

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

MASKEN TESTEN IMPFFEN

Ein Jahr Pandemie

■ WAS FÜR EIN JAHR!

Ein Blick zurück auf das Corona-Jahr 2020 und ein Ausblick auf das Jahr der Bundestagswahl

■ BKK QUALITÄTSINITIATIVE

Wie erleben Versicherte ihre Krankenkasse? Was unterscheidet eine gute Kasse von einer exzellenten?

Editorial

„Das Ding ist uns entglitten“, so Angela Merkel laut einer Boulevardzeitung. Dieser Satz wird in unserem kollektiven Gedächtnis bleiben. Denn seit einem Jahr ordnen wir unser Leben Maßnahmen der Pandemiebekämpfung unter: Trotzdem ist es nicht gelungen, die Menschen zu schützen, die besonders in Gefahr sind: Senioren, chronisch Kranke, Multimorbide und diejenigen, die sich um diese Menschen kümmern, auf Intensivstationen der Kliniken sowie in Pflege- und Altenheimen. Alten- und Pflegeheime waren von Anfang an Hotspots und bereits in der ersten Welle trostlose Orte von aufopfernden Kämpfen um Menschenleben – aber auch von erbarmungslosen, hilflosen Maßnahmen ohne jede Wirkung. Alte Menschen nicht nur isoliert durch Plastikfolien und Schutzanzüge, sondern auch einsam sterben zu lassen, das war ein hoher Preis, der umsonst gezahlt wurde. Die Pandemie konnte so nicht begrenzt werden. Bereits in der ersten Welle hat das Brennglas Corona diesen zentralen Missstand markiert: Die Arbeitsbedingungen der Pflege. Altenpflegerinnen und -pfleger waren von Anbeginn schutzlos dieser Pandemie ausgeliefert, obwohl sie der Schlüssel sind, die Infektionsgefahr von den Greisen fernzuhalten. Zunächst ohne ausreichende Schutzkleidung, dann sofort in erschöpfende Notdienstpläne eingespannt wegen Personalmangel, der durch jahrelangen Druck auf die Gehälter und schlechte Arbeitsbedingungen entstanden ist. Eilig auf den Markt geworfene Schnelltests waren monatelang für Bundesliga-Fußballer verfügbar, nicht für die Pflege. Die Spitze des systemischen Versagens bildeten einige Arbeitgeber, die selbst positiv Getestete noch für Dienste einplanten, während bundesweit mit Bonuszahlungen für die Pflege geknausert wurde.

Alternativlos war das nie. An Vorschlägen, wie durch gezielte, rasche Unterstützung der Pflege eine wirksame Schutzstrategie für die besonders vom Tod bedrohten Menschen aufgestellt werden könnte, mangelte es nicht. An der organisierten Verantwortungslosigkeit auf allen Ebenen ist nicht zu zweifeln. Das ganze Land wurde mit der zweiten Welle einem belastenden und ruinösen Dauerlockdown unterworfen, dessen Maßnahmen von einer Zahl abhängen, die vom schwächsten Glied der Kette geliefert wird. Gesundheitsämter, die es seit 11 Monaten nicht schaffen, dem RKI die Wochenendzahlen vor der nächsten Wochenmitte zu melden, weil es nicht gelingt, eine vorhandene einheitliche Software nutzen. Die Zahlen sind nie aktuell, sie verzerren das tägliche Infektionsgeschehen und machen einen kaum erklärbaren niedrigen Inzidenzwert nötig, weil die Nachverfolgung der Infektionsketten mit Excel-Tabellen und Faxgeräten ausgebremst wird. Der Verzicht auf digitale Lösungen führt nun auch noch in einen chaotischen Zustand bei der Verteilung der knappen Impfstoffe. Wegen einer Corona-Warn-App, die aus Datenschutzgründen nicht warnt, werden Grundrechte wie Bewegungsfreiheit und Freiheit der Berufsausübung im Lockdown kassiert und inzwischen als Privilegien bezeichnet.

Deutschland bedient Prozesse der Bürokratie, anstatt Menschen zu schützen: 27 Millionen Menschen in Risikogruppen mit je 12 FFP2 Masken auszustatten, hat 2,5 Milliarden Euro gekostet. Das sind fast 100 Euro pro Person. Es grenzt ans Absurde, wenn Apotheker je Maske 6 Euro erhalten, während diese für 1 Euro im Supermarkt erhältlich sind. In Israel haben Krankenkassen eine Impfkampagne organisiert, die internationales Vorbild ist. In Deutschland will der Minister nichts von Maßnahmen über die Kassen wissen und bedient lieber die Lobbygruppen. Wir sollten darüber nachdenken, was Gesetzliche Krankenkassen in der Pandemie über die Finanzierung der Pandemiemaßnahmen hinaus für effizientere und wirksamere Strukturen und Prozesse leisten können. Auch in diesem Heft finden Sie Beispiele, wie Betriebskrankenkassen Lösungen anbieten für Probleme, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung erfordern.

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

WAS FÜR EIN JAHR

Die Leiterin der Abteilung Politik des BKK Dachverbands, Anne Kathrin Klemm, nutzt einen guten Zeitpunkt für einen Blick zurück auf die bisherige Legislaturperiode, das Corona-Jahr 2020 und für einen Ausblick auf das Jahr 2021 inkl. der Themen einer neuen Regierungskoalition. Werden wir unter hohem Kostendruck publikums-wirksame Sparpolitik sehen oder nutzt Politik als Learning from Corona die Chance, qualitätsgetriebene Entscheidungen für Strukturveränderungen zu treffen, die die Digitalisierung nutzen und gleichzeitig den Versicherten bzw. Patienten ins Zentrum aller (Netzwerk-)Bemühungen stellen?

Seite 6.



UNTERNEHMEN

Nah am Kunden:
Die BKK Qualitätsinitiative

Kann es gelingen, den bisherigen Kassenwettbewerb um den günstigsten Zusatzbeitrag abzulösen durch einen Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten? Die Qualität von Krankenkassen in der Wahrnehmung der Versicherten rückt ins öffentliche Bewusstsein und kann politische Zielgröße werden. **Seite 32**



LEUCHTTÜRME

BKK Gesundheitsreport 2020:
Gesund mobil arbeiten

Welchen Einfluss hat das Pendeln zur Arbeitsplatz auf die Gesundheit der Beschäftigten und warum wird mobiles Arbeiten angetrieben durch die Pandemie ein zunehmend wichtiges und dauerhaftes Thema, für die bestmögliche Vereinbarkeit von Mobilität, Arbeit, Gesundheit und Sozialleben? **Seite 48**



LEUCHTTÜRME

#BGMVIERNULL:
Menschen sind keine Maschinen

Wenn die akute pandemische Situation der Corona-Krise einmal vorbei sein sollte, wird Home-Office zur neuen Normalität gehören. Doch das Home-Office ist noch keine neue Arbeitswelt. Die Betriebskrankenkassen haben einen digitalen Instrumentenkasten für Betriebliches Gesundheitsmanagement. **Seite 70**

6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Was für ein Jahr!

24 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Dauerbrenner Medikamentenpreise

32 **UNTERNEHMEN**
Nah am Kunden:
Die BKK Qualitätsinitiative

48 **LEUCHTTÜRME**
BKK Gesundheitsreport 2020:
Gesund mobil arbeiten

56 **UNTERNEHMEN**
Plattform für BKK DV Mitglieder:
Interaktive Daten für Taten!

64 **UNTERNEHMEN**
DIGA Vademecum:
Geh mit mir! Richtung Zukunft

70 **LEUCHTTÜRME**
#BGMVIERNULL:
Menschen sind keine Maschinen

76 **LEUCHTTÜRME**
Gerald Hüther:
Wege Aus der ANGST

78 **RAUS**
Impressum



WAS FÜR EIN JAHR!

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

Dieser Stoßseufzer ist meist symptomatisch für die 19. Legislaturperiode. Mit ihm ist im Dezember 2020 sicherlich so mancher Akteur des Gesundheitswesens in die Weihnachtsferien gegangen. Gleiches haben außerdem bestimmt ebenso viele mit Blick auf das Jahr 2021 und die anstehenden Themen und Herausforderungen gedacht. Ein guter Zeitpunkt also für einen Blick zurück auf die bisherige Legislaturperiode, das Corona-Jahr 2020 und für einen Ausblick auf das Jahr 2021 inkl. der Themen einer neuen Regierungskoalition.



