

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

BLICK IN DIE ZUKUNFT



■ **DIGITALE TRANSFORMATION**
Hat die Digitalisierungsstrategie von
Lauterbach die Herausforderungen
einer alternden Gesellschaft erfasst?

■ **PLANETARY HEALTH**
Die Klimakrise hinterlässt Spuren: Vier von
fünf Jugendlichen leiden körperlich, Sorge
um die Zukunft wirkt auf die Seele.

BKK
Dachverband

Editorial

Stellen wir uns für einen Moment lang eine Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor, in der Ärztinnen und Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte, Patienten und deren Krankenkassen Zugang zu relevanten Gesundheitsdaten haben und diese entlang eines Therapiepfades mit allen Akteuren im Gesundheitswesen sektorenübergreifend ohne Schnittstellenprobleme teilen können. Nein, lassen wir das. Es genügt, das Land zu verlassen und uns bei den europäischen Nachbarn umzusehen. Meine jüngste Reise führte nach Helsinki. In Finnland trifft man auf Leute, die verstehen gar nicht, welches Problem wir haben! Linda Soikkeli vom finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit hat dort den effizienten, digitalen und strukturierten Datenaustausch beschrieben. Der finnische Staat verliert sich nicht in regulatorischer Feinsteuerung. Gesetze und öffentliche Gelder werden eingesetzt, um alle Beteiligten zu ermutigen, Neues auszuprobieren und Erkenntnisse zu teilen. Im Vordergrund steht die Patientenperspektive. Immer. Zusammenarbeit steht vor Eigennutz. Viele Lösungen, die wir in Deutschland seit langem diskutieren, sind schon lange selbstverständlicher Teil des medizinischen Alltags. Sämtliche Daten, die bei der Behandlung entstehen, werden automatisch in die zentrale Patientenakte Kanta übertragen. Zugriff auf diese Daten haben Healthcare Professionals und selbstverständlich die Patienten selbst. Und so ist es nicht nur in einem skandinavischen Land. In dieser Magazin Ausgabe berichten wir über das dänische Digitalnetzwerk Medcom und die Webseite sundhed.dk – eine Schnittstelle für Versicherte, um den eigenen Datensatz einzusehen, der von allen Beteiligten entlang der Patient Journey genutzt werden kann. Seit den 1990er Jahren gilt in Dänemark die Übereinkunft aller Leistungserbringer, dass Gesundheitsdaten zum Vorteil der Patientinnen und Patienten digital einsehbar sein müssen. Für eine bessere und effizientere Versorgung einer alternden Gesellschaft müssen die Herausforderungen Multimorbidität, Fachkräftemangel und Finanzierungsprobleme gemeistert werden. Uns aber fehlt der Taktgeber, es fehlt die Strategie, es fehlt die Koordinierung.

Es wäre schon viel getan, wenn wir selber in der GKV besser würden. Noch immer sind viele Kassen im Denken ihrer analogen Prozesse gefangen, auf die sie irgendwie digitale Lösungen aufsetzen wollen. Exponentiell wachsende Rechenleistung und der Blick in die genetische Struktur des Menschen führen zu noch nicht absehbaren Wirkungen auf gesundheitliche Versorgung und das soziale Sicherungsversprechen. Predictive Medicine wirkt auf die GKV, sie verschiebt die Versorgung aus der kurativen in die primär- und sekundärpräventive Begleitung von Menschen.

Daher können wir nicht länger festhalten an einem System der Doppelstrukturen in abgeschotteten Silos, an minutiöser Bürokratie, an absurden Vergütungssystemen für Ärzte mit undurchschaubaren Regelleistungssystemen, an Fehlsteuerung für die Krankenhauslandschaft. Schon gar nicht an Befunden, Rezepten und Medikationsplänen, die auf Papier geschrieben und mit Brief und Fax versendet werden. Es kann nicht so bleiben, dass wir einen Facharzttermin, einen OP Termin oder die Nachbehandlung rechtzeitig zur Entlassung aus dem Krankenhaus nur organisieren können, wenn wir jemanden kennen, der gut im System vernetzt ist, oder wir selber mit dem Facharzt befreundet sind.

Denken wir disruptiv in den Kassen! Teilen wir konsequent Erfahrung und Erkenntnis, nutzen wir Handlungsräume, die der Gesetzgeber schafft, steuern wir Kapazitäten, Finanzierung und Inanspruchnahme datenbasiert. Verbessern wir Transparenz Qualität und Patient Journey. Verlassen wir die Komfortzone der organisierten Verantwortungslosigkeit. Trauen wir uns Ungeheuerliches. Unsere Versicherten, unsere Betriebe werden es uns danken. Und vielleicht folgt uns dann sogar die Politik.

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

DIGITALE TRANSFORMATION: JETZT ABER WIRKLICH!

Woran liegt das, dass schon so lange über die Möglichkeiten von Digitalisierung geredet wird, aber zugleich so wenig passiert? Die Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit hat jetzt die wesentlichen Vorteile erfasst: eine bessere und effizientere Versorgung einer alternden Gesellschaft mit den Herausforderungen Multimorbidität, Fachkräftemangel und Finanzierungsproblemen. Wir diskutieren im Leitartikel zwei Gesetzentwürfe zur Einführung der elektronischen Patientenakte und zur Nutzung von Gesundheitsdaten, die im Februar 2024 in Kraft treten sollen. Eine intakte Gematik wäre hilfreich, doch der Minister setzt gerade Markus Leyck Dieken vor die Tür. Lauterbach macht seine Digitalagentur führungslos. **Ab Seite 6**





GESUNDHEIT UND POLITIK

Deutscher Pfl egetag:
Wir organisieren den Mangel

Eine aktuelle repräsentative Umfrage des Bosch Health Campus, die auf dem Deutschen Pfl egetag 2023 vorgestellt wurde, stellt der Gesundheitspolitik ein katastrophal miserables Zeugnis aus! Kaum Zutrauen in die Lösungskompetenz: Winzige zwei Prozent sehen das System der pflegerischen Versorgung gut vorbereitet. Pflege als Daseinsvorsorge braucht eine fundamentale Reform mit neuem Gesundheitsrecht. **Seite 24**



UNTERNEHMEN

MINDZEIT: Alles beginnt in unserem Kopf

Ein digitaler Achtsamkeits- und Entspannungsräum – entwickelt mit Erkenntnissen der Psychologie und Neurowissenschaften achtet konsequent auf die User Journey der App: ein leichter, intuitiver Zugang ohne Hürden, aber dafür mit positiven Emotionen. Die beiden Gründer von MINDZEIT wissen: Die digitale Welt erfordert Training für den Verstand und Techniken zur Förderung von Selbstreflexion. Nachlesen ab **Seite 30**



PLANETARY HEALTH

Klimakrise: Das Leiden der jungen Menschen

Die Studie „Zukunft Gesundheit 2023“ der vivida bkk und der Stiftung „Die Gesundheitsarbeiter“ zeigt: Die Klimakrise hinterlässt bei jungen Menschen Spuren: Vier von fünf Kindern und jungen Erwachsenen leiden körperlich unter Extremwetterlagen. Wegen Sorge um die Zukunft leidet die Seele. „Unsere Aufgabe ist es, gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen nach Lösungen zu suchen“, sagt Siegfried Gänsl er, Vorstand der vivida bkk. **Seite 38**

6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Digitale Transformation im Gesundheitswesen: Jetzt aber wirklich!

24 **PLANETARY HEALTH**
Deutscher Pfl egetag: Wir organisieren den Mangel

16 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Vorbild Dänemark: Digital Patient Journey

30 **UNTERNEHMEN**
MINDZEIT: Alles beginnt in unserem Kopf

38 **PLANETARY HEALTH**
Klimakrise: Das Leiden der jungen Menschen

46 **RAUS**
Impressum

42 **LEUCHTTÜRME**
Zeitbombe Zivilisationskrankheiten: Gesunde Ernährung. Gesunde Erde.



DIGITALE TRANSFORMATION IM GESUNDHEITSWESEN

JETZT ABER WIRKLICH!

Von Ulrike Müller, Politik und Kommunikation

Woran denken wir, wenn wir uns ein digitalisiertes Gesundheitswesen vorstellen? Videosprechstunden? Roboter, die im Krankenhaus Essen servieren? Online Termine vereinbaren? Patientenakten im Computer statt in Hängeregistaturen?

Das ist die Zukunft der Vergangenheit. Solche Antworten hätten wir auch vor 20 Jahren auf die Frage nach einem digitalisierten Gesundheitswesen geben können. Und doch prägen sie weiterhin unsere Vorstellungen von Digitalisierung. Woran liegt das? Daran, dass schon so lange über die Möglichkeiten von Digitalisierung geredet wird, aber zugleich so wenig passiert ist? Dass viele groß angekündigte Vorhaben wie die elektronische Gesundheitskarte und die elektronische Patientenakte überhaupt keinen spürbaren Mehrwert hatten? Daran, dass Befunde, Arztbriefe, Rezepte, Medikationspläne, Krankenseinweisungen immer noch auf Papier geschrieben und verbreitet werden, per Brief, per Fax? Können wir uns gar nicht vorstellen, wie eine echte digitale Transformation aussehen könnte?

Es gibt einige Anzeichen dafür, dass sich jetzt etwas ändert. Die Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (häufig verspottet als „viele bunte Bilder“) hat eine zentrale Notwendigkeit erfasst und kommuniziert: eine bessere und effizientere Versorgung angesichts einer alternden Gesellschaft mit all ihren Folgen wie Multimorbidität, Fachkräftemangel und Finanzierungsproblemen. Daraus wurden zwei Gesetzesentwürfe zur Einführung der elektronischen Patientenakte und zur Nutzung von Gesundheitsdaten entwickelt, die jetzt ins parlamentarische Verfahren gehen und im Februar 2024 in Kraft treten sollen. Zwei weitere Gesetze sollen folgen, eines zur Umwandlung der gematik in eine digitale Gesundheitsagentur, ein weiteres, genannt Medizinforschungsgesetz, zur Beschleunigung von klinischen Studien. Die beiden bereits vorliegenden Gesetze, das Digital-Gesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, geben Anlass zur Hoffnung. Hat die Aufholjagd jetzt begonnen? Finden wir Anschluss an andere Länder, die schon eine größere Strecke auf dem Weg hin zu einem digitalen Gesundheitswesen zurückgelegt haben? Und was muss passieren, damit es dieses Mal klappt und wir nicht wieder, wie so oft zuvor, zurückgeworfen werden?

