzahlen im Zusammenhang mit einer Covid-19-Diagnose ebenfalls am niedrigsten sind. Die vorrangig

weiblichen Beschäftigten mit einem erhöhten Infektionsrisiko benötigen also besonderen und frühzeitigen Schutz, was in gleichem Maße auch für deren Betreuungspersonen gilt. Konsequenterweise wurden Beschäftigte in diesen Berufen mit hoher Priorität geimpft, was sich bereits in den Statistiken zum monatlichen Krankenstand deutlich niederschlägt: Die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose sind bei Berufen und Branchen, die priorisiert frühzeitig geimpft werden konnten, deutlicher als bei allen anderen Berufstätigen zurückgegangen und liegen seit April 2021 in etwa auf dem Niveau aller Beschäftigten (Abbildung 3).

ZUKUNFT DER GESUNDEN ARBEIT?

Durch die Pandemie hat das Arbeiten abseits des eigentlichen Arbeitsplatzes einen massiven Schub erfahren: Mehr als ein Drittel der Beschäftigten (34,1%) gibt sogar an, dass er zukünftig noch häufiger mobil bzw. im Homeoffice arbeiten wird. Hinzu kommt, dass mehr als ein Viertel der Berufstätigen (28,6%) von einem zukünftig höheren Digitalisierungsgrad der eigenen Arbeit ausgeht. Für die wachsende Gruppe der Mobilen wird es zukünftig also mehr als einen Stuhl und einen Schreibtisch zur Motivation brauchen, um die Zeit und den Aufwand für das Pendeln aufzuwiegen.

Zudem gilt nicht nur in der Arbeitswelt die Binsenweisheit: Die nächste Krise kommt bestimmt! Wie steht es also um die Resilienz der Beschäftigten? Mehr als vier von zehn Beschäftigten (42,3%) sehen sich persönlich gut auf zukünftige Krisen vorbereitet. Umgekehrt sehen allerdings nahezu genauso viele Befragte (44,3%) die Arbeitswelt im Allgemeinen schlecht auf zukünftige Krisen vorbereitet (Abbildung 4).

Ein scheinbarer Widerspruch, sind doch die Befragten am Ende selbst Teil dieser Arbeitswelt, die sich allerdings aufgrund ihres hohen Abstraktionsniveaus wesentlich schlechter als die unmittelbare, eigene Realität bewerten lässt. Unabhängig davon muss sich nicht zuletzt auch die Arbeitswelt auf zukünftige Krisen einstellen: Mit dem Klimawandel steht dabei schon längst die nächste epochale Herausforderung vor der Tür.

CHANCEN NUTZEN!

Der schon länger andauernde Wandel der Arbeitswelt hat durch die Coronavirus-Pandemie in vielen Bereichen einen massiven Schub erfahren. Vieles von dem, was zunächst als Ausnahmeregel konzipiert war, hat sich mittlerweile als langfristig praktikabel und erhaltenswert erwiesen. Beginnend mit der Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bzw. der fernmündlichen Ausstellung eines Arzneimittelrezepts wurden weitere digitale Möglichkeiten des Arzt-Patienten-Kontaktes etabliert, wie beispielsweise die Möglichkeit