© Cris Cantón / Moment / Getty Images

„Jede Woche ein Gesetz“ scheint es einem. Fast entspricht das seit dem Einsetzen der politischen Aktivitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie der Realität. Eine ausführliche Darstellung aller Gesetze und Verordnungen der aktuellen Legislaturperiode würde somit den Rahmen dieses Artikels sprengen. Daher werden folgend thematische und nicht chronologische Schwerpunkte beim Blick zurück und nach vorne gesetzt, auch wenn diese sich gesetzgeberisch häufig vermischen. Es handelt sich hierbei um die Themen Finanzierung der GKV, Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und –prozesse in der GKV und Pflege sowie die Digitalisierung. Eng damit verknüpft sind die Rollen und Aufgaben der Akteure auf Bundes- und Landesebene – gerade unter dem Brennglas der Corona-Pandemie.

FINANZIERUNG

Gleich im April 2018 wurden mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) etliche Koalitionsvorhaben mit Blick auf die Finanzierung der GKV umgesetzt. Erleichterungen für kleine Selbstständige, die Wiedereinführung der vollständigen paritätischen Finanzierung des GKV-Beitragssatzes durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie Regelungen zu Höchstgrenzen von Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds klingen banal, stehen aber für große ordnungspolitische Eingriffe. Trotz noch sprudelnder Beitragseinnahmen wurde damit vor allem auch eine Ära der niedrigen Beitragssätze und eines verschärften Kassenwettbewerbes eingeläutet. Abgeschmolzenes Vermögen sollte insbesondere in die von der Vorgängerregierung sowie von der neuen Regierung beschlossenen ausgeweiteten Versorgungsleistungen oder in die erhöhten Vergütungsanpassungen von Leistungserbringern fließen. Dies gelang, und daher freute sich das Gesundheitsministerium mit Blick auf das Finanzergebnis der GKV für das Jahr 2019, dass noch über 95 Prozent der Versicherten gleichbleibende sowie z.T. niedrigere Zusatzbeitragssätze zahlten, obwohl gleichzeitig Kassendefizite und Ausgabensteigerungen von 5,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr festzustellen waren. Auch deswegen war es richtig und wichtig, dass der Gesundheitsminister nicht lange mit der Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und damit der Korrektur von massiven Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zögerte. Immerhin ist dieser Mechanismus zentral dafür, dass die Beitragsgelder der Krankenkassen dahin fließen, wo Versorgung stattfindet. Und es kann durchaus die These vertreten werden, dass heute ohne diese Reform gerade in Zeiten der Pandemie deutlichere Unterschiede und Sprünge der Zusatzbeiträge der Krankenkassen auf dem Tisch lägen. Kaum verwunderlich ist es daher, dass dieses Gesetz für hitzige Diskussionen unter den Kassenarten aber auch der Bundesländer führte. Erstere, weil insbesondere einer Kassenart Wettbewerbsvorteile genommen wurden und letztere, da ihnen mit einer bundesweiten Öffnung aller Krankenkassen auch die Aufsicht weggenommen werden sollte. Kaum verwunderlich wurde letzteres nicht umgesetzt.

Die Corona-Pandemie Anfang 2020 machte dann zahlreiche Gesetze und nahezu unzählige Verordnungen erforderlich, die richtigerweise den Erhalt der medizinischen und gesundheitlichen Infrastruktur sicherstellen. Hierunter fallen Umsatzgarantien für Ärzte, Zahnärzte, Heilmittelerbringer, Prämien für leerstehende Betten in den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, die Finanzierung Intensivmedizinischer Betten, Schutzausrüstungen, (symptomunabhängige) Antikörpertests, Schutzmasken für vulnerable Versichertengruppen, Prämien für Pflegekräfte und vieles, vieles mehr.

Zu Beginn der Pandemie fast noch verzeihbar, aber leider auch ein Jahr später noch zu beobachten ist: In der Hektik der Pandemie-Aktivitäten wird nur zögerlich hinterfragt, ob nicht auch Strukturen finanziert werden, die ohne Pandemie eigentlich schon dem Untergang geweiht waren, ob ohne Not manche Akteure mit Geldern geflutet und andere durch gewieftes Agieren zu Krisengewinnlern werden. So erhielten beispielsweise Krankenhäuser, die 2020 vom Netz gehen sollten, noch Gelder aus dem Corona-Topf. Andere nahmen die Corona-Leerstandsprämien und beantragten gleichzeitig für ihre Belegschaft Kurzarbeitergeld. Apotheken erhielten zu Beginn der Pandemie 5 Euro für den Botendienst – eine Leistung, die sie zuvor als Serviceleistung erbracht haben und für die sie nun dauerhaft 2,50 Euro erhalten. Sechs Euro Vergütung von FFP2-Masken für die Apotheken, denen ein deutlich niedrigerer Einkaufspreis zugrunde liegt, die rd. 7.000 gemeldeten und mit 50.000 Euro pro Stück vergüteten „Geister-Intensiv-Betten“, die wegen „Bürokratieentlastung“ reduzierten Anforderungen bei den Prüfungen der Krankenhausabrechnungen mit dem Resultat hoher Falschabrechnungen – die Liste ist lang mit den Dingen, deren Fehlanreize allen bewusst waren und dennoch umgesetzt wurden. Daher ist gerade jetzt Vorsicht geboten, wenn Standesorganisationen, die sonst ihre Selbständigkeit oder ihren Sicherstellungsauftrag wie eine Monstranz vor sich hertragen, die schlichte Fortsetzung von Corona-Sonderregelungen fordern. All das Proklamieren des alternativ drohenden Untergangs des Abendlandes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass großzügige Corona-Hilfen im Vergleich zum Vorjahr bei einigen sogar Einnahmesteigerungen generiert haben. Beispielhaft seien

ENTWICKLUNG DER FALLZAHL AUSGEWÄHLTER KRANKHEITSBILDER VON BKK-VERSICHERTEN IN KRANKENHÄUSERN 2020/2019, 100% = 2019 SAISONBEREINIGT



Abbildung 1

die Krankenhäuser genannt, die im 1. – 3. Quartal des Jahres 2019 rund 59,5 Mrd. und im Jahr 2020 60,4 Mrd. Euro erhielten – zuzüglich weiterer 9,7 Mrd. Euro an Ausgleichzahlungen für Einnahmeausfälle und Mittel für zusätzliche Intensivbetten. Gleichzeitig gingen die Fallzahlen um 11,5 Prozent zurück. Also, mehr Geld bei weniger Fällen, wobei seit Sommer 2020 viele im Frühjahr verschobene Leistungen nachgeholt und in der zweiten Welle kaum noch verschoben werden. (siehe Abbildung 1).

Seit dem Start der Corona-Pandemie überblicken meist nur noch die Haushaltsexperten, welche Schutzschirm-Maßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen mal aus dem Gesundheitsfonds, mal aus der Liquiditätsreserve der GKV und mal mit, mal ohne Bundeszuschuss finanziert werden. Das ist sicher einer der Gründe, warum insbesondere auch die Bundesländer, die sonst so vehement auf ihre Zuständigkeiten pochen, das vermeintliche Füllhorn der GKV und des Bundes entdeckt haben. So werden die eigenen Ausgabedefizite der vergangenen Jahre im Bereich der Daseinsvorsorge bzw. hinsichtlich der Versorgungsstrukturen subventioniert. Der personell, finanziell und digital ausgehungerte öffentliche Gesundheitsdienst, Krankenhaus- sowie stationäre Pflegebereich sollten hier als Beispiele genügen. Doch statt diese Versäumnisse anzugehen und Konzepte zu erstellen und Maßnahmen für die Sicherstellung der Daseins- und Versorgungsaufgaben zu ergreifen, steht von Bundesländern und Kommunen die Forderung nach mehr Macht und weiteren finanziellen Mitteln „aus dem Fonds“ im Vordergrund. Ein „Fonds“, dessen Mittel

nicht wie Manna vom Himmel fällt, sondern sich aus Beitragsgeldern der Versicherten und Arbeitgeber speist. Das scheint bei all den Forderungen oftmals vergessen. Und es muss unbedingt in diesen besonderen Zeiten betont werden, dass gerade das Grundprinzip der solidarischen Finanzierung der GKV nach wie vor hoch modern ist. Zum einen muss kein Versicherter sich in Abhängigkeit von Berufstätigkeit oder Alter fürchten, keinen Zugang zu medizinischen Leistungen zu erhalten. Zum anderen funktionieren die Finanzstrukturen und Prozesse so, dass sie verlässlich und stabil den Sozialstaat stützen. Trotz einbrechender Einnahmehasis gelingt es, die üblichen finanziellen Herausforderungen und die weiteren der Pandemie solide zu meistern. Gerade auch die Finanzreserven der Kassen, in den vergangenen Jahren hoher Einnahmen für schlechte Zeiten zurückgelegt, federn nun die Krise ab. Die als „Sparkassen“ Bescholtenen ermöglichen es, 8 Milliarden Euro zur Teilfinanzierung der Ausgabensteigerungen aus den Gesetzgebungen der vergangenen Jahre und der Corona-Pandemie beizusteuern. Hierdurch sicherte der Gesundheitsminister für das Jahr 2021 überwiegend stabile Beitragssätze. Außerdem konnte so der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 5 Milliarden deutlich geringer ausfallen, als zunächst geplant. Explizit wird in Kauf genommen, dass die Finanzreserven der Kassen für außerordentliche Belastungen im Jahr 2021 und für die Zeit nach der Bundestagswahl im Jahr 2022 überwiegend aufgebraucht sein werden.