KLEINE UND GRÖßERE SCHRITTE IN DER VERSORGUNG

Bei den eingangs genannten Beispielen handelt es sich um analoge Vorgänge, die mit Hilfe digitaler Technologien weiterentwickelt wurden. Dahinter steckt das alte Denken: Wir gehen zum Arzt oder Ärztin in die Sprechstunde. Jemand bringt uns Essen ans Bett. Wir vereinbaren einen Termin in einer Praxis. Unsere Befunde und die Arztbriefe werden in der Akte abgelegt.

Ja, es ist ein Fortschritt, wenn wir als Patienten und Patientinnen uns nicht wegen jeder Kleinigkeit selbst in die Praxis bemühen müssen. Wir sparen Zeit, stecken uns und andere nicht zusätzlich an, erholen uns besser, weil wir zuhause bleiben können, wenn wir bettlägerig sind.

Es ist eine Erleichterung für das ohnehin schon knappe Personal im Krankenhaus, wenn es von Tätigkeiten wie Essen verteilen entlastet wird. Es ist entlastend, wenn wir jederzeit online Termine vereinbaren können und nicht abhängig davon sind, dass in der Praxis auch jemand ans Telefon geht, oder eine E-Mail beantwortet. Und natürlich ist es hilfreich, wenn all unsere Befunde, Röntgenaufnahmen, Medikationspläne eingescannt werden und jederzeit am PC wieder abrufbar sind, wenn wir sie nicht sorgfältig aufbewahren und überall hin mitnehmen müssen.

Und doch sind diese Beispiele nur erste Schritte, noch tief verhaftet im analogen Denken. Sie erreichen keine neue Ebene der Versorgung. Im besten Fall lassen diese Beispiele sich weiterentwickeln, wenn etwa die Videosprechstunde zu einem softwaregestützten Telekonsil wird, perspektivisch auch mit Unterstützung KI-gestützter Diagnosesysteme, bspw. in der Dermatologie. Das lässt sich weiterdenken, in Richtung einer grundlegenden

Vernetzung von Systemen und Versorgungsbeteiligten über digitale Kommunikations- und Dokumentationsmöglichkeiten. Damit können sich bspw. Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen mit nur wenigen Fachabteilungen schnell via Videokonferenz und ggf. weiteren, digitalen Anwendungen mit anderen Krankenhäusern vernetzen, die die entsprechende Fachabteilung vorhalten. Die Devise ist dann nicht mehr, überall alles zu haben, sondern sich gut zu vernetzen.

ZUSATZEFFEKT: DIGITALISIERUNG FEDERT DEN FACHKRÄFTEMANGEL AB

Dieses Vorgehen ist durch die alternde Gesellschaft und den daraus resultierenden Fachkräftemangel ohnehin unausweichlich. Auch die Sektorengrenzen dürften durch diese Art der Vernetzung durchlässiger werden, ebenso wie die Grenzen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen und weiteren Akteuren in der Versorgung. Die Möglichkeiten lassen sich endlos weiterspinnen. In dünn besiedelten Regionen, aber auch grundsätzlich, könnte ein Großteil der ärztlichen Hausbesuche durch Videobesuche ersetzt werden, ebenso wie aufsuchende Besuche in der Praxis, die für mobil eingeschränkte Menschen oder auf dem Land ohne Auto einen Riesenaufwand bedeuten. Qualifizierte Pflegekräfte könnten vielfach ärztliche Tätigkeiten übernehmen, und dabei in Videokontakt mit dem behandelnden Arzt stehen usw.

SACKGASSEN

Es gibt aber auch Sackgassen, wie das Einscannen von Papierdokumenten. Eingescannte Dokumente erlauben es nicht, auf einen Blick zu erfassen, wie der Gesundheitszustand eines Patienten ist, wo es auffällige Veränderungen gibt, welche Medikamente möglicherweise nicht zueinander, zu bestimmten Allergien oder bestimmten Diagnosen passen. Diese Dokumente muss man mühsam durchforsten, genau wie Papierdokumente. Einen Mehrwert für Versicherte bzw. Patienten und Patientinnen erhalten digital vorliegende Patienteninformationen erst dann, wenn sie als strukturierte Daten vorliegen, die verknüpft, gefiltert und sortiert werden können. So können auf Knopfdruck alle wesentlichen Informationen zu spezifischen Fragestellungen zur Verfügung gestellt werden. Darin liegt enormes Potential für eine passgenaue Versorgung – sowohl auf individueller Ebene, bezogen auf die Daten eines einzelnen Patienten, als auch im viel größeren Rahmen, wenn diese strukturierten Daten für die Forschung zur Verfügung gestellt werden.

VERSORGUNG GANZ NEU GEDACHT – BASIEREND AUF DATENAUSWERTUNG

Versichertendaten können für ein digitales Versorgungsmanagement sowie zu Präventionszwecken genutzt werden. Im Gesundheitsdatennutzungsgesetz gibt es einen neuen § 25b SGB V, der den Grundstein für eine datengestützte Versorgung legen könnte. Krankenkassen können Versichertendaten für bestimmte Zwecke wie bspw. die Erkennung des Risikos schwerer Krankheiten oder – banaler – Impflücken auswerten und Versicherten Empfehlungen geben, wie sie präventiv tätig werden können, um ihr Risiko zu minimieren. Ein solches Vorgehen kann durchaus Ängste auslösen, vor Datenmissbrauch, oder auch davor, mit einer schlimmen Diagnose allein dazustehen. Darum sollte diese Regelung, die wesentlich für eine bessere und effizientere Versorgung werden kann, mit Umsicht umgesetzt werden. Das kann bedeuten, dass die Zwecke, zu denen Daten verarbeitet werden, sehr konkret benannt werden. Wir (Betriebskrankenkassen) würden gern die Prävention, d.h. Verhinderung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit, als einen Zweck ergänzen. Kassen sollten, wenn sie ein Risiko für Pflegebedürftigkeit bei einem Versicherten entdecken, auf diesen oder diese Versicherte zugehen und konkrete Beratung und Maßnahmen anbieten dürfen. Andererseits sollten die bereits im Gesetzentwurf formulierten Zwecke konkretisiert und mit Verpflichtungen seitens der Kassen ergänzt werden, so dass wirklich niemand in die Situation kommt, bspw. übers Wochenende oder sogar mehrere Wochen lang allein mit der Möglichkeit einer angstbehafteten Diagnose klarkommen zu müssen. Denkbar sind hier die Zusammenarbeit mit entsprechenden Ärzten oder ein konkretes Terminangebot bei einem Arzt oder Facharzt.

Letztendlich können Versicherte von bedarfsorientierten und proaktiven Kontaktaufnahmen der Kasse sowie von individuell zugeschnittenen Versorgungs- und Beratungsangeboten nur profitieren. Selbstredend wird es aber auch das sog. „Recht auf Nichtwissen“ weiterhin geben. Der automatisierten Datenauswertung durch Krankenkassen kann man widersprechen. Und es ist gesetzlich festgelegt, dass daraus keine Nachteile für die Versorgung entstehen dürfen.

DATEN SIND GOLD WERT

Daten, die letztendlich durch die Solidargemeinschaft der Versicherten zur Verfügung gestellt werden, haben einen Wert, und zwar im doppelten Sinne. Sie können die Bekämpfung von Krankheiten durch Forschung vorantreiben: Die systematische Auswertung von medizinischen Daten verbessert darüber hinaus die Erkennung von Krankheiten, ermöglicht individuell ausgerichtete Therapien und eröffnet neue Heilungschancen. Das macht sie immens wertvoll für das Erreichen eines der größten Ziele der Menschheit: Krankheiten zu bekämpfen.



© Qi Yang/Moment/Getty Images

Daten haben aber auch einen Warenwert. Große, strukturierte Datenmengen ermöglichen Forschung durch die Industrie. Diese kann zum Wohle der Menschheit erfolgen, wenn daraus Erkenntnisse zur Bekämpfung von Volkskrankheiten und tödlichen Erkrankungen gewonnen werden. Es ist aber auch Forschung bspw. für sog. „Lifestylemedikamente“ oder für andere kommerzielle Zwecke denkbar. Darum sollten wir darüber nachdenken, wie wir diesen Warenwert wieder für die Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems nutzen können. Denkbar wäre die Einführung eines Beitragssystems für die Nutzung der Daten der Solidargemeinschaft, so dass bspw. private Wirtschaftsunternehmen für den Zugriff auf die geplante Forschungsdatenbank zahlen müssen.

VERWALTUNGSPROZESSE

Weniger spektakulär, aber ebenso wichtig ist die Beschleunigung von Verwaltungs- und Steuerungsprozessen durch Digitalisierung. In Betreff auf die Krankenkassen ist die Digitalisierung in diesem Bereich vergleichsweise weit vorangeschritten. Als Beispiele für den

versorgungsrelevanten Bereich können das eRezept und die eAU herangezogen werden, zudem finden zahlreiche sozialrechtliche Datenaustauschprozesse statt. Auch interne Kassenprozesse und Vorgänge bei den Kundenschnittstellen werden digitalisiert. Derzeit betrifft das vor allem sogenannte Massenprozesse, also wiederkehrende Abläufe mit geringerer Komplexität. Beim Kundenkontakt, in der Kommunikation und Beratung ist der Einsatz von KI möglich. Da sie sich schnell weiterentwickelt, kann sie zunehmend auch auf individuelle Beratung ausgedehnt werden. Bereits selbstverständlich sind Online-Geschäftsstellen und Online-Kommunikation.

HINTERHERHINKEN

Bei der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen gibt es kein Ankommen in dem Sinne, dass die Transformation eines Tages komplett vollzogen sein wird. Denn parallel zu ihrer Integration in unser Gesundheitssystem entwickeln sich die digitalen Technologien weiter. Man kann das als ein Wettrennen sehen, das wir nicht gewinnen können. Und so stellt es sich derzeit auch häufig dar: Immer wenn eine Neuerung durch das politische System und die gesellschaftlichen Debatten gegangen ist und eingeführt werden kann, ist sie technisch bereits überholt. An Beispielen mangelt es nicht: eGK, ePA, Telematikinfrastruktur.