ARBEITSUNFÄHIGKEIT IM ZUSAMMENHANG MIT COVID-19

Für ausgewählte Berufsgruppen für das I.-III. Quartal 2021

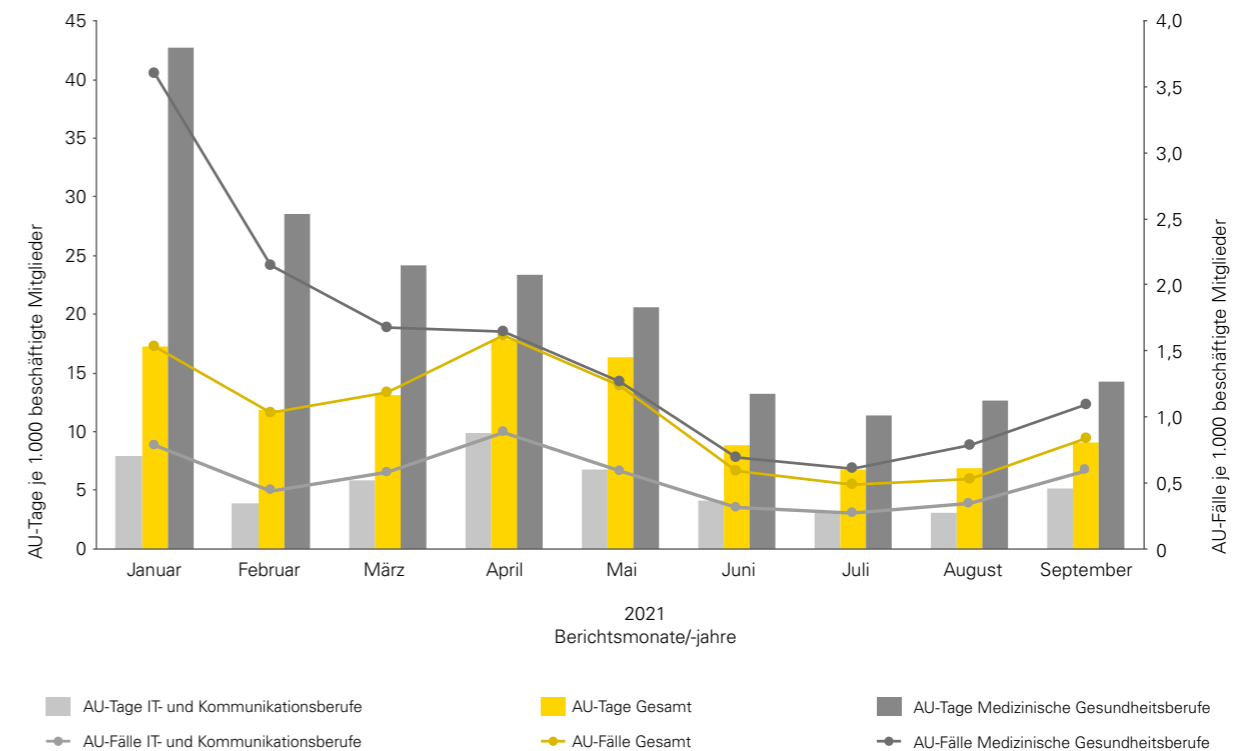


Abbildung 3: AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zusammenhang mit einer Covid-19-Diagnose (U07.1 oder U07.2) nach ausgewählten Berufsgruppen im Zeitverlauf (Januar bis September 2021)