Es ist bereits heute abzusehen, dass die Konjunktur nicht kurzfristig und mit großem Nachholeffekt anspringen wird. Gleichzeitig wird die GKV im Rahmen der Pandemie weiterhin als Vor- oder Hauptfinanzier u.a. auch von „versicherungsfremden“ Leistungen genutzt. Zum Start der neuen Regierungskoalition werden daher voraussichtlich drastische Sparmaßnahmen notwendig. Und so hört man vereinzelt bereits heute die Forderung nach einer dauerhaften Erhöhung des Bundeszuschusses an die GKV. Statt eines Steuerzuschusses, der je nach Haushaltslage angepasst wird, sollte jedoch mit Blick auf die Finanzierung

»Neben dem Gesetzgeber haben gerade auch die Partner der Gemeinsamen und Sozialen Selbstverwaltung gezeigt, dass sie in der Pandemie schnell und flexibel handeln können.«

der Versorgung, eine Rückbesinnung auf die oder Neudefinition der jeweiligen Aufgaben der Krankenkassen und der der Akteure auf Bundes- und Landesebene erfolgen. Sollen z. B. die Krankenkassen dauerhaft mehr Verantwortung mit Blick auf gesundheitsrelevante, gesamtgesellschaftliche Aufgaben – also weitere „versicherungsfremde Leistungen“ – übernehmen, müssen sie hierfür gesetzlich mandatiert und finanziell ausgestattet werden. Über die Finanzierung dieser Leistungen sollte dann auch Transparenz hergestellt werden. Nicht, um die solidarische Finanzierung in Frage zu stellen, sondern um deutlich zu machen, wer wofür finanziell „gerade steht“, und wer nicht. Damit einher geht, ordnungspolitisch den Kassen stärker als bisher die Rolle des Gestalters, Lotsen und Begleiters der Versicherten zuzugestehen, statt sie nur als Zahler zu betrachten. Hierzu weiter unten mehr.

VERSORGUNG UND STRUKTUREN

Ganz im Rhythmus der Vorgängerregierung, wurden insbesondere in den ersten beiden Jahren der 19. Legislaturperiode die sprudelnden Beiträge der GKV für Leistungsausweitungen für Versicherte, für weitere Zugeständnisse und/oder erweiterte Handlungsspielräume der Leistungserbringer, zum finanziellen Bedienen von Interessensgruppen, in Ansätzen für Strukturweiterentwicklungen und schließlich zur Reduktion der Selbstverwaltungszuständigkeiten genutzt. Alle diese Merkmale finden sich beispielsweise im Terminservice- und Versorgungsgesetz, das zunächst die Unabhängigkeit einer zügigen Terminvergabe vom gesetzlichen oder privaten Versicherungsstatus zum Ziel hatte. Mit einem Paukenschlag wurde außerdem der Selbstverwaltung die Gesellschaft für Telematik, gematik, aus der Hand genommen, indem der Bund die Mehrheit der Anteile übernahm.

Einem ähnlichen Paukenschlag kam auch die Abkopplung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von eben jenen gleich. Mit dem Argument, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes (MD) und damit Patienteninteressen zu stärken, wurden im MDK-Reformgesetz eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts gebildet. Die Liste weiterer Gesetze mit ähnlichen Merkmalen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, lässt sich länglich fortsetzen. Der mutige Anlauf zur Reform der Notfallversorgung auf Basis eines Diskussionsentwurfes fiel hingegen dem großen Widerstand der Bundesländer und der Krankenhäuser zum Opfer. Das in den Bundesländern verankerte und heterogen gewachsene Rettungswesen im Interesse der Notfallpatientinnen und -patienten einheitlich, durchgängig und integriert zu organisieren, widersprach dem föderalen Selbstverständnis diametral. Die Krankenhäuser fürchteten ferner einen Machtverlust. Erschwerend kam Anfang 2020 die Corona-Pandemie hinzu, die weitere Debatten vollends erstickte. Und so bleibt es u. a. bei unterschiedlichen Notrufnummern und evtl. einer weiterhin fehlenden (digitalen) Ersteinschätzung im Krankenwagen inkl. gezielter Weiterleitung einer Leitstelle an das für die jeweilige Versorgungssituation bestmögliche Krankenhaus. Doch die Notwendigkeit für Veränderungen ist groß, so dass die nächste Regierungskoalition diesen Faden aufnehmen muss. Zu wünschen wäre dies im Zusammenhang mit einer Diskussion um eine sinnvolle Neuorganisation nicht nur der stationären sondern grundsätzlich von vernetzten Versorgungsstrukturen (hierzu später mehr).

Die hohe Schlagzahl an Gesetzen wurde mit Start der Corona-Pandemie nach Grundlagengesetzen mit entsprechender Ermächtigung in Verordnungen am Fließband umgemünzt. Die Maßnahmen und Regelungen wurden bereits in der Thematik der Finanzierung benannt, weshalb an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet wird. Festzuhalten bleibt aber, dass neben dem Gesetzgeber gerade auch die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung gezeigt haben, dass sie in der Not tatsächlich schnell und flexibel handeln können. Bereits Mitte März starteten die Gespräche zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Ausgestaltung der Rettungsschirme für Krankenhäuser und Ärzte. Schnell folgten zahlreiche Vereinbarungen, um die Versorgungsstrukturen trotz wegbleibender Patienten und dem damit verbundenen massiven Umsatzeinbruch zu stabilisieren. Plötzlich waren auch pragmatische Sonderregelungen für die digitale Versorgung von Patienten (z. B. via Telefonsprechstunden) inkl. Verschreibung von Arznei- bzw. Heil- und Hilfsmitteln, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und auch hier vielem anderen mehr möglich, die ohne Pandemie nicht denkbar gewesen wären. Die Nutzung digitaler Kommunikationsmedien erlebte einen wahren Boom, wobei gerade im ambulanten Bereich noch immer nur eine Minderheit von diesen überzeugt sind. Etlliches von dem, was sich in der Pandemie bereits bewährt hat, soll auch künftig beibehalten werden. Einiges gehört sicher auf den Prüfstand bzw. bedarf einer Weiterentwicklung.

Die soziale Selbstverwaltung und Kassenmanager bewiesen ebenfalls, dass sie ihrer Rolle als solide, pragmatisch anpackende Akteure in der Organisation bzw. Finanzierung der Versorgung nicht nur gerecht werden. Sie haben über die herausfordernde Umsetzung vieler Gesetze der vergangenen Jahre hinaus in der Pandemie ad hoc viele Aufgaben angepackt, organisiert und finanziert – selbst, wenn diese nicht in ihr originäres Aufgabenspektrum gehören. Und dies tun sie ohne mediales Tamtam, Aufschrei, Murren oder der Erwartung, beklatscht zu werden. Trotzdem sind sie derzeit kaum gefragt als Ratgeber beim Gesetz- bzw. Verordnungsgeber. Stellungnahme-Fristen von 1–3 Stunden setzen das Zeichen, dass man die teils deutlichen und kritischen Rückmeldungen der Praktiker weitgehend ignorieren will. Wozu das führt, das wird z. B. beim Wirrwar um die Verteilung der FFP2-Masken deutlich. Es war quasi mit Ansage, dass die Verteilung teuer, von der Bundesdruckerei produzierter, fälschungssicherer Voucher auf Basis einer stichtagsbezogenen aber aufgrund der Meldestrukturen veralteten Datenerhebung bei allen Beteiligten nur zu Frust führen kann. Doch es sind gerade die Krankenkassen, die diesen Frust der Versicherten abbekommen. Auch die aktuelle Empörung über die überbewertete Bezahlung der Masken an die Apotheker war absehbar und daher vermeidbar.