Das muss aber nicht so sein. Andere Länder zeigen uns, welche Potenziale die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat. Und auch hierzulande ist von politischer Seite eine Beschleunigung der Prozesse zu sehen: Wie eingangs erwähnt, sind mit dem Digital-Gesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz zwei große Gesetzgebungsvorhaben zur

Einführung der elektronischen Patientenakte und zur besseren Datennutzung angelaufen. Mit dem Gesetz zum Umbau der gematik in eine Digitalagentur und dem Gesetz zur Stärkung medizinischer Register werden zwei weitere Digitalisierungsgesetze folgen. Dazu kommt das ebenfalls bereits erwähnte Medizinforschungsgesetz.

VORBEHALTE ERNST NEHMEN UND ENTKRÄFTEN

Damit es dieses Mal klappt, kommt es vor allem darauf an, die Menschen mitzunehmen. Digitale Kompetenzen und Vertrauen sind dafür essentiell. Gerade bei den Leistungserbringern – nicht bei allen, aber bei großen Teilen etwa der Ärzteschaft, die hier nur exemplarisch herausgegriffen werden soll – sind noch erhebliche Vorbehalte spürbar. Sie verstehen Digitalisierung als zusätzlichen Ballast, weil es natürlich notwendig ist, sich mit neuen Systemen, einer neuen Art der Datenerfassung und des Datenaustausches, mit neuen digitalen Versorgungsformen auseinanderzusetzen, sich mehr als gewohnt mit anderen Leistungserbringern auszutauschen, auch mehr Einsicht in das eigene Tun zu gewähren, kurz: eingetretene Pfade zu verlassen. Dabei sind die Vorteile unschätzbar: Wenn es läuft, sollte die Bürokratie sich verringern. Bessere und strukturierte Daten erweitern die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Digitale Versorgungsangebote wie DiGAs oder dDMP können dafür sorgen, dass auch ohne häufige Besuche in Arztpraxen der Kontakt zwischen Ärzten und Patienten stetig aufrechterhalten bleibt. Glücklicherweise gibt es in der jüngeren Ärztesgeneration einige, die die Vorteile sehen und auch bereits eigene Vorschläge haben, wie die Digitalisierung helfen kann, den Fachkräftemangel auszugleichen und dabei zugleich die Versorgung zu verbessern (meinepraxis.de, Avi Medical).

»Den Krankenkassen bietet sich die Chance, über den Mehrwert der ePA zu informieren und die Menschen wirklich mitzunehmen. Bringen wir die Versorgung jetzt einen Riesenschritt voran!«

Auch unter Versicherten gibt es Vorbehalte. Manche fürchten gläserne Patienten, die aufgrund ihrer Krankengeschichte keine Lebensversicherung abschließen und keinen Kredit kriegen können. Es ist einfach, das als albern abzutun. Besser ist es, zu erklären, Ängste abzubauen. Den Krankenkassen wird dabei eine herausragende Aufgabe zukommen, denn sie sind es, die über die Funktionen der ePA informieren müssen, die Voreinstellungen und das Opt-out erläutern. Auch, wenn das enormen zusätzlichen Aufwand bedeutet: Hier bietet sich eine Chance, die Menschen wirklich mitzunehmen und aus Kassensicht auf den Mehrwert der Digitalisierung, durchaus auch für den Alltag von Patienten, hinzuweisen.

Versicherte werden durch die Digitalisierung, durch digitale Anwendungen, die sie auf eigenen Geräten (Smartphones) verwalten und steuern, gewissermaßen ertüchtigt, selbst an der Therapie mitzuwirken. Die Nutzung mobiler Anwendungen birgt neue Chancen für eine selbstbestimmte Rolle der Patienten im Behandlungsablauf und für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz.

FAZIT

Jetzt gibt es eine echte Chance, bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen einen großen Schritt weiterzukommen. Diese Chance sollten wir nicht verstreichen lassen. Dabei können wir einiges besser machen als bisher:

- Loslegen, auch wenn noch nicht alles perfekt ist. Es ist gut, dass die ePA 2025 mit der Opt-out-Möglichkeit flächendeckend eingeführt wird, auch wenn sie am Anfang noch nicht für viele Zwecke einsetzbar sein wird. Wenn alle oder fast alle Versicherten eine ePA haben, entsteht eine ganz andere Dynamik als sie mit der Opt-in-Variante möglich war.
- Ein solches Vorgehen erfordert ständige Weiterentwicklungen, es werden immer wieder neue Herausforderungen auftauchen, und zwar auf vielen Ebenen: technisch, gesellschaftlich, ethisch. Dafür müssen Lösungen gefunden werden. Das sollte uns nicht entmutigen, sondern ein Ansporn sein, das System stets, und zwar während des laufenden Prozesses, zu verbessern. Das ist der schnellen Entwicklung von neuen Technologien sehr viel angemessener, als immer wieder ganz neu von vorne anzufangen. Die Bundesregierung sollte hier standhaft bleiben und daran festhalten, wesentliche Grundsteine zu legen, die dann ausgebaut und optimiert, ggf. auch korrigiert werden können. Dazu gibt es schließlich Evaluationen.
- Ganz wesentlich ist es, künftig digital zu denken statt nur analoge Prozesse in die Zukunft zu verlängern. Nur dann können die Potentiale der Digitalisierung voll ausgeschöpft und ganz neue Möglichkeiten erschlossen werden.
- Der Erfolg der digitalen Transformation des Gesundheitswesens steht und fällt mit der Akzeptanz der Bevölkerung und der Akteure im Gesundheitswesen. Die Akzeptanz in der Bevölkerung ist gewachsen, wie eine aktuelle bitkom-Umfrage zeigt (7 von 10 Deutschen wünschen sich KI-Unterstützung in Klinik und Praxis | Presseinformation | Bitkom e. V.). Diesen Schwung gilt es zu nutzen. Dabei kommt es darauf an, dass die Anwendungen und Versorgungsmöglichkeiten, die bereits möglich sind – wie das eRezept –, auch funktionieren, und dass die Versicherten eine Perspektive über weitere Entwicklungen kriegen. Die Dynamik der Entwicklung muss spürbar sein, dabei wäre es hilfreich, wenn alle Akteure im Gesundheitswesen sich daran beteiligen.
- Ängste und Sorgen auf allen Seiten dürfen nicht kleingeredet werden. Eine kritische Begleitung des Prozesses ist wünschenswert. Dabei muss es, wie bereits erwähnt, auch möglich sein, Entwicklungen, die negative Effekte zeitigen, zu korrigieren.

Lassen Sie uns die Chance nutzen, in der Versorgung jetzt einen Riesenschritt voranzukommen! ■

VORBILD DÄNEMARK

DIGITAL PATIENT JOURNEY

Von Matthias Kretzler, Versorgungsmanagement

Wir bewegen im deutschen Gesundheitssystem heute vor allem Menschen und nicht Daten. Das hat Folgen: Arztbesuche mit 17 Kontakten pro Jahr und Versicherten. Das ist meist nicht wegen der eigentlichen medizinischen Behandlung erforderlich, sondern wegen Dokumentation und Sicherstellung der Vergütung. Die jedes Jahr steigende Zahl der Besuche in der Sprechstunde korrespondiert übrigens mit einer hohen Arztdichte in Deutschland. International belegt Deutschland bei beiden Kennzahlen einen Spitzenplatz. Und wie viel Zeit nehmen sich Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten? In Deutschland dauert eine Konsultation im Durchschnitt 7,6 Minuten. In den meisten EU-Staaten haben Ärzte und Ärztinnen mehr Zeit für den Patientenkontakt. Unser Blick nach Dänemark zeigt noch einen Unterschied: Eine elektronische Patientenakte gibt es dort bereits seit 2003. Wird das noch was mit der digitalen Aufholjagd?



© Malorny/Moment/Getty Images

Wer krank wird, hat einen Anspruch auf medizinische Versorgung. Mit knapp 2000 Krankenhäusern und 50000 Praxen scheint Deutschland hierfür eigentlich gut ausgestattet zu sein. Doch Medizin ist Teamplay: Hausärztliche und fachärztliche Praxen, Rettungsdienste, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflege und viele mehr bilden je nach Krankheitsbild eine Versorgungskette, an der sich Patientinnen und Patienten entlangbewegen. Gerade in dünn besiedelten Gebieten kann jedoch bereits die Suche nach einem neuen Hausarzt eine echte Herausforderung darstellen. Ein Facharzttermin lässt sich trotz Überweisung vielleicht nicht vereinbaren, weil das Telefon immerzu besetzt ist. Und die Nachbehandlung nach der Operation im Krankenhaus gestaltet sich ebenfalls holprig. Die Patientenpfade sind eher verschlungen als geradlinig. Wohl dem, der sich gut im Gesundheitswesen auskennt.

Dass es auch anders geht, zeigen Länder wie Dänemark. Seit der großen seit 2007 umgesetzten Krankenhausreform steht Deutschlands nördlicher Nachbar immer wieder im Fokus der gesundheitspolitischen Betrachtungen. So hatte sich zwischen 2019 und 2021

» Die dänische Krankenhauslandschaft setzt seit gut 20 Jahren konsequent auf Spezialisierung und Zentralisierung. Seit 2003 gibt es in Dänemark die ePA.«

auch der BKK Dachverband an dem Innovationsfondsprojekt „K:IDD – Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark“ unter der Leitung der TU Berlin beteiligt. Im Zuge der Reform wurde die Zahl der Krankenhäuser mehr als halbiert. Dass sich in der gleichen Zeit die klinischen Ergebnisse in dem Land erheblich verbesserten, lag nicht nur an der Zentralisierung von Leistungen an unterschiedlichen spezialisierten Standorten. Gleichzeitig wurde auch der Zusammenhang im Gesundheitswesen gestärkt und die Digitalisierung der Patientenpfade weiter vorangetrieben.