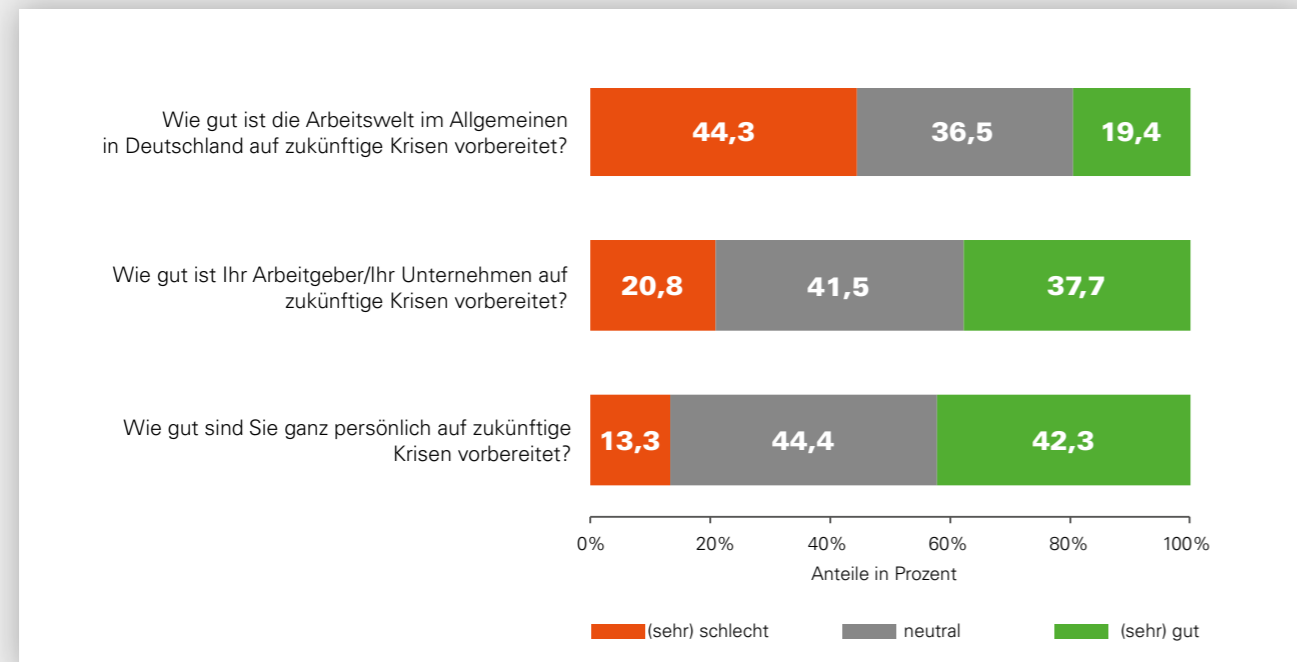


Abbildung 4: Umfrage - Antizipierte Vorbereitung auf zukünftige Krisen aus Sicht der Umfrageteilnehmer

psychotherapeutische Leistungen auch in Form von Videokonferenzen anzubieten. Darüber hinaus sind im Rahmen der Einführung des eRezepts und der eAU neue digitale Angebote geschaffen worden, die in Kombination mit den bereits genannten Sonderregelungen einen sicht- und spürbaren Nutzen insbesondere für die Beschäftigten entfalten können. Dabei steigt die Akzeptanz nicht nur mit der Transparenz, sondern insbesondere mit dem unmittelbaren Nutzen besagter digitaler Angebote, wie nicht zuletzt die hohe Inanspruchnahme solcher Leistungen im ambulanten Bereich eindrucksvoll zeigen. Hingegen wirken sich blumige Heilsversprechen, die den persönlichen Nutzen digitaler Anwendungen in eine unbestimmte Zukunft projizieren, eher kontraproduktiv auf die Akzeptanz der potentiellen Anwender aus.

Dies gilt in ähnlicher Weise für die arbeitsbedingte Mobilität: Das tägliche Pendeln hat massiv an Bedeutung verloren, gleichzeitig hat das ortsunabhängige und dezentrale Arbeiten ein Ausmaß erfahren, welches bisher als nahezu undenkbar galt. Diese sprunghafte Veränderung der Arbeitswelt bringt vielfältige Herausforderungen mit sich: Wie können Führungskräfte die Kohärenz ihrer Teams zukünftig aus der Ferne aufrechterhalten, wie schaffen es Beschäftigte, sich außerhalb der gewohnten Abläufe selbst zu organisieren und welche Rolle bzw. welchen (zusätzlichen) Nutzen wird der Arbeitsplatz vor Ort zukünftig noch haben? ■



**MEHR DETAILS? –
IM BKK GESUNDHEITSREPORT 2021!
KRISE – WANDEL – AUFBRUCH**

Welche weiteren Erkenntnisse hat die Beschäftigtenbefragung 2021 zu Tage befördert? Wie haben sich die Kennzahlen in der stationären Versorgung oder im Bereich der Arzneimittelverordnungen bei den 9 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2020 entwickelt? Detaillierte Informationen finden Sie im diesjährigen BKK Gesundheitsreport. Darüber hinaus freuen wir uns sehr über die zahlreichen Beiträge unserer Gastautorinnen und Gastautoren, welche die Datenperspektive um die Blickwinkel der Politik, Wissenschaft und Praxis erweitern und bereichern. Und nicht zuletzt gibt es neben der digitalen Variante des Reports für Datenaffine wieder zahlreiche interaktive Statistiken auf der Internetseite des BKK Dachverbands.



www.bkk-dachverband.de



NEUES STANDARDWERK

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Von Julia Schröder, Abteilungsleiterin Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation

„Im März dieses Jahres ist ein neues Standardwerk zur Prävention und Gesundheitsförderung erschienen. Das über 1.200 Seiten umfassende Werk, welches rückenschonend in 2 Bänden aufgelegt wurde, wird von Michael Tiemann und Melvin Mohokum herausgegeben. Zu Wort kommen zahlreiche renommierte Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem weiten Feld der Gesundheitsförderung und Prävention bzw. angrenzender Fachgebiete. In insgesamt 12 Teilen werden nicht nur Bedeutung, Grundlagen, Konzepte und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt, sondern auch die zentrale Rolle der Gesundheitskommunikation für die Prävention und Gesundheitsförderung beleuchtet. Zwei Teile erläutern differenziert zahlreiche Risikofaktoren sowie die Prävalenz und Bedeutung einzelner Krankheitsbilder und deren Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Hier werden bspw. auch Risikofaktoren wie Schadstoffbelastungen in der Außenluft und UV-Expositionen betrachtet; die engen Verflechtungen zwischen Umwelt und Gesundheit jedoch nicht tiefer diskutiert oder politische Forderungen abgeleitet. Dass der Klimawandel vielfältige direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit hat und Klimaschutzmaßnahmen in Politikfelder wie Energie, Verkehr und Landwirtschaft nachhaltige Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung, wäre sicherlich eine spannende Erweiterung des Denkraums der Leserinnen und Leser gewesen.