Ob mit oder ohne Pandemie, eine echte Diskussion darüber, wie die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen sowie digitalen Entwicklungen zukunftsfest gemacht werden können, stand in dieser Legislaturperiode nur in Ansätzen auf der Agenda. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe kam enttäuschender Weise letztlich nur zum Schluss, dass Krankenhäuser im ambulanten Bereich gestärkt werden müssten und dies dann zu einer besseren Sektoren übergreifenden Versorgung führe. Das Scheitern einer Neuorganisation der Notfallversorgung wurde bereits beschrieben. Doch gerade durch die Pandemie wurden schonungslos die großen Defizite gerade auch der Länder mit Blick auf jahrelang vernachlässigte Planung und Finanzierung offengelegt. Dies gehört daher nach den Wahlen dringend auf die Agenda.

Sicherlich gibt es gute Gründe, einerseits am bisherigen Weg der inkrementellen Reformschritte festzuhalten. Andererseits ist schon länger nicht mehr ersichtlich, wohin die Schritte führen sollen – und das nicht erst seit dem reaktiven Agieren im Rahmen der

Pandemie. Dies resultiert in einer immer kleinteiligeren Gesetzgebung mit widersprüchlichen Regelungen. Der Gesetzgeber spannt schon lange nicht mehr nur den ordnungspolitischen Rahmen und überlässt die Ausgestaltung den Selbstverwaltungspartnern, er greift selbst, zentral und tief in das Versorgungsgeschehen ein. Dabei fehlt jedoch das konkrete Ziel, und so scheint jeder Weg aber auch das Verharren im Hier und Jetzt das Richtige. Neue Impulse sind jedoch notwendig und daher sollte nach der Bundestagswahl ein attraktives Zukunftsbild der Versorgung entwickelt werden. Das wäre eines, das vor allem den Patienten bzw. den Versicherten in den Fokus stellt. Aber auch eines, das die Rolle der Akteure und den konkreten Weg zur Erreichung des Ziels skizziert. Schließlich ist die Defizitbeschreibung des deutschen Gesundheitssystems seit Jahren ausführlich und bekannt. Sie hat bislang aber nicht ausgereicht, um das Beharrungsvermögen und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Versorgungs-Silos zu überwinden. Gleichzeitig entwickelt sich dank digitaler Innovationen und Disruptionen eine vernetzte Welt, die den Gesundheitsbereich wie einen Dinosaurier erscheinen lässt. Längst sind Smart Home-Anwendungen, digitale Plattformen, online-shopping und Lieferung nach Hause gang und gäbe. Sie verändern das Konsumentenverhalten und bedienen den Wunsch nach Service und Bequemlichkeit und das zu jeder Zeit. Pontius und Pilates kommen zum Kunden, statt dass letzterer von einem zum anderen laufen muss. Davon sind wir im Gesundheitsbereich kulturell heute zwar noch weit entfernt. Doch es liegt auf der Hand, dass eine alle Akteure digital vernetzende Versorgung entstehen muss, die weit über die Bemühungen vieler Jahre zur Etablierung einer integrierten Versorgung hinausgeht. Die Versicherten bzw. Patienten stünden erstmals wirklich im Zentrum. Und egal, ob diese gesund, akut oder chronisch krank sind, in solch einem Netzwerk würden sie individuell, bedarfsgerecht und für alle am Prozess Beteiligten transparent beraten, begleitet und versorgt werden. Auch in dieser Form der Zusammenarbeit würden sich die meisten Akteure von heute wiederfinden. Etliche neue kämen hinzu, andere, wie zum Beispiel Pflegekräfte oder Heilmittlerbringer, müssten mit mehr Verantwortung ausgestattet sein als heute. Sie alle würden mit und um den Patienten bzw. Versicherten herum eng zusammenarbeiten und die Expertise des jeweils anderen nutzen, statt kritisch zu beäugen. Die gesetzlichen Krankenkassen wären hier ein wichtiger Akteur, der unterstützt, begleitet, berät und orchestriert. Qualität

und Outcome sowie Krisenfestigkeit stünden im Fokus der Finanzierung und Versorgungsgestaltung. Die Vergütung müsste diese neue Form der Zusammenarbeit z.B. mit Netzprämien, Vergütungen für Fallkonferenzen, etc. abbilden. Personelle und finanzielle Zuständigkeiten sowie die Planung und Organisation der Versorgungsstrukturen müssten daraus abgeleitet geklärt und ggf. neu definiert werden. Ein erster Schritt könnte z. B. die Sektoren und Bundesländer übergreifende Bedarfsplanung sein, da Versorgungsbedarf an Ländergrenzen oder Versorgungsstrukturen keinen Halt macht. Vieles mehr könnte, nein müsste schon heute, konsequent vom Versicherten bzw. Patienten gedacht, und auf den Weg gebracht werden. Klingt ein solches Ziel und Vorgehen naiv und das Zukunftsbild nach Traumtänzeri? Für manche Ohren vielleicht. Doch Wettbewerb unter Krankenkassen und Wahlfreiheit klang vor etlichen Jahren sicher ebenso verrückt. Warum also nicht ein neues Bild der Versorgung zu Ende denken und daraus die Schritte für heute und die nächsten 5–10 Jahre ableiten, die zu dessen Erreichung notwendig sind? Vor etlichen Jahren hatte die Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (1987–1992) genau diese Aufgabe, und viele ihrer Ideen sehen wir heute umgesetzt. Die digitale Transformation und die gesellschaftlichen Veränderungen, wie wir z.B. leben und arbeiten, machen neue Ideen notwendig. Künftig die Kommunen oder Bundesländer als zentrale Akteure der Versorgungsplanung und –gestaltung zu benennen und Krankenkassen als bloße Zahler von evtl. neu zu schaffenden Managementgesellschaften zu etablieren, ist hingegen kein geeignetes Zukunftsbild. Zumindest ist es das dann nicht, wenn die föderalen Strukturen hinsichtlich der Versorgungsgestaltung bleiben, wie sie sind. Das dürfte in Anbetracht der vielen Defizite, die die Pandemie nochmal deutlicher gemacht hat, klar geworden sein. Und dass der Bund es besser wüsste und Versorgung alleine gestalten könnte, das wurde sicherlich im Rahmen der Pandemie ebenfalls ausreichend widerlegt.



© Westend61 / Getty Images

PFLEGE

Grundsätzliche Überlegungen sind auch mit Blick auf die Pflege in der neuen Legislaturperiode notwendig. Zwar war diese gleich im Jahr 2018 auf der politischen Agenda. Viele Maßnahmen wurden ergriffen mit dem Ziel, den Fachkräftemangel anzugehen. Zum einen sollte dafür gesorgt werden, dass in Krankenhäusern endlich keine Einsparungen mehr zu Lasten des Pflegepersonals geschehen und die Ausbildung attraktiver wird. Hierzu gehören u. a. die Übernahme der Ausbildungsvergütung, die Finanzierung jeder zusätzlichen Pflegekraft sowie die volle Erstattung von Tarifsteigerungen für Pflegekräfte über die Kostenträger sowie die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs. Mit weiteren Finanzmitteln der GKV sollten ferner 13.000 zusätzliche Pflegekräfte für stationäre Pflegeeinrichtungen generiert werden. Dies blieb eine Utopie, da Pflegekräfte schließlich nicht einfach „gebacken“ werden können. Was jedoch stattdessen mit den GKV-Geldern geschah, ist aktuell unklar. Die Konzentrierte Aktion Pflege erarbeitete in fünf interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen konkrete Handlungsfelder, die z.B. unmittelbar in der „Ausbildungsoffensive Pflege“ und entsprechende gesetzliche Regelungen resultierten. Unter Qualitätsgesichtspunkten wurden schließlich noch im Jahr 2019 die – in Corona-Zeiten

schändlicher Weise als Bürokratie abgetanen - Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche definiert. Sie sollen dafür sorgen, dass Pflegepersonal in den definierten Bereichen ausreichend vorhanden ist und nicht anderweitig eingesetzt wird. Sie gelten inzwischen für 11 Bereiche, darunter z.B. die (Pädiatrische) Intensivmedizin, die Geriatrie, die Kardiologie, die Unfall-, allgemeine und Herzchirurgie sowie die Neurologische Schlaganfallereinheit. Seit Start der Pandemie sind diese ausgesetzt und daher ohne Sanktionsmechanismus. Gegen ein Wiedereinsetzen wehren sich die Krankenhäuser mit Verweis auf sonst unterbesetzte Abteilungen. Ob eine Versorgung in personell unterbesetzten Abteilungen allerdings die notwendige Qualität der Leistung garantiert oder eher für den Patienten eine Gefahr darstellt, wird nicht hinterfragt.