Bereits seit 2003 gibt es in Dänemark eine elektronische Patientenakte, auf die die Menschen selbstständig zugreifen können. Dem vorangegangen war in den 1990er Jahren eine Übereinkunft der verschiedenen Leistungserbringer, dass die Gesundheitsdaten zum Vorteil der Patientinnen und Patienten untereinander digital einsehbar sein müssen. Das von der öffentlich finanzierten Digitalisierungsorganisation Medcom erschaffene Netzwerk wurde dann zum Anfang des Jahrtausends mit einer Schnittstelle für die Versicherten erweitert und ermöglicht heute unter der Adresse sundhed.dk („sundhed“ = dän. Gesundheit) den Abruf der eigenen Gesundheitsdaten bis ins Jahr 1977. Dieser Datensatz kann auch von allen Stellen entlang des Patientenpfades beschrieben und gelesen werden und bildet damit die Grundlage für ein reibungsloses Geleit durch das dänische Gesundheitssystem.

Wer sich längerfristig in Dänemark aufhält und beim Einwohnermeldeamt registriert, erhält neben seinem Aufenthaltstitel auch eine (bis heute analoge) Karte für den Nachweis der Krankenversicherung. Auf dieser ist zum einen die „zentrale Personenregisternummer“ aufgedruckt, die für sämtliche Behördengänge zu verwenden ist. Daneben ist auf der daher auch „CPR-Kort“ genannten Karte der Name der bei ihrer Ausstellung gewählten hausärztlichen Praxis eingraviert. Die Praxis zu wechseln ist nur bei Wohnortwechsel oder gegen eine Gebühr von 220 dänischen Kronen (ca. 30 EUR) möglich.

Diese Primärpraxis ist für die meisten Behandlungspfade der Einstieg in das dänische Gesundheitssystem. Rund 90 % aller Behandlungen können hier abgeschlossen werden. Da alle dänischen Hausärztinnen und -ärzte gleichzeitig auch gynäkologisch und pädiatrisch ausgebildet sind, finden sich in diesen Bereichen fast gar keine Facharztpraxen. Aber auch in allen anderen Fachrichtungen ist Dänemark im niedergelassenen Bereich dünn aufgestellt. Gerade einmal 42 internistische und nur 16 radiologische Praxen listet Medcom in der Statistik für ganz Dänemark auf. Der Grund hierfür ist, dass fast alle fachärztlichen ambulanten Behandlungen in Dänemark in Krankenhäusern durchgeführt werden. Nur Augen- und Hals-Nasen-Ohrenärzte sind in erwähnenswerter Anzahl im niedergelassenen Bereich vorhanden.

Die dänischen Primärpraxen werden von Gesundheitsökonominnen als so genannte „Gate Keeper“ klassifiziert, da sie die „Tore“ in die weitere Versorgung „bewachen“. In der Tat ist anders als in Deutschland ein direkter Zugang zu den Krankenhäusern oder der fachärztlichen Versorgung nicht vorgesehen. Der Patientenpfad setzt sich aber nicht nur durch ärztliche Überweisung (z. B. vom Hausarzt an den Facharzt und von dort ins Krankenhaus) fort, sondern auch durch Einlieferung per Rettungsdienst oder auch per telefonischer Terminvergabe. In den Landesteilen Seeland und der Hauptstadtregion ist letzteres auch während der normalen Praxisöffnungszeiten möglich.

Am Telefon wird dann entschieden: Handelt es sich doch um einen Notfall, bei dem man besser direkt die 112 gewählt hätte? Dann erfolgt die sofortige Übermittlung des Falls an den Dispatcher, der entsprechende Rettungsmittel auslöst. Ansonsten fragen die diensthabenden Ärzte oder die speziell ausgebildeten Pflegekräfte in den Callcentern der Hauptstadtregion strukturiert die Symptome des anrufenden Patienten ab. Dabei können sie die Daten auf der ePA des Patienten einsehen und über diese auch Termine in der Akutstelle eines Krankenhauses buchen oder sogar Rezepte erstellen. Stellt sich jedoch heraus, dass

ein Warten auf eine Behandlung in der Primärpraxis aus medizinischen Gesichtspunkten akzeptabel ist, endet das Gespräch mit einem entsprechenden Verweis darauf. Hausarzttermine können in allen Regionen über die App „Min Læge“ („Mein Arzt“) gebucht werden. Ausnahmen vom Gatekeeper-Prinzip bestätigen auch in Dänemark die Regel. Der Gang zum Zahnarzt erfolgt ohne Umwege und ist – Kinder und Jugendliche ausgenommen – im Vergleich mit Deutschland noch umfassender von Zuzahlungen geprägt. Kein Wunder, dass fast alle Einwohner über eine private Zahnzusatzversicherung verfügen. Wer den Hausarzt umgehen will, um einen niedergelassenen Facharzt direkt anzusteuern, kann darüber hinaus in die „Versicherungsgruppe 2“ wechseln. Hier muss im Gegenzug ein Teil der Behandlungskosten, der sich je nach Praxis und Region unterscheiden kann, selbst übernommen werden. Ein für das auf Gleichheit bedachte Dänemark untypisches Angebot, das sich auch nur knapp 2 % der Versicherten leisten.

Wer eine Überweisung an ein Krankenhaus erhält, hat ein Recht darauf, innerhalb von 30 Tagen von diesem untersucht zu werden und ein konkretes Behandlungsangebot zu erhalten. Nach 60 Tagen soll die Behandlung beginnen. Gelingt dies nicht, können sich Patientinnen und Patienten auf Kosten der zuständigen Region in kommerziellen Privatkliniken oder im Ausland behandeln lassen.

Das dänische Krankenhauswesen hat sich weltweit einen Namen vor allem deshalb gemacht, weil es seit gut 20 Jahren konsequent auf Spezialisierung und Zentralisierung setzt. Das bedeutet, dass für viele Eingriffe Mindestmengenvorgaben existieren und die Krankenhäuser regionsübergreifend zusammenarbeiten müssen. Trotz freier Krankenhauswahl können die Dänen also nicht damit rechnen, jede Leistung an nahezu jedem Standort zu erhalten. Das erwarten sie aber auch nicht mehr, denn die großen Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen den Kliniken, vor allem im Bereich der Krebsmedizin, waren schließlich der Auslöser für den radikalen Umbau des Krankenhaussystems. Die OECD-Zahlen

sprechen für sich: War Dänemark Anfang der 2000er im Ländervergleich noch auf einem der hintersten Ränge was die Sterblichkeit bei Brustkrebs betrifft, ist das Land in dieser Kategorie mittlerweile an Deutschland vorbeigezogen, welches seither im Mittelfeld verharrt. Spezialisierung und Zentralisierung kommen in Dänemark nicht nur bei elektiven Eingriffen zum Tragen. Auch Rettungsdienste fahren im Notfall nicht einfach die nächstgelegene Notaufnahme an. Dies scheint im Konflikt mit der Dringlichkeit zu stehen, die etwa die Behandlung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten erfordert. Hier erscheint es intuitiv gefährlich, Umwege für eine Fachklinik in Kauf zu nehmen. Dass dies für einen größeren Behandlungserfolg aber durchaus sinnvoll ist, hat zuletzt die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer fünften Stellungnahme unterstrichen. Demnach könnten jährlich 5000 Menschen in Deutschland gerettet werden, wenn alle Schlaganfälle in Stroke Units behandelt würden. In Dänemark wird daher auf ein verändertes Verständnis von Krankentransporten gesetzt: Der Krankenhausaufenthalt beginnt organisatorisch mit der Aufnahme in den Rettungswagen. Medizinische Fachkräfte der anvisierten Klinik können den Patienten bereits telemedizinisch begutachten und Entscheidungen über die bevorstehende Behandlung treffen. So vergeht weniger Zeit zwischen der Ankunft und einer möglicherweise notwendigen Intervention. Sollte sich während der Fahrt herausstellen, dass keine Notfallbehandlung mehr notwendig ist, wird die Anfahrt abgebrochen und die Patientin in entsprechende nachrangige Strukturen verwiesen.

Für elektive Interventionen gibt es in den öffentlichen Kliniken in Dänemark je nach Diagnose unterschiedliche Behandlungsverläufe, die vergleichbare Rahmen bilden sollen. Vor allem in den Bereichen Psychiatrie und Onkologie haben die Regionen sogenannte Paketverläufe („Pakkeforløb“) etabliert. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Prozessbeschreibungen, die sich gleichermaßen an Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen

sowie das medizinische Personal richten und den gleichmäßigen und reibungslosen Gang durch die Behandlungsstationen gewährleisten sollen. Die Pakete basieren größtenteils auf den Inhalten der medizinischen Leitlinien sowie weiteren Leitfäden der jeweils zuständigen fachärztlichen Verbände und zeigen konkret sowie für alle Beteiligten gut verständlich, welche einzelnen Schritte bevorstehen.

Ist die Behandlung im Krankenhaus beendet, muss die Entlassung des Patienten organisiert werden. Das reicht von der Verschreibung von Hilfs- oder Arzneimitteln über Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen bis hin zur Organisation von Pflegeheimplätzen. Für diese Leistungen sind die Kommunen zuständig und die Krankenhäuser haben die Pflicht, sich rechtzeitig mit den dortigen Stellen in Verbindung zu setzen und den entsprechenden Bedarf anzumelden. Optional haben die Patientinnen und Patienten ein Recht auf eine spezifische Entlasskonferenz, an der sie selbst, ihre Angehörigen, das behandelnde Krankenhauspersonal sowie Vertreter der Kommune teilnehmen, um gemeinsam die nächsten Schritte zu planen.

Der Übergang zwischen Krankenhaus und Kommune erfolgt dabei wie bei einer Staffeltübergabe: Der kommunale Leistungserbringer, z. B. eine Tagespflegeeinrichtung, übernimmt in den ersten 72 Stunden bereits die Verantwortung für den Patienten, das Krankenhaus steht aber weiterhin als erster medizinischer Ansprechpartner zur Verfügung. Nach Ablauf dieses Zeitraums geht diese Rolle wieder auf die hausärztliche Primärpraxis über.

Nicht alles funktioniert reibungslos in Dänemark. Bei einer Größe vergleichbar mit der Fläche Niedersachsens und knapp 5,7 Mio. Einwohnern existieren fünf Gesundheitsregionen, die Services wie das oben erwähnte Akuttelefon oder telemedizinische Projekte unterschiedlich umsetzen. Wartezeiten sind weiterhin ein tägliches Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion, denn auch in Dänemark sind medizinische und pflegerische Fachkräfte Mangelware. Zudem wird die Krankenhausstrukturreform dahingehend kritisiert, den Zugang zu einfacher spezialfachärztlicher Versorgung erschwert zu haben.