Die Beleuchtung des aktuellen Stands des Qualitätsmanagements in Bezug auf das Werksthema kommt nicht zu kurz: in neun Beiträgen werden Qualitätsentwicklung, Evaluation und Assessmentverfahren verschiedener präventiver Handlungsfelder beleuchtet. Dank Karin Schreiner-Kürten und Volker Wanek, beide GKV-Spitzenverband, wird die Bedeutung und Rolle der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung strukturiert und übersichtlich dargestellt. Die Mehrfachanläufe für ein Präventionsgesetz in Deutschland und die 2015 beschlossenen Inhalte wurden von ihnen kompakt und leicht verständlich aufbereitet. Und: immerhin knapp 100 der 1.200 Seiten widmen sich dem zentralen

Hrsg.: Prof. Dr. habil. Michael Tiemann und Prof. Dr. Melvin Mohokum

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Verlag: Springer
ISBN: 978-3-662-62426-5



AB INS REGAL

Thema der Gesundheitskommunikation in der Prävention: Wie gelingt Gesundheitskommunikation für besonders schwer erreichbare Zielgruppen? Welche Bedeutung hat das health-literacy Thema in der Gesundheitsförderung und wie steht es um die Evidenzbasierung von Gesundheitsinformationen? Dass diese Fragen so intensiv beleuchtet werden, macht ihren zunehmenden Stellenwert im Themenfeld deutlich und ein weiterer dicker Pluspunkt des Werkes. Tiemann und Mohokum haben ein umfassendes Nachschlagewerk zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung für Studierende, (Nachwuchs-)Wissenschaftler unterschiedlicher Provenienzen und Fachexpertinnen aus der Fachpraxis herausgegeben. Besonders vielversprechend ist der Blick in die beiden umfassenden Bände für alle, die mit interdisziplinärer Brille sowohl auf das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention einerseits und in die Themenfelder der Pflege, Akutversorgung und Rehabilitation andererseits schauen. Hervorzuheben ist, dass auch neuere soziale und umweltbezogene Determinanten Beachtung finden. Zu kurz kommt die Betrachtung des sich mit hoher Dynamik bei gleichzeitiger Unübersichtlichkeit entwickelnden Feldes der digitalen Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Einordnung dieses neuen Bereichs sowie eine Nennung des hier anstehenden Forschungsbedarfs zur sukzessiven Schließung von Erkenntnislücken bezüglich Wirksamkeit und Qualität würde dieses neue Standardwerkes. Nicht nur im Bereich der digitalen Prävention und Gesundheitsförderung wäre es ein zusätzlicher Mehrwert für die Leser gewesen, wenn Aspekte der „Usability“ und „User Experience“ intensiver oder expliziter aufgegriffen worden wären. Denn die Nutzerfreundlichkeit, Adressatengerechtigkeit, Auffindbarkeit und Attraktivität von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten im digitalen und analogen Raum gewinnt mit der sich verändernden Anspruchshaltung der Bürger, Konsumentinnen oder Rezipienten bzgl. der Verfügbarkeit und Individualisierbarkeit stetig an Bedeutung. Vermutlich hätte eine Abhandlung dieser zusätzlichen thematischen Aspekte endgültig den Rahmen und das zulässige Gesamtgewicht des Werkes gesprengt. ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 1 | 2022

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

Herausgeber/Verlag:
BKK Dachverband e.V.
Franz Knieps | Vorstand

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

TEL 030 2700 406 303 | redaktion@bkk-dv.de

Redaktionsschluss: 05. Januar 2022
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10707 Berlin
www.brettingham.de

Druck:
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin
www.koenigsdruck.de

Bildnachweis:
Titelbild: © sarayut Thaneerat/Moment/Getty Images, S. 15, 27, 35, 45, 49: Getty Images (www.gettyimages.com),
Seite 7,12: © CBS/THE BRETTINGHAMS GmbH