Die Pandemie machte es Anfang 2020 dann erforderlich, sich gesetzgeberisch auch für die soziale Pflegeversicherung auf Maßnahmen wie Schutzausrüstungen, Pflegeprämien, Infrastruktur-Erhalt und finanzielle Stabilität zu konzentrieren. Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) aber auch der Bund via Steuermittel tragen ihren Anteil. Schon werden erste Rufe nach einem dauerhaften Bundeszuschuss laut, um massive Beitragssteigerungen im kommenden Jahr zu kompensieren. Doch es ist fraglich, ob damit die Probleme nachhaltig zu lösen sind. Stattdessen müsste auch hier grundlegend hinterfragt werden, wer künftig was finanzieren muss. Hierunter fallen z.B. die von der SPV getragenen „versicherungsfremden Leistungen“ (Finanzierung zusätzlicher Rentenansprüche pflegender Angehöriger) oder die Investitionskostenfinanzierungen der Bundesländer. Da letztere seit Jahren unzureichend sind, steigen die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen mit Blick auf ihre Eigenanteile. Im Schnitt müssen Heimbewohner derzeit 2.068 Euro aus der eigenen Tasche dazu zahlen. In dem seit März 2021 vorliegenden, informellen Arbeitsentwurf des BMGs für eine Reform ist zu ihrer Entlastung bei den pflegebedingten Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen ein „Stufenmodell“ vorgesehen sowie eine Verpflichtung der Länder zur Zahlung ihrer Investitionskosten vorgesehen. Gleichzeitig wird auf eine private Absicherung des Pflegerisikos und viele „Teillösungen“ gesetzt. Dies wäre „eine kleine Finanzreform“, deren Nachhaltigkeit fraglich ist. Die Finanzierung und auch strukturelle Überlegungen gehören grundsätzlich auf die Agenda. Statt auch organisatorische Fehlentwicklungen mit teuren Stapellösungsangeboten kurieren zu müssen,

» Die Probleme der Pflege sind nicht einfach mit einem Bundeszuschuss zu lösen. Nicht weniger als die Erarbeitung einer neuen Leistungs-, Finanzierungs- und Versorgungssystematik gehört auf die politische Agenda.«

sollte die grundlegende settingspezifische Ausrichtung des Pflegeversicherungssystems überdacht werden. Settingunabhängige Budgetsysteme oder Modullösungen zur Behebung des Fachkräftemangels, eine höhere oder tarifliche Vergütung sowie erweiterte pflegerische Tätigkeiten durch über das aktuelle Reformvorhaben hinaus entsprechende Qualifizierung sind ferner gesetzlich zu adressieren. Auch hier sollte also nach den Bundestagswahlen ein attraktives und nachhaltiges Zukunftsbild erarbeitet und die Schritte zu dessen Erreichung konkretisiert werden. Dies wird insbesondere auch der Dreh- und Angelpunkt dafür sein, den sich verschärfenden Fachkräftemangel anzugehen. Ansonsten werden auch in Zukunft Stilblüten gedeihen, wie wir sie in Zeiten der Pandemie gerade sehen: Vermittler von freiberuflichen Pflegekräften nutzen die Notlage der Pflegeeinrichtungen vor Ort für wucherähnliche Angebote für die Vermittlung und den Einsatz von Pflegekräften verbunden mit der Aussage, dass die überhöht entstehenden Kosten in voller Höhe über das Kostenerstattungsverfahren finanziert würden. Ein einzurichtender Expertenbeirat müsste also eine neue „Leistungs-, Finanzierungs- und Versorgungssystematik der Sozialen Pflegeversicherung“ erarbeiten und damit die Grundlagen für eine umfassende Systemreform auf Basis eines breiten Konsens schaffen.

DIGITALISIERUNG

Eine der großen Errungenschaften dieser Legislaturperiode ist, dass die GKV endlich aus dem digitalen Dornröschenschlaf geweckt und die diesbezügliche Verhinderungspolitik einzelner durchbrochen wurde. Das erste große Digitalisierungsgesetz enthielt revolutionäre Themen wie Apps auf Rezept, die sich inzwischen bereits im Versorgungsalltag wiederfinden. Auch der verordnete Anschluss von Apotheken, Krankenhäusern, Hebammen, Physiotherapeuten, Pflege- und Reha-Einrichtungen und anderer Akteure an die Telematik-Infrastruktur waren wichtige Regelungen, um alle zu mobilisieren. Darüber hinaus wurde der Weg gebahnt, dass verordnete Leistungen auf elektronischem Weg verordnet werden können. Mit dem Gesetz wurde auch endlich eine kleine Tür geöffnet, dass Kassen ihren Versicherten passgenaue Versorgungslösungen anbieten und hierzu beraten können. Zu Recht ist die Erwartungshaltung der Politik hoch, dass dieses Instrument mit Augenmaß und für die Versicherten nutzenstiftend eingesetzt wird.

Mit einem Mix aus finanziellen Anreizen oder Sanktionen wurden alle Akteure geschubst oder getrieben mit dem ehrgeizigen Ziel, im internationalen Vergleich die digitale rote Laterne los zu werden. Daher wurden in vielen folgenden Gesetzen immer wieder Konkretisierungen und Ausweitungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wenig hilfreich war der politisch ungelöste und damit auf die Kassen übertragene Streit mit Bundes- und den Landesdatenschutzbeauftragten wegen der erst ab 2022 möglichen fein-granularen Zugriffsverwaltung durch den Versicherten auf Befunde in der ePA. Dieser Streit, verbunden mit einem hochaufwändigen datenschutzkonformen Authentifizierungsverfahren und der Tatsache, dass die ePA erst ab Sommer 2021 mit medizinischen Daten der Ärzte befüllt wird, hat das Jahr 2021 für die ePA zu einem Jahr des Modellversuchs werden lassen.

Doch nicht nur im ambulanten Bereich fand der Digitalisierungs-Impuls statt. Auch im stationären Bereich wurden die nicht erst durch die Corona-Pandemie mit Blick auf die Digitalisierung noch offensichtlicher werdenden, bestehenden Defizite in den Krankenhäusern angegangen. Schließlich weisen viele Krankenhäuser einen im internationalen Vergleich unterdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad der Behandlungs- und Verwaltungsprozesse auf. Insbesondere in kleineren Häusern (weniger als 300 Betten) fehlen grundlegende infrastrukturelle Komponenten wie ein Data Warehouse, die Voraussetzungen für den Aufbau komplexer, integrierter IT-Systeme und -Leistungen darstellen. Im Rahmen des „Konjunktur- und Krisenbewältigungspakets“ wurde daher auch ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ aufgelegt. Mit Bundesmitteln sollen endlich die Digital-Investitionen gestartet werden, die jahrelang nicht von den Bundesländern vorgenommen wurden. Insgesamt wird den Krankenhäusern ein Fördervolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Auf der Digital-Agenda muss nun insbesondere auch der Pflegebereich stehen.

Gerade seit der Pandemie wird die Notwendigkeit zur Nutzung der digitalen Möglichkeiten von immer weniger Akteuren bestritten. Doch trotz aller Erleichterungen scheint insbesondere im ambulanten ärztlichen Bereich noch erheblicher Widerstand bzw. die größte Skepsis zu herrschen. Beispielhaft ist hier der jüngste Aufschrei der Ärzte- und Zahnärztervertreter auf das „Whitepaper Telematikinfrastruktur 2.0 für ein föderalistisch vernetztes Gesundheitssystem“ der gematik genannt. Das Vorgehen bei der Erstellung und Kommunikation des Papiers in der Gesellschafterversammlung, soll nicht kommentiert werden. Richtig ist aber, dass die gematik kritisch hinterfragt, ob die derzeitige Architektur und bestehende Konzepte bezüglich der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur noch auf dem neuesten Stand sind. Da mutet es merkwürdig an, wenn u. a. zuvor und über Jahre hinweg hart bekämpfte Konnektoren plötzlich verteidigt werden. Gerade auch weil die

- » Der Kassensturz nach der Bundestagswahl in der GKV und SPV bietet die Chance, unter Nutzung der Digitalisierung qualitätsgetriebene Strukturveränderungen vorzunehmen, die Vernetzung statt „System“ und damit den Versicherten ins Zentrum stellt. «

Begründung lautet, dass sie nach vielen Jahren langsam Akzeptanz im ärztlichen System erhalten. Im übertragenen Sinne entspricht dies dem noch im Jahre 1806 öffentlichkeitswirksamen „Hinrichten“ eines elektrischen Jacquard-Webstuhles, weil manuelle Webstühle inzwischen gängig waren und die Zunft sicherten. Es bleibt zu hoffen, dass bei allen Akteuren einsickert, dass die digitale Transformation mindestens eine ähnliche Dimension der Veränderung hat und disruptiv wirkt. Wer nicht mitgehen will, sollte sich genauer mit der Geschichte des Tuchgewerbes befassen. Schließlich wird die Schlagzahl notwendiger Investition in technische Innovationen alles andere als langsamer werden.