Anstatt jedoch in endlosen Diskussionen hierüber die Betroffenen zu vergessen, geht man einfach den nächsten Schritt: Bestehende ambulante Zentren erhalten neue Kompetenzen, insbesondere auf Volkskrankheiten wie Diabetes und Koronare Herzkrankheit zielt die neue Strategie der „Versorgung der Nähe“ ab. Gleichzeitig werden neue Möglichkeiten der Digitalisierung gesucht, um das Personal von fachfremden Aufgaben zu entlasten (vgl. Artikel „Innovationen für die Patient Journey“ in Ausgabe 2-2023).

Im deutschen Gesundheitssystem bleiben die Patientepfade verschlungen und entwickeln sich auch mit den geplanten Strukturreformen immer weiter. Es ist Patientinnen und Patienten nicht länger zuzumuten, sich allein durch dieses System durcharbeiten zu müssen. Krankenkassen brauchen mehr rechtliche Möglichkeiten, ihnen dabei besser zur Seite zu stehen – die hierfür notwendigen Daten sind bereits vorhanden. Versicherte in Dänemark haben mit der elektronischen Patientenakte ihre Daten seit Jahren selbst in der Hand und verfügen damit über das zentrale Werkzeug, um sich sicher entlang dieser Pfade im Gesundheitswesen zu bewegen. Zwanzig Jahre nach der Einführung in Dänemark kommt eine ePA nun auch in Deutschland allmählich in der Fläche an. Das ist erfreulich – denn für eine patientenzentrierte Versorgung ist es nie zu spät. ■

DEUTSCHER PFLEGETAG 2023

WIR ORGANISIEREN DEN MANGEL

Von Stefan B. Lummer

Von der Gesundheitspolitik in Deutschland darf man erwarten, dass sie das Ohr am Puls der alternden Bevölkerung einer Industriegesellschaft hat. Politik muss aber auch denen zuhören, die gesundheitliche Versorgung von kranken und alten Menschen organisieren und jeden Tag leisten müssen. Den politischen Entscheidungsträgern obliegt besonders bei der langfristigen und zukunftssicheren Ausrichtung der Sozialsysteme eine Vorsorgepflicht. Es geht um Daseinsvorsorge: Politik muss Mega-Trends wie den demographischen Wandel, den Fachkräftemangel und auch die Klimakrise antizipieren und den gesetzlichen Rahmen für echte Lösungen schaffen. Gelingt das? Eine aktuelle repräsentative Umfrage des Bosch Health Campus, die auf dem Deutschen Pflegetag 2023 vorgestellt wurde, stellt der Gesundheitspolitik ein katastrophal miserables Zeugnis aus!



© Morsa Images/DigitalVision/Getty Images

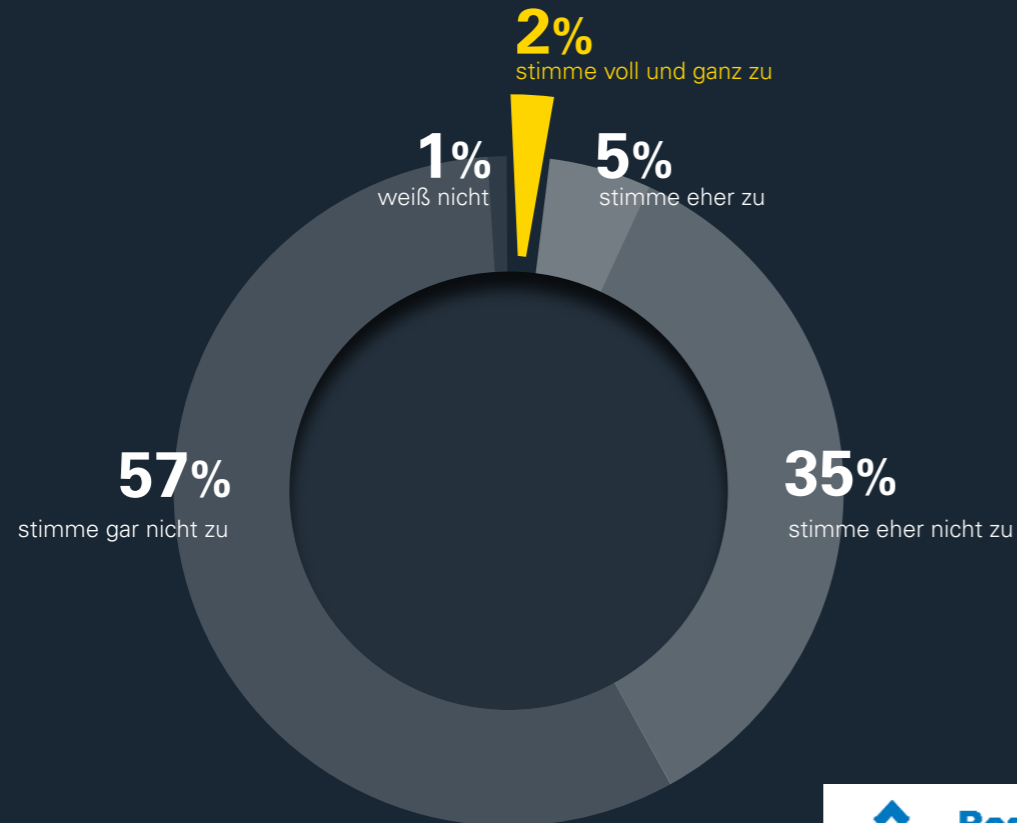
92 Prozent der Befragten sehen nach den Zahlen des Bosch Health Campus unser System der Versorgung mit Pflege nicht auf die wachsende Zahl an alten Menschen und auf den damit verbundenen Mehraufwand für eine hochwertige professionelle Pflege vorbereitet. Unsere Graphik zeigt deutlich, was das bedeutet: Das Segment ist fast geschlossen zum Ring der dunklen Seite der Macht. Kaum Hoffnung auf Zutrauen in die Lösungskompetenz der Gesundheitspolitik: Winzige zwei Prozent sehen das System der pflegerischen Versorgung gut vorbereitet, nur wenn wir die fünf Prozent hinzunehmen, die dieser Aussage eher zustimmen, erreicht der Hoffnungsschimmer ein Segment, das mehr ist als nur ein heller Splitter (siehe Graphik Seite 26).

Eigentlich ist Langzeitpflege eine Frage der Daseinsvorsorge, die staatlich organisiert werden muss. Aber ohne eine fundamentale Reform mit neuem Gesundheitsrecht, geraten wir mit dem demographischen Wandel in eine Unter-Unter-Unterversorgung hinein. Es ist die Wissenschaft, die auf dem Deutschen Pflegetag 2023 Alarm schlägt. Martina Haseler, Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Ostfalia Hochschule,

MEINUNGEN ZUM SYSTEM DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNG

Das System der pflegerischen Versorgung ist gut darauf vorbereitet, dass es künftig mehr alte Menschen gibt und damit verbunden einen Mehrbedarf an hochwertiger Pflege.

Quelle: Bosch Health Campus



sieht Nachholbedarf in der Politik, die kontraproduktive Wirkung der bestehenden Gesetze überhaupt zu verstehen. „Leider wird im politischen Berlin alles miteinander vermischt. Das macht das Problem so groß. Wir können in der Pflegeversicherung keine fachliche Pflege umsetzen, denn das SGB XI hatte nie die Absicht, fachpflegerische Versorgung zu finanzieren. Wir haben jetzt keine Verknüpfung zur fachlichen Pflege, deren Leistungen so abgefragt werden, wie sie in Ausbildung und Studium erworben werden. Die dann auch leistungsrechtlich abgebildet und finanziert werden. Das ist ein Delta, aus dem wir innerhalb des SGB XI nicht herauskommen. Wenn man die Pflegefachberufe fördern will, müssen sie ins SGB V rein – ergänzend zur Pflegeversicherung – und auch entsprechend finanziert werden.“

Pflege kann mehr! Das sieht auch der junge Abgeordnete Matthias Mieves so, der die SPD Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss und im Ausschuss für Digitales vertritt. Mieves betonte auf dem Panel zur Zukunft der Pflege und des Pflegeberufs, dass Pflegefachkräfte bereits heute Außergewöhnliches leisten und das Potenzial haben, noch viel mehr zu bewirken: „Es ist an der Zeit, dass wir ihre Kompetenzen anerkennen und es ihnen ermöglichen, diese voll auszuschöpfen.“ Große Einigkeit auf dem Panel zu diesem Punkt: Um die zahlreichen Herausforderungen im Gesundheitssystem bewältigen zu können, müssen Pflegefachkräfte ihre Kompetenzen in der Versorgungspraxis eigenständig einbringen können. Dazu gibt es kein Erkenntnisproblem, es mangelt an der Umsetzung: Gesundheitspolitiker sind gefragt, tatsächlich nachhaltige Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Wir könnten uns bei unseren europäischen Nachbarn umsehen, aber das macht erst deutlich, wie isoliert wir dastehen. In den Niederlanden gibt es die kurative Pflege, präventive Pflege, Langzeitpflege und die rehabilitative Pflege, die multidisziplinäre Expertise einbezieht, um den Menschen größtmögliche Selbstständigkeit zu sichern. In Deutschland ist alles irgendwie Pflege und die gerät zunehmend in eine Spirale der Deprofessionalisierung. Zudem bescheinigt die Wissenschaft dem deutschen sequentiellen Modell der Gesundheitsleistungen, in dem Pflege erst nach den Schritten Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation tätig wird und vor allem als Kostenfaktor der ärztlichen Verordnung gilt, dass es unangemessen ist. Das Politikziel, pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und die Lebensqualität zu steigern, bleibt im derzeit geltenden gesetzlichen Rahmen nur politische Lyrik. Es muss zu einer fundamentalen Reform kommen. Darüber haben wir in der Ausgabe 3 | 2023 dieses Magazins mit Martina Hasseler gesprochen. Die Politik hat geliefert und zumindest einen Mindestlohn für Pflege in das Gebälk eingezogen und eine Personaluntergrenze, die aber in der Pandemie sofort wieder kassiert wurde. Aber die Strukturprobleme der Pflege, die in der Pflegeversicherung von Anbeginn angelegt sind, wurden in dieser Legislatur gar nicht erst angefasst. Das Risiko, im Alter in das unterste soziale Hilfesystem abzusinken, kann die Pflegeversicherung nicht mehr eingrenzen. Weil weder Leistungen angepasst wurden, noch Strukturprobleme beseitigt wurden, hat die zum 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführte Pflegeversicherung jede Bremswirkung gegen Altersarmut verloren, so die Bilanz von Franz Knieps, Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbandes: „Wir haben heute zwei nebeneinander laufende Systeme mit unterschiedlichen Steuerungsmechanismen und an den Schnittstellen jede Menge Probleme.“ Das spüren die Pflege, die Fachkräfte und die Pflegebedürftigen. Wir brauchen in Deutschland eine Gesundheitsversorgung in der Fläche, in der neben den Ärzten auch andere Gesundheitsberufe Aufgaben der Primärversorgung übernehmen können. Diesen Bedarf sehen die Menschen und sind nach den Zahlen des Bosch Health Campus auch überzeugt, dass Pflegekräfte diese Aufgabe übernehmen können. Eine klare Botschaft an die Politik, die Irina Cichon, Senior Expertin beim Robert Bosch Center für Innovationen im Gesundheitswesen (RBIG) im Bosch Health Campus,

besonders betont. Es gibt hohes Vertrauen in die Pflegekräfte, aber Misstrauen gegenüber dem System. Die jetzt schon bestehende Unterversorgung in Deutschland ist kein diffuses Problem, sagt die Pflegewissenschaftlerin Martina Hasseler: „Präventive Pflege, gesundheitsförderliche Pflege, aktivierende Pflege kann in Deutschland nicht ausreichend angeboten werden, weil es nicht finanziert ist. Die Kompetenz, die in Ausbildung und Studium erworben wurde, wird überhaupt nicht abgerufen. Patienten bekommen nicht, was sie brauchen, obwohl die Pflegefachkraft den Bedarf sieht. Gut ausgebildete Pflegekräfte werden demotiviert und verlassen den Beruf.“

International übernehmen akademisch qualifizierte Pflegekräfte längst eigenständig Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz für die guten Ergebnisse und bei unseren europäischen Nachbarn auch den entsprechenden gesetzlichen Rahmen. Der Gesetzgeber ist also gefragt, diese Aufgaben zu definieren, wenn Politik die Rolle der Pflege stärken, die Qualität der Pflege verbessern und gleichzeitig den Beruf attraktiver machen will. „Wir müssen die Gesundheitsversorgung anders aufsetzen: interprofessionell und sektorenübergreifend“, sagt Martina Hasseler auf dem Panel.

Gesundheitspolitiker Mieves stimmt der Pflegewissenschaftlerin zu: „Pflegekräfte müssen das, was sie können auch einsetzen dürfen. Pflegekräfte haben jetzt schon weit mehr Fachkompetenz als sie im beruflichen Alltag einsetzen können. Dieses Potenzial müssen wir heben.“

„Was uns in Deutschland von den Nachbarländern unterscheidet, ist das Recht zur Erbringung der Heilkunde“, betont Kordula Schulz-Asche, Bundestagsabgeordnete und Pflegeexpertin der Grünen im Gesundheitsausschuss. „Ich halte es für einen zentralen Punkt, dass wir die Fachpflege in die Lage versetzen müssen, Pflege auch eigenständig erbringen zu können. Die Abhängigkeit von Rezepten der Ärzte hemmt die Pflege und die Versorgung der Menschen vor Ort. Dass wir heute Pflegedienste haben, die zum Arzt rennen müssen, um sich Verbandsmaterial für die Wundversorgung zu besorgen, eine klassische pflegerische Aufgabe, diese Wege müssen wir abschaffen. Eine solche Entscheidung muss eine gut ausgebildete oder gar akademische Pflegekraft selber treffen können.“

Wir werden die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland nicht mehr leisten können, wenn die Professionen künftig nicht auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Es besteht ein dringender Handlungsbedarf für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung

- Nachhaltigkeit durch stabile Finanzierung der pflegerischen Versorgung
- Nachhaltigkeit durch Fachkräftesicherung und Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs
- Nachhaltigkeit durch einen Fokus auf Prävention und PublicHealth mit aktiver Beteiligung und erweiterten Aufgabenbereichen für professionelle Pflege

„Das diskutieren wir seit Jahren, aber an den entscheidenden Punkten haben wir nichts geändert“, mahnt Franz Knieps. „Nicht an der Arztdominanz in unserem System, an den Doppelstrukturen an minutiöser Bürokratie. Sobald man das Land verlässt – und ich war kürzlich in Finnland – dann trifft man auf Leute, die verstehen nicht, welches Problem wir haben. Außerhalb von Helsinki haben die nur Land, das dünner besiedelt ist, als jedes Bundesland in Deutschland. Da ist kein Arzt. Da kann auch keiner etwas delegieren. Deshalb findet dort die Primärversorgung auch primär durch akademisierte Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe statt. Und bevor eine Advanced Practice Nurse in Finnland mit ihrem Latein am Ende ist, sind 99 Prozent der Probleme erledigt. Aber machen wir uns nichts vor: Die Ärzte wollen das nicht. Natürlich haben wir hier auf dem Podium nur Leute, die das wollen. Aber diejenigen, die Ärztinnen und Ärzte vertreten in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen wollen das nicht. Und auf die Machtprobe zwischen der Politik und diesen Institutionen bin ich gespannt.“

Der Vorstandsvorsitzende des BKK Dachverbands legte den Finger in die Wunde: kleine Korrekturen helfen nicht, wenn wir die Lösung der Strukturprobleme aufschieben. „Wenn wir das System als Ganzes betrachten, haben wir weder zu wenig Ärzte noch zu wenig Pflegekräfte. Aber so wie dieses System kleinteilig organisiert ist und dann auch noch Machtpositionen wichtiger sind, als die Bedarfserfüllung für Patientinnen und Patienten, so lange organisieren wir den Mangel. Dann werden wir uns jedes Jahr hier wieder versammeln und das Gleiche wieder beklagen. Wir haben Überfluss in unserem Land, organisieren den aber so, dass beim Patienten, beim Arzt und bei der Pflegekraft der Mangel ankommt.“ ■



Stefan B. Lummer
@derLummer (X/Twitter)

MINDZEIT

ALLES BEGINNT IM KOPF

Von Stefan B. Lummer

Um das Training unseres Geistes, unseres bewussten Denkens ebenso selbstverständlich zu machen und mit Spaß und angenehmen Emotionen zu verbinden, wie Sport oder gesunde Ernährung, haben Céleste Kleinjans und Marinko Spahic MINDZEIT gegründet und eine interaktive App entwickelt. Die mit Erkenntnissen der Psychologie und Neurowissenschaften gestaltete User Journey der App bietet einen leichten, intuitiven Zugang ohne Hürden, aber dafür mit positiven Emotionen zu Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, die Freude bereiten. MINDZEIT ist keine App auf Rezept. Doch der digitale Achtsamkeits- und Entspannungsraum wurde kürzlich mit dem Siegel „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet, ist also ein zertifiziertes und erstattungsfähiges Angebot. Damit kann die MINDZEIT App von gesetzlichen Krankenkassen erstattet und zu einem wertvollen Baustein von Betrieblichem Gesundheitsmanagement werden.



Die beiden Gründer des Kölner Start-ups MINDZEIT® Céleste Kleinjans und Marinko Spahic

Die beiden Gründer des Kölner Start-ups waren in diesem Jahr richtig gut sichtbar auf den wichtigen Bühnen von Antreibern der digitalen Transformation in Deutschland. So konnte Céleste Kleinjans etwa beim Event der DIGITAL X Initiative im September als Speakerin auf der Future Stage einen Einblick in das Thema „Navigieren im KI-Zeitalter“ geben: Für die Gründerin eine der Schlüsselkompetenzen von morgen. Warum, das sehen wir am Ende dieses Artikels. Jedenfalls konnten beide vor Live-Publikum ihre Idee präsentieren: Eine App, die ihre Nutzung mit einem positiven emotionalen Erlebnis verbindet, weshalb die Menschen gern dabeibleiben.

Was ist das Erfolgsrezept? „MINDZEIT unterscheidet sich von allen anderen Anbietern, weil es eine emotionsbasierte App ist“, erklärt Marinko Spahic, Experte für Film, Experience Design und Digital Behavioural Design, der an der renommierten Filmakademie Baden-Württemberg studiert hat. „Die App bietet konsequent Übungen an, die zu den Emotionen der User passen. Dazu haben wir die Möglichkeit einer hohen Individualisierung entwickelt: man kann sich seine Lieblingsstimme aussuchen, die dann alle Übungen spricht, um das Erlebnis noch entspannter zu machen.“

Achtsamkeit, Selbstreflektion. Bisher bedienen sich alle Anbieter aus demselben Pool an Übungen, die evidenzbasiert wirksam sind. Marinko Spahic entwickelte und leitete den Bachelor Studiengang „Visual Arts“ an der ifs, der internationalen Filmschule Köln und dozierte fachübergreifend in den Bereichen Digital Storytelling und Digital Producing. „Wir haben uns gefragt, wie kriegen wir die Menschen dazu, diese Übungen selbst für sich zu entdecken und anzuwenden? Dazu haben wir uns Gedanken gemacht. Wir haben also verschiedene digitale Produkte nach Interaktionsdesign angesehen, also wie dort die Mensch-Technik-Interaktion gelöst wurde. Darauf habe ich mich bereits in meiner wissenschaftlichen Arbeit spezialisiert“, sagt Marinko Spahic: „Digital Behavioral Design, also: wie sind digitale Produkte zu designen, dass sie ganz unbewusst die User zu einem positiven Verhalten hinsteuern?“ Behavioral Design bildet eine passgenaue Umgebung für eine Situation, jedoch bleibt die Wahlfreiheit für das eigene Handeln stets bei den Menschen selbst. Mit Hilfe von Psychologie und Verhaltensökonomie werden Menschen dabei unterstützt, für sich selbst und andere bessere Entscheidungen zu treffen.