Es wird also die Aufgabe der nächsten Legislaturperiode sein, den eingeschlagenen Weg der Digitalisierung des Gesundheitssystems fortzusetzen und für die Umsetzung einer vernetzten Versorgung zu nutzen. Zugriffsmöglichkeiten auf Daten bzw. Datenpools, Forschung und Versorgungsangebote auf Basis von Big Data, die Definition und Verankerung von international gültigen Vernetzungs- und Kommunikationsstandards, die verpflichtende Anbindung aller relevanten Akteure, drakonische Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen Datenschutzbestimmungen – all das sind wichtige Bausteine – gerade auch für ein, die Digitalisierung nutzendes Zukunftsbild „Versorgungs-Netzwerk“

AUSBLICK / ZUSAMMENFASSUNG

Mit Lockdown-Maßnahmen, Tests und Impfungen jagt die Regierung auf Bundes- und Länderebene derzeit der Pandemie hinterher. Die Wirtschaft, Bürger und auch Leistungserbringer in der GKV werden weiter mit hohen Milliardenbeträgen finanziell gestützt. Mal kommen sie vom Bund, mal aus dem Topf der GKV oder SPV. Selbst wenn die Zahl der verimpften Corona-Impfdosen im Jahr 2021 signifikant gesteigert werden kann, ist klar, dass die Pandemie auch nach der Bundestagswahl nicht im Keim erstickt ist. Die oder der künftige Gesundheitsminister/-in wird also zunächst mit einem Kassensturz feststellen müssen, dass die Finanzreserven der GKV und auch der SPV auf Grund gesunkener Beitragseinnahmen und höherer Ausgaben erschöpft sind. Es ist ferner zu befürchten, dass diese Situation dazu verleiten wird, publikumswirksame, schnelle Entscheidungen bezüglich einer Kosteneinsparung zu treffen. Vielleicht werden die Rezepte von Vorgängerministern wieder en vogue, die in Zeiten knapper Kassen agieren mussten.

Hoher Kostendruck birgt aber auch die Chance, qualitätsgetriebene Entscheidungen für Strukturveränderungen zu treffen, die die Digitalisierung nutzen und gleichzeitig den Versicherten bzw. Patienten ins Zentrum aller (Netzwerk-)Bemühungen stellen. Also nichts weniger, als ein Zukunftsbild für alle Vorsorge- und Versorgungsbereiche. Deutlich dürfte geworden sein, dass auch dringend die Klärung und ggf. Neudefinition von Rollen und Zuständigkeiten der Versorgungsgestaltung und Finanzierung auf die Agenda gehört. Dazu gehören auch nachhaltige Maßnahmen einer ausreichenden Daseinsvorsorge, um künftig statt ad hoc in der Krise zu agieren, strukturiert und geplant vorgehen zu können. Zentral hierfür ist wiederum auch die überfällige Schaffung einer Übersicht über die konkrete Ausstattung an Geräten und Personal in den Krankenhäusern, Praxen der niedergelassenen (Zahn-)Ärzte und in Alten- und Pflegeheimen – also einer Transparenz, wie sie weder Bund noch Länder bis heute haben. All dies zusammen ist eine Herkulesaufgabe für eine neue Regierungskoalition. Ein attraktives Zukunftsbild, wie ansatzweise skizziert, könnte helfen, die Richtung und die notwendigen Schritte für alle nachvollziehbar zu machen. Gelänge dieser Kraftakt und dessen Erledigung in kalkulierten Stufen, bliebe auch weiterhin ausreichend Gelegenheit für die Aussage: „Was für ein Jahr!“ ■

NEUE PREISINSTRUMENTE ZUR MARKTEINFÜHRUNG

DAUERBRENNER MEDIKAMENTENPREISE

Von Dr. Christina Diessel, Versorgungsmanagement

Das Beispiel der spinalen Muskelatrophie (SMA) macht deutlich, dass die freie Preisbildung von neuen Arzneimitteln in Deutschland zu immer höheren Einstiegspreisen führt. Ein allgemeiner Trend, der die Solidargemeinschaft an ihre finanziellen Grenzen bringt. Es ist an der Zeit, über neue Erstattungswege nachzudenken. Im vergangenen Jahr standen verschiedene Fälle von jungen Patienten mit SMA im öffentlichen Fokus. Schon vor der Zulassung beantragten Ärzte die Erstattung eines neuen hochpreisigen Gentherapeutikums zur Behandlung dieser Erkrankung. Die SMA ist eine seltene Erkrankung, die durch einen Gendefekt verursacht wird und zu Muskelschwund führt. Der folgende Artikel zeigt die aktuellen medikamentösen Therapiemöglichkeiten einer SMA auf. Derzeit sind in Deutschland zwei Medikamente zugelassen. Dabei handelt es sich um Spinraza und Zolgensma. Aufgrund der Komplexität der Therapie kommen beide Arzneimittel nur im stationären Bereich zum Einsatz. Darüber hinaus gibt der Artikel einen kurzen Ausblick, welche weiteren Neuerungen in diesem Indikationsgebiet im aktuellen Jahr auf uns zukommen könnten. Zudem beschreibt er die aktuellen Wege der Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung dieser neuen Arzneimittel.



© krisanapong detraphiphat / Moment / Getty Images

DIE SMA – EINE SELTENE ERKRANKUNG

Die SMA ist eine seltene Erkrankung und gehört zu den sogenannten Orphan Diseases. Sie ist eine schwerwiegende und fortschreitende Erkrankung, die die Muskulatur und ihre versorgenden Nerven betrifft. Bei der SMA handelt es sich um eine Erbkrankheit. Die Ursache ist ein Defekt eines bestimmten Gens. Dieses Gen kodiert im gesunden Zustand ein entsprechendes Protein, das die Gesundheit bestimmter Nervenzellen im Rückenmark erhält und ihr Überleben schützt. Ist dieses Gen defekt, gehen Nervenzellen zugrunde. Ungefähr eines von 10.000 Neugeborenen erkrankt an SMA. Pro Jahr kommen knapp 80 junge Patienten neu hinzu. Der natürliche Verlauf der Erkrankung reicht von einer schwerwiegenden Muskelschwäche, die schon kurz nach der Geburt eine künstliche Beatmung notwendig macht, bis zum ersten Auftreten der Symptome im Erwachsenenalter. Zwar gibt es eine Einteilung nach Schweregraden von Typ 1 bis Typ 4, jedoch ist die Zuordnung des einzelnen Patienten nicht immer eindeutig möglich.

DAS ERSTE ARZNEIMITTEL

Vor Juli 2017 gab es in der Versorgung kein Arzneimittel zur Therapie der SMA. Am 30.05.2017 erteilte die europäische Arzneimittelagentur EMA die Zulassung für Spinraza. Das amerikanische Unternehmen Biogen bringt Spinraza im Juli 2017 als erstes Therapeutikum zur Behandlung der SMA auf den deutschen Markt. Die Zulassung umfasst alle Typen der SMA. Die Behandlung erfolgt nur im stationären Setting. Denn nur ein Arzt darf die Therapie einleiten, wenn er Erfahrung in der Behandlung dieser Erkrankung hat. Da Spinraza in den Rückenwirbelkanal injiziert werden muss, sollte die Behandlung nur durch Ärzte erfolgen, die ebenfalls Erfahrung in der Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit aus dem Wirbelkanal haben. Dadurch entsteht für die jungen Patienten eine belastende Situation. Häufig müssen sie im Rahmen einer Dauertherapie mehrmals im Jahr medikamentös ruhiggestellt werden, um Spinraza verabreicht zu bekommen.

SPINRAZA ERHÄLT SEHR GUTE NOTEN IM G-BA

In seinem ersten AMNOG-Verfahren erhält das Orphan Drug Spinraza vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein sehr gutes Ergebnis. Die Therapie von einer der drei Patientengruppen bekommt die Bestnote, einen erheblichen Zusatznutzen. In einer weiteren Patientengruppe attestiert der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen. Die Therapie mit Spinraza in der dritten Patientengruppe bewertet der G-BA mit einem nicht quantifizierbaren Zusatznutzen. Denn im letzten Fall fehlen entsprechende klinische Daten. Anfang Dezember 2020 leitet der G-BA ein zweites Verfahren ein, weil die Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro überschritten wurde. Orphan Drugs werden im AMNOG-Verfahren privilegiert behandelt. Im Gegensatz zu anderen neuen Arzneimitteln müssen sie nicht ihren Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie nachweisen. Erst beim Überschreiten der Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro muss der Arzneimittelhersteller ein vollständiges Dossier einreichen. Mit einem Ergebnis ist Mitte Mai 2021 zu rechnen.

ERSTATTUNG VON SPINRAZA

Krankenhausträger können mit den Krankenkassen einen individuellen Preis für Spinraza verhandeln. Als preisliche Obergrenze gilt der vom Arzneimittelhersteller und dem GKV-Spitzenverband verhandelte Erstattungsbetrag. Aktuell kostet die Jahrestherapie mit Spinraza rund 280.000 Euro. Spinraza kann ein Leben lang verabreicht werden.

» Ein neues Werkzeug für den G-BA: Die erste anwendungsbegleitende Datenerhebung wird bei einer Therapie mit Zolgensma eingefordert. Ein Instrument des Gesetzgebers für Arzneimittel mit Sonderzulassungen und einer noch unreifen klinischen Datenlage.«

DAS ERSTE SMA-GENTHERAPEUTIKUM

Am 18.05.2020 lässt die EMA das neue Gentherapeutikum Zolgensma zur Behandlung der SMA zu. Eine einmalige Dosis soll laut Hersteller das Fortschreiten der Erkrankung verhindern. Zolgensma ist nur für die schwerwiegenden Krankheitsfälle der SMA zugelassen. Die Anwendung erfolgt ebenfalls ausschließlich stationär in spezialisierten Zentren.

AUSSAGEKRÄFTIGE DATEN GESUCHT

Das neue Gentherapeutikum ist mit Auflagen der Zulassungsbehörde auf den Markt gekommen. Die Zolgensma-Daten geben keine Auskunft über die Langzeitwirkung und Nebenwirkungen. Ein direkter Vergleich mit Spinraza existiert ebenfalls nicht. Die EMA wird neue Nachweise zu dem Präparat mindestens einmal im Jahr bewerten. Das stellt nicht nur die behandelnden Ärzte und die Eltern der jungen Patienten vor Herausforderungen, sondern auch den G-BA.

Der G-BA beschäftigt sich im ersten Halbjahr der Marktverfügbarkeit von Zolgensma gleich viermal mit dem neuen Gentherapeutikum. Zolgensma muss als neues Arzneimittel eine frühe Nutzenbewertung durchlaufen. Allerdings setzt der G-BA das AMNOG-Verfahren Anfang Dezember 2020 aus. In nur fünf Monaten nach offizieller Marktverfügbarkeit erreicht Zolgensma die Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro. In so kurzer Zeit gab es das noch nie. Ab dieser Umsatzgrenze gelten die Privilegien für Orphan Drugs in der frühen Nutzenbewertung



© Andrew Brookes / Cultura / Getty Images

nicht mehr. Der Arzneimittelhersteller AveXis / Novartis muss ein vollständiges Dossier einreichen. Mit einem gültigen Beschluss ist vermutlich erst im November 2021 zu rechnen. Ein Erstattungsbetrag wird anschließend verhandelt und gilt rückwirkend ab Mitte 2021.

Der G-BA hat im Interesse der Patientensicherheit Maßnahmen zur Qualitätssicherung erarbeitet. Zukünftig können nur Krankenhäuser Zolgensma verordnen, wenn sie die vorgegebenen Qualitätsstandards einhalten. Ziel ist es, die jungen Patienten mit dieser neuartigen Gentherapie optimal zu versorgen, über deren therapeutische Effekte noch nicht viel bekannt ist. Aktuell ist der Beschluss noch nicht in Kraft getreten.

Zudem fordert der G-BA die erste anwendungsbegleitende Datenerhebung bei einer Therapie mit Zolgensma. Das ist ein neues Werkzeug, das der Gesetzgeber dem G-BA an die Hand gegeben hat. Anwenden kann er es bei Arzneimitteln mit Sonderzulassungen. Hier sind die verfügbaren klinischen Daten meist relativ unreif. Die systematische Erfassung von Behandlungsfällen bei Arzneimitteln mit geringer Evidenz erfüllt eine langjährige Forderung der GKV. Im Fall von Zolgensma drückte der Hersteller schon vor der Zulassung sein Produkt in den deutschen Markt. Dabei realisierte er im Fall von Zolgensma einen exorbitanten und noch nie dagewesenen Preis. Auch verlängerte er mit dieser Strategie den Zeitraum der freien Preisbildung. Hersteller neuer Arzneimittel bestimmen im ersten Jahr den Preis frei. Wird ein neues Arzneimittel vor der Zulassung von Krankenkassen erstattet, verlängert sich dieser Zeitraum. Gerade bei Einmaltherapien mit nur wenigen Patienten gehen mit solch einer Strategie wertvolle Informationen über Behandlungsverläufe verloren. Sinnvoller ist es, die Behandlungsdaten ab dem ersten Patienten zu erfassen. Dazu besteht aktuell leider keine Verpflichtung. Inhaltlich schließt der vierte Beschluss an die anwendungsbegleitende Datenerhebung an. Hier beschränkt der G-BA die Verordnungsbefugnis von Zolgensma. Denn nur Krankenhäuser dürfen Zolgensma zu Lasten der GKV verordnen, die auch an der Datenerhebung mitwirken. Die beiden letzten Beschlüsse sind Anfang Februar 2021 in Kraft getreten.

ERSTATTUNG VON ZOLGENSMA

Bei Markteinführung können neue hochpreisige Arzneimittel nicht über das etablierte Abrechnungssystem der Krankenhäuser abgerechnet werden. In diesem Zeitraum kann ein Krankenhaus nur einen Einzelantrag auf Kostenübernahme bei der entsprechenden Krankenkasse stellen. Nachdem eine bestimmte Klassifizierung für das neue Produkt erfolgt ist, können Krankenhausträger mit Krankenkassen individuell einen Preis für das neue Arzneimittel verhandeln. Im Januar 2020 vereinbarte die Charité in Berlin als erstes Krankenhaus in Deutschland einen Preis für Zolgensma. Vermutlich werden im aktuellen Jahr weitere Verträge anderer Krankenhäuser folgen. Bis die Kosten für ein neues Arzneimittel über das Abrechnungssystem erstattet werden, vergehen circa drei Jahre. Im ersten Jahr gibt es für neue Arzneimittel keine finanzielle Obergrenze. Ganz allein der Hersteller diktiert den Preis. Erst ab dem 13. Monat gilt ein verhandelter Preis als Höchstbetrag. Das ist im internationalen Vergleich einmalig. Die freie Preisbildung steht daher immer wieder in der Kritik. Gemäß dem Preis- und Produktverzeichnis liegt der Einkaufspreis bei 1.945.000 Euro. Inklusiv Mehrwertsteuer ergeben sich Kosten von gut 2.300.000 Euro. Bei der Frage nach dem tatsächlich von den Krankenkassen gezahlten Preis gibt es viele Ungewissheiten. Verschiedene Krankenkassen haben Rabattverträge abgeschlossen. Diese sind als pay-for-performance-Verträge ausgestaltet. Hier zahlt die einzelne Krankenkasse in Abhängigkeit des Therapieerfolgs. Gerade bei Arzneimitteln mit Heilversprechen und unklarer Wirkdauer ist das sinnvoll. Sollte der versprochene Therapieerfolg ausbleiben, erhält sie einen Teil ihrer Ausgaben zurück. Doch auch diese können den extrem hohen Einstandspreis bei weitem nicht ausgleichen. Der BKK Dachverband sucht nach neuen Wegen, um die alten Preisinstrumente abzulösen. Die Diskussion wurde angestoßen und läuft aktuell. Hierbei sollen auch die ethischen Aspekte bei der Preisfindung Berücksichtigung finden.