Céleste Kleinjans ist nicht nur Initiatorin und Mitgründerin von MINDZEIT, sondern auch Autorin für Serious Games. Die Potenziale aber auch die Grenzen von Serious Games auch für eHealth werden seit mehr als einer Dekade von der Wissenschaft erörtert. Serious

Games sind digitale Spiele, die ein Lernziel haben, eine besondere Botschaft vermitteln oder eine bestimmte Fähigkeit trainieren. Smartphones und Tablets haben die Zielgruppe erweitert: Bildung to go – oder eben ein persönlicher Entspannungsraum, ein Rückzugsort für geistige Erholung, den man überall dabei hat. Céleste Kleinjans hat Philosophie an der Humboldt-Universität zu Berlin studiert und es war die Technikphilosophie von Ernst Kapp, die sie inspiriert hat, sich intensiver mit dem Verhältnis zwischen Mensch und Maschine sowie KI auseinanderzusetzen. Der Philosoph Ernst Kapp (1808–1896) gilt als einer der Begründer der modernen Technikphilosophie. Die Frage nach dem Wesen der Technik hat er ausgehend von der These beantwortet, Technik sei nichts anderes als eine Erweiterung des menschlichen Körpers und Geistes. Der Mensch als Maß aller Dinge.

Was ist MINDZEIT in seinem Kern? „Der eine Kern von MINDZEIT sind personalisierte Inhalte, die zu den persönlichen Bedürfnissen und akuten Emotionen passen. Der andere Kern ist, dass wir die Schnittstelle Mensch-Technik neu gedacht haben, weil wir nicht nur eine App mit einer Standard Mediathek und Bibliothek mit einem Menue, einem Untermenue und darunter ein weiteres Untermenue anbieten wollten“, erklärt Céleste Kleinjans. „Wir haben die User Experience und User Journey von Anfang an konsequent durchdacht.“ Menschen abholen, die ein hohes Stresslevel aufweisen und dabei ein Verhalten fördern, Achtsamkeitsübungen in den eigenen Alltag zu integrieren.

„Wir wollten unsere User auch nicht unter den Stress setzen, aus tausend Angeboten auszuwählen, sich mühsam einen Überblick über alle Möglichkeiten in komplizierten Menuestrukturen verschaffen zu müssen, wie etwa bei Netflix vor einem gemütlichen Streaming-Abend. Genau diese Situation soll nicht zu Beginn einer Übung zur Entspannung und für die Gesundheit entstehen“, sagt Céleste Kleinjans. „Die App nimmt Usern zuerst die Qual der

**INTELLIGENTES COACHING SYSTEM**

Empfiehl Dir Übungen, die immer zu deiner aktuellen Stimmung passen.

**MOBILER ENTSPANNUNGSRAUM**

Entwickelt für die perfekte Integration in Beruf und Alltag.

**GAMIFICATION**

Spielerische Elemente lassen Dich in die entspannte Welt von MINDZEIT® eintauchen.

**INNOVATIVE ÜBUNGSINHALTE**

Nach neuesten, wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt.

**DOWNLOAD UND INFORMATIONEN**

www.mindzeit.app

Wahl ab. Ganz unbewusst erleben die User, dass sie an die Hand genommen werden. Sie werden gefragt, in welcher Stimmung sie gerade sind und schon das führt dazu, dass sie angeregt werden, sich selbst diese Frage öfter in ihrem Alltag zu stellen.“

Wie geht es mir gerade? Was brauche ich im Moment? Fragen, die einfach scheinen, doch versucht man sie zu beantworten, kommt man ins Nachdenken. Haben die User sich gefühlsmäßig eingeordnet, tauchen Bubbles mit verschiedenen Emotionen auf: Frust, Stress, Nervosität, Überforderung, Unzufriedenheit, Angst, Langweile, Freude. Aus ihnen kann man auswählen. Dann schlägt die App passende Übungen vor. Genau drei – nicht mehr.

„Unsere Nutzer verbringen schon auf der Seite der Emotions-Bubbles im Durchschnitt Ein- einhalb Minuten“, sagt Céleste Kleinjans – das ist enorm lange verglichen mit dem üblichen TicToc Takt, der chinesischen App. Der Digital News Report zeigt: TicToc wird in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zunehmend als Nachrichtenquelle genutzt. Das wird die Mechanik der Nachrichtenproduktion grundlegend verändern.

Aber zurück zum Achtsamkeitstraining und dem Anspruch, Wohlbefinden und Lebensqualität zu verbessern. Céleste Kleinjans und Marinko Spahic wollen mit MINDZEIT erreichen, dass User langfristig lernen zu spüren, wann es für sie angebracht ist, Achtsamkeit in ihren Alltag zu integrieren. Sinn der Übungen: Wer die App nutzt, soll gute Gewohnheiten entwickeln.

»Wir haben die User Experience und User Journey von Anfang an konsequent durchdacht.«

„Wir haben von Anfang an gesagt, dass wir nicht irgendwelche Körperdaten erfassen, sondern den intrinsischen Weg gehen, also mit der Nutzung der App die Selbstreflexion fördern“, sagt Marinko Spahic. Intrinsische Motivation als Mittel, um Zufriedenheit in sich selbst zu finden. Neugierde oder die Lust darauf, eine neue Herausforderung anzunehmen, als mächtige Treiber.

„Denn das Tracking von Daten unseres Körpers wie Blutdruck oder Pulsfrequenz liefert allein eben keine sichere Unterscheidung, ob wir eine Situation von Stress sehen oder das Gegenteil: Euphorie. Schwierige Abgrenzung. Die Zuordnung in die aktuelle Gefühlswelt machen die User mit Selbsteinschätzung weitaus präziser und mit positiven Folgen: Wer sich selbst regelmäßig reflektiert, regt damit einen Prozess an, der zu einem mindset shift führt“, so Marinko Spahic.

Das ist der nachhaltigere Ansatz und der bloßen Aufforderung: „Steh’ mal auf und atme dreimal tief“ weit überlegen. Denn, Überraschung: Man kann Probleme nicht wegatmen. Studien der Neurowissenschaften zeigen uns: sobald wir uns unbewusst wirkende Stressfaktoren ins Bewusstsein holen, erschließen wir uns immense mentale Kraftquellen. Tiefe Selbstreflexion holt das Unterbewusste ins Bewusstsein und gibt uns die Möglichkeit, Gedanken bewusst zu lenken. Céleste Kleinjans nennt das Superpower: „Kapazitäten, die das Gehirn für unnütze Grübel- und Gedankenschleifen, oder sogar schlechte Gewohnheiten belegt, werden frei für produktive und positive Gedanken.“

Unsere beschleunigte, digitale Welt erfordert Training für den Verstand und Techniken zur Förderung von Selbstreflexion – und zwar als ebenso wichtige Bestandteile der Grundbildung, wie Sport, Lesen und Schreiben, Kreativität und logisches Denken – so lautet das Credo von Céleste Kleinjans: „Wenn Mensch und Technik immer mehr verschmelzen, dürfen wir eines nicht vergessen: Uns selbst! Die Reflexion über unser Inneres, das Fokussieren positiver Emotionen und das Erlernen eines gesunden Umgangs mit unserer technisierten Umwelt sind essenziell.“

Körper und Geist sind eine Einheit. Ein gesunder Geist und ein positives Mindset beeinflussen auch die körperliche Gesundheit positiv. Die App soll Usern helfen, das richtige Mindset zu kultivieren.

„Empfindung wird immer verknüpft mit Gedanken und Handlungsimpulsen. Deshalb ist es wichtig, uns bewusst zu machen, was unbewusst Stress bei uns auslöst. Zu fragen: Wo kommt das her? Kann ich was dagegen machen? Oder muss ich die Situation einfach mal loslassen?“ Céleste Kleinjans hat eine Botschaft, die über die Funktionalität einer App hinausgeht: „Das ist die Fähigkeit, die uns Menschen ausmacht und es ist zugleich der erste Schritt zu unserer App. Und da kann uns keine Maschine, keine KI von außen beeinflussen, weil es geht darum, dass wir in Kontakt mit unserem Unbewussten sind, unsere Umwelt bewusst wahrnehmen und unsere Selbstwirksamkeit stärken. Andernfalls sind wir nur noch Getriebene. Durch Technologien um uns herum, durch virtuelle Welten, in denen wir versinken, weil KI Systeme eine Bubble um uns herum erschaffen. Es ist wichtig – übrigens auch politisch – dass Menschen autark bleiben, Dinge hinterfragen und kritisch denken können.“

Es geht den beiden Gründern von MINDZEIT um nichts weniger, als die Landschaft der Lösungsansätze zur Förderung der mentalen Gesundheit inmitten der digitalen Transformation neu zu gestalten. ■



KLIMAKRISE

DAS LEIDEN DER JUNGEN MENSCHEN

Von Daniela Münch-Schmidberger, vivida BKK

Die Klimakrise hinterlässt bei jungen Erwachsenen sowohl physische als auch psychische Spuren: 83 Prozent leiden körperlich unter den zunehmenden Extremwetterlagen. Für 79 Prozent wirkt sich die Sorge um die Zukunft auf ihre Seele aus. Klimabedingte Kreislaufprobleme und eine verstärkte Neigung zu Allergien spielen ebenfalls eine große Rolle. Diese Ergebnisse zeigt die Studie „Zukunft Gesundheit 2023“ der vivida bkk und der Stiftung „Die Gesundarbeiter“.



© MementoJpeg/Moment/Getty Images

Das europäische Erdbeobachtungssystem Copernicus hat deutlich gewarnt: Der Zeitraum zwischen Juni und August 2023 war global gesehen so heiß wie noch nie. Der Sommer 2023 war global gemessen sogar mit Abstand der heißeste seit Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1940. Das macht Jugendlichen nicht nur Angst vor den Auswirkungen des Klimawandels, sie leiden auch körperlich. Bereits 41 Prozent der 14- bis 34-Jährigen spüren die Auswirkungen des Klimawandels auf ihren Körper. Junge Frauen merken dies etwas stärker als junge Männer. „Wetterumschwünge und Hitze können bei beiden Geschlechtern Kopfschmerzen oder Migräne auslösen, zu Kreislaufproblemen führen und das Auftreten von Allergien verstärken. Frauen leiden deutlich mehr unter Kreislaufproblemen als Männer. Über die Hälfte der Frauen klagt zudem über Kopfschmerzen oder Migräne.“

» Gerade junge Menschen machen sich Gedanken und Sorgen über zunehmende Klimaveränderungen und deren Folgen. Unsere Aufgabe ist es, gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen nach Lösungen zu suchen. «

Siegfried Gänslar

Vorstand der vivida bkk

Der Klimawandel beeinflusst aber nicht nur das körperliche Wohlbefinden, sondern belastet zunehmend auch die Psyche der jungen Menschen. In der Studie „Zukunft Gesundheit“ aus dem Jahr 2019 gab nur knapp die Hälfte der Befragten in der Altersgruppe an, dass der Klimawandel ihnen psychisch zu schaffen macht. Vier Jahre später sind es mehr als drei Viertel. „Dies verdeutlicht, dass die sogenannte Klimaangst mittlerweile ein weit verbreitetes Phänomen bei jungen Menschen ist“, sagt Frauke Tzscheutschler, die als Leiterin Unternehmensentwicklung bei der vivida bkk zugleich das Thema Nachhaltigkeit verantwortet und, die auch an der BKK Initiative „Green Health“ mitarbeitet. „In einer Phase, in der junge Erwachsene intensiv ihre Zukunft planen, befürchten viele, dass der Klimawandel ihre Lebensqualität beeinträchtigen wird.“

Auch der diesjährige Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit stützt diese Ergebnisse: So glaubt über die Hälfte der 2000 Befragten zwischen 14 und 17 Jahren, dass sich der Klimawandel negativ auf ihre Gesundheit auswirkt. 37 Prozent gaben an, dass ihnen der Klimawandel große Angst macht.

„Der Klimawandel betrifft nicht nur die Umwelt, sondern wirkt sich auch auf unsere Gesundheit aus. Gerade junge Menschen machen sich Gedanken und Sorgen über



KINDERGESUNDHEITSBERICHT 2023

Der „Kindergesundheitsbericht 2023 – Fokus: Jugendliche“ der Stiftung Kindergesundheit enthält eine breite Palette an wichtigen Themen der mentalen und körperlichen Gesundheit und führt die wichtigsten Daten aus Studien der letzten Jahre zusammen. Renommierete Forscherinnen und Forscher geben einen vertieften Einblick in ihr Fachgebiet. In 11 Kapiteln und 4 Experteninterviews präsentieren sie fakten- und wissenschaftsbasiert für die Jugendgesundheit besonders wichtige Aspekte. Der komplette Bericht steht hier als Download zur Verfügung:



<https://stiftung-gesundarbeiter.de>

zunehmende Klimaveränderungen und deren Folgen, wie unsere aktuelle Befragung unter jungen Bundesbürgern gezeigt hat“, so Siegfried Gänslar, Vorstand der vivida bkk. „Unsere Aufgabe ist es daher, Kinder und Jugendliche bei diesen Sorgen ernst zu nehmen, mit ihnen in den Dialog zu treten und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.“

Vor allem die Hitze in den Sommermonaten wird den Menschen künftig physisch und psychisch noch mehr zu schaffen machen. Damit nicht nur Kinder und Jugendliche bestmöglich geschützt werden können, bringt die vivida bkk Impulse und Expertise in die BKK Initiative Green Health ein. Das BKK System hat bereits im Juni 2021 die Initiative BKK Green Health gegründet. Ziel ist es, eine gemeinsame Haltung zum Thema ökologische und soziale Nachhaltigkeit zu entwickeln. Die Betriebskrankenkassen möchten mit ihrer Initiative eine Vorreiterrolle übernehmen und auch ihre Versicherten bestärken, Teil einer Bewegung für mehr planetare Gesundheit zu werden. ■

ZEITBOMBE ZIVILISATIONSKRANKHEITEN

GESUNDE ERNÄHRUNG GESUNDE ERDE

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

Der BKK Herbstempfang 2023 des Landesverbandes NORDWEST hat Vertreter und Vertreterinnen aus Wirtschaft, Industrie, Politik und dem Gesundheitssektor auf die drohende Überlastung des Gesundheitswesens durch Anstieg der Zivilisationskrankheiten – aber auch auf die Lösung aufmerksam gemacht: Gesunde Ernährung als mächtiger Hebel für gesunde Menschen und eine gesunde Erde. Um die Theorie mit der gelebten Praxis zu verbinden, hatten die Betriebskrankenkassen ins LOFT eingeladen, die Erlebniskochschule im Hamburger Stadtteil Ottensen.



Dr. Dirk Janssen (li), Vorstand des BKK Landesverband NORDWEST, freut sich über geschärfte Aufmerksamkeit für planetare Auswirkungen unserer Ernährung und gut geschliffene Kochmesser.

Im Mittelpunkt des Herbstempfangs stand das Thema „Gesundheitliche Folgen unserer Ernährung“; zu dem Experten in lockerer Gesprächsatmosphäre über den sprichwörtlichen Tellerrand hinaus Rede und Antwort standen. Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, ein Botschafter der Forderung nach einem Schulfach Gesundheit hatte eine Video-Botschaft zur Einstimmung gesendet. Dabei wies er auf die größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte hin, zu denen Grönemeyer die Prävention von Stress bei Kindern und Jugendlichen, Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht als Auslöser der damit zusammenhängenden Volkskrankheiten zählt.



Gemeinsames Erlebniskochen: Auch am Herd wurde über die Themen des Abends weiter diskutiert.

Auf die Zeitbombe Zivilisationskrankheiten wies dabei der Vorstandschef des BKK-Landesverbandes NORDWEST, Dr. Dirk Janssen hin. So seien aktuell mehr als 7% der Bevölkerung von Diabetes Typ II betroffen. Prognosen zufolge sollen im Jahr 2024 rd. 12 Mio. Menschen in Deutschland (Anstieg um rd. 77%) an Diabetes Typ II erkrankt sein. Das bedeutet einen erheblichen zusätzlichen ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgungsbedarf, und das zusätzlich zur bekannten demographischen Entwicklung.

„Damit ist es noch nicht getan: Mit Diabetes steigt die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit um 50%!“ Ähnliches, so Janssen, gelte auch für alle anderen sogenannten Zivilisationskrankheiten. „Dabei ist es bereits jetzt schon durch den Fachkräftemangel bei Ärzten und Ärztinnen und Pflegekräften schwierig genug, Arztsitze und Stellen zu besetzen.“ Doch durch Veränderung des Lebensstils, so früh wie möglich, seien zahlreiche ernährungsbedingte Krankheiten zu vermeiden bzw. der medizinische Behandlungsbedarf zu reduzieren. Derzeit spielt Gesunderhaltung und Krankheitsvorsorge im Gesundheitswesen nur eine untergeordnete Rolle. Nur 0,2% der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfallen auf Prävention. Um diese Zeitbombe zu entschärfen, bedürfe es eines Paradigmenwechsels in der Medizin – von der Ausbildung bis zum langfristigen Umbau der Vergütungssysteme durch Entlohnung für die Gesunderhaltung. „Damit die Gesundheitskompetenz und damit die Gesundheit nicht abhängig vom Bildungsniveau ist, fordern wir die Einführung eines Schulfachs Gesundheit“, ergänzte Gaby Erdmann, stellvertretende Vorständin des BKK-Landesverbandes NORDWEST.

Armin Valet von der Hamburger Verbraucherzentrale diskutierte mit den Gästen über Fragen „Wie kann sich der Verbraucher beim Einkauf orientieren? Was leisten Siegel?“ Dabei verwies Valet auf die stetige Aufklärungsarbeit der Verbraucherzentralen in Deutschland.

In der Diskussion mit Prof. Alex Friedrich von der Uniklinik Münster ging es um die „Folgen der Nahrungsmittelproduktion und unserer Ernährung für das Gesundheitswesen.“ Deutschland bzw. „unsere“ Medizin sei bisher zu 99% auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet. Dabei müsse es aber um Krankheitsvermeidung gehen – was muss sich in der Medizin selbst ändern? „Fehlernährung – ein sozialer Sprengstoff“ – die Frage stellte Siegfried Gänzler, Vorstand der vivida BKK, die sich über die Stiftung „Die Gesundarbeiter“ bei gesellschaftlichen und sozialen Fragen der Ernährung engagiert. Warum ist die Fehlernährung insbesondere auch ein soziales Problem? Was gibt es für Ursachen? Ist fehlendes Wissen und zu wenig Geld für gesunde Ernährung Grund für Fehlernährung schlechthin?

„Planetare Auswirkungen unserer Ernährung“ und „Wie gelingt gesellschaftlicher Veränderungsprozess?“ mit dem Thema befasste sich Lars-Hendrik Wassenaar, Blue Marble Health GmbH. Die Blue Marble Health GmbH engagiert sich mit Betriebskrankenkassen, jungen Menschen das Thema Ernährung näher zu bringen. „Damit ein gesellschaftlicher Veränderungsprozess gelingt“, so Wassenaar, „bedarf es grundsätzlich eines mehrdimensionalen Ansatzes mit Gesetzesvorhaben, Verhältnisänderungen und Bildung.“ „Wir von Blue Marble Health-Team, glauben daran, den gesellschaftlichen Veränderungsprozess über Bildung aus der Lebenswelt „Schule“ heraus mit anstoßen zu können, um das Thema „planetare Gesundheit“ über das Schultor hinaus in die Familien zu tragen.“ Gaby Erdmann beantwortete am Ende der Veranstaltung die Frage: „Gesund & lecker & bezahlbar & schnell? Geht das überhaupt?“ mit einem klaren „JA.“ Beim anschließenden gemeinsamen Erlebniskochen wurde das Gesagte in die Tat umgesetzt. ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 4 | 2023

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 22. September 2023
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:
THE BRETTINGHAM GmbH | 10999 Berlin
www.brettingham.de

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

Bildnachweis:
Titelbild: © Adobe Stock (stock.adobe.com),
S. 7, 11, 17, 25, 39: Getty Images (www.gettyimages.com), S. 31: © MINDZEIT,
S. 43, 44: © BKK Landesverband NORDWEST