AUSBLICK AUF EIN WEITERES ARZNEIMITTEL

Aktuell befindet sich Evrysdi (mit dem Wirkstoff Risdiplam) zur Therapie der SMA im Zulassungsverfahren bei der EMA. Mit einer Zulassung ist im ersten Halbjahr 2021 zu rechnen. Die US-amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) kommt der EMA zuvor. Sie erteilte die erste Zulassung für Risdiplam im August 2020. Risdiplam wird im Gegensatz zu Spinraza und Zolgensma oral verabreicht. Die jungen Patienten nehmen Evrysdi ähnlich wie einen Hustensaft ein. Allerdings darf Evrysdi nicht mit Muttermilch gemischt werden, was die Gabe bei so kleinen Säuglingen erschweren wird. In Zukunft kann ein Teil der SMA-Patienten also auch außerhalb des Krankenhauses medikamentös versorgt werden. Evrysdi wird ebenso wie Spinraza als Dauertherapie gegeben.

Grundsätzlich besteht eine Leistungspflicht der GKV nur für zugelassene Arzneimittel. Roche hat für Evrysdi ein Härtefallprogramm aufgesetzt. In einem Härtefallprogramm übernimmt der Arzneimittelhersteller die Kosten für das Arzneimittel. Nur Patienten, die mit den verfügbaren Therapiealternativen Spinraza oder Zolgensma nicht ausreichend behandelt werden können, können an einem Härtefallprogramm teilnehmen.

Preisangaben gibt es für Evrysdi zurzeit nur aus dem US-amerikanischen Raum. Laut Roche werden dort für Evrysdi maximale Jahrestherapiekosten von umgerechnet 280.000 Euro entstehen.

NEUGEBORENEEN-SCREENING AUF SMA

Eine frühe Diagnose einer SMA wirkt sich günstig auf die Therapie aus. Die vorhandenen Arzneimittel können die krankheitsspezifischen Symptome stoppen oder verlangsamen. Einmal manifestierte Symptome verschwinden aber nicht mehr. Daher hat der G-BA im Dezember 2020 entschieden, dass das Neugeborenen-Screening auf SMA in Deutschland eingeführt wird. Damit ist Mitte 2021 zu rechnen. ■

NAH AM KUNDEN

DIE BKK QUALITÄTSINITIATIVE

Von Dr. Gertrud Demmler, Vorstandin SBK

Die Qualität von Krankenkassen als wettbewerbliche und politische Zielgröße findet zunehmend Raum im Bewusstsein der (Fach-)Öffentlichkeit. Vorläufiger Höhepunkt dieser Debatte war der Antrag für mehr Qualität im Wettbewerb der Krankenkassen, den Bündnis 90/Die Grünen im Mai 2019 im Gesundheitsausschuss einbrachten. Ziel der Diskussion ist, den bisherigen Wettbewerb um den günstigsten Zusatzbeitrag abzulösen und ihn durch einen Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten zu ersetzen. Auch wenn die Corona-Pandemie den Diskussionsprozess vorübergehend unterbrochen hat, nimmt er nun wieder Fahrt auf.



© Westend61 / Getty Images

» Entscheidend für die Beurteilung der Qualität einer Krankenkasse ist deren Wahrnehmung durch die Versicherten. Denn wir sind Treuhänder und Berater der Versichertengemeinschaft, das ist unser Unternehmenszweck. Sachlich und rechtlich korrekt zu agieren, ist dafür nur ein Hygienefaktor, der selbstverständlich vorausgesetzt wird. Für das Urteil des Versicherten zählt, wie er seine Krankenkassen erlebt.«

Als BKK wurden wir traditionell aus den Unternehmen heraus gegründet, kennen daher die Bedürfnisse unserer Versicherten und ihrer Arbeitgeber genau und aus erster Hand. Die Frage, was gute Qualität aus der Sicht unserer Versicherten bedeutet, beschäftigt uns BKK daher schon lange. Seit 2018 haben eine Vielzahl von BKK zudem begonnen, sich Gedanken darüber zu machen, wie sich Qualität verständlich und einheitlich darstellen und auch messen lässt. Diesen Prozess haben wir BKK auch im von Corona dominierten Jahr 2020 fortgesetzt, um das Thema Qualität und Qualitätstransparenz noch stärker weiter zu entwickeln. Ergebnis: Wir starten in das Jahr 2021 mit einer gemeinsamen BKK-Initiative, die das klare Ziel verfolgt, unsere Qualität als Krankenkassen aus Versichtersicht weiterzuentwickeln und einen systemischen Verbesserungsprozess zu etablieren.

NAH AM KUNDEN HEISST TRANSPARENT SEIN

Ausgangspunkt der Diskussion waren die seit einigen Jahren zunehmenden Krankenkassenvergleiche. Vielen dieser Vergleiche ist gemein, dass theoretische Leistungs- und Angebotsinhalte verglichen werden und nicht das tatsächliche Leistungsgeschehen. Es wird nach theoretischen Leistungen und Services gefragt – ohne zu prüfen, ob und wie der Versicherte diese im Bedarfsfall in Anspruch nehmen kann. Vergleichbar ist dieses Vorgehen mit einem Restauranttester, der Speisekarten bewertet, die tatsächlichen Speisen aber nicht probiert hat. Dieses Vorgehen hat bei vielen BKK Unbehagen ausgelöst, weil die konkrete Alltagserfahrung der Versicherten oft von den Ergebnissen der bekannten Tests abwich und ein ganz anderes Bild im Wettbewerb zeigte. Einzelne BKK haben dies zum Anlass genommen, eigene, aus ihrer Sicht relevante, Qualitätsinformationen auf Basis ihrer routinemäßig erhobenen Leistungsdaten transparent zu machen.

Als wichtige Kennzahlen haben sich dabei Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren herauskristallisiert – sozusagen als Spitze des Eisbergs für die Frage, wie sich das tatsächliche Leistungs- und Kommunikationsverhalten von Kassen darstellt.

Darüber hinaus lohnt sich bei besonderen Angeboten einzelner Kassen ein Blick auf die tatsächliche Inanspruchnahme oder das konkrete Auszahlungsvolumen dieser Services. Zeigt bspw. ein Blick in die Nutzungsdaten eines IV-Vertrages, dass nur eine kleine Anzahl der Versicherten für dieses Angebot eingeschrieben ist, wird sofort transparent, dass die Wirksamkeit des Vertrags sehr begrenzt ist. Vermutlich dient so ein Vertrag vielmehr dem Marketing oder einer besseren Position im Krankenkassenvergleich als der Verbesserung der Versorgung.

Es gibt eine Reihe weiterer Daten und Indikatoren, die auf den ersten Blick Aussagen über die Qualität einer Kasse zulassen, so etwa Genehmigungszeiten oder das Einhalten gesetzlicher Fristen nach dem Patientenrechtegesetz. Ein zweiter Blick zeigt jedoch, dass Serviceversprechen in diese Richtung im Kontext Krankenkasse deutlich komplexer sind als in einem herkömmlichen Dienstleistungsunternehmen. Der Grund: Genehmigungsprozesse von Krankenkassen sind z. B. häufig abhängig von der Einbindung Dritter, etwa dem

MDK oder dem Versicherten selbst, der bestimmte Informationen zur Verfügung stellen muss. Aus meiner Sicht ist die Dimension Zeit im täglichen Geschäft einer Krankenkasse auch nicht immer die relevante Größe, um die Qualität eines Prozesses zu beurteilen. In vielen Fällen ist die Beratung und Begleitung im Rahmen des Prozesses deutlich wichtiger. Diese Beratung geht über die Betrachtung des Dienstleistungsprozesses weit hinaus.

Auch Bemühungen zur Verbesserung der Qualitätstransparenz in der gesundheitlichen Versorgung und der Pflege – zum Beispiel bei den nun wieder abgeschafften Pflegenoten – haben gezeigt, dass eine einfache Kennzahl das komplexe Geschehen nur unzureichend wiedergeben kann.

Diese Kennzahlen und Indikatoren geben ein indirektes Bild von der Qualität von Krankenkassen. Sie sind eine Hilfsrücke. Dennoch ist und bleibt die Transparenz über das Leistungsgeschehen ein wichtiger Anker. Die zunehmende Digitalisierung und die intelligente Verknüpfung von Daten werden in der Zukunft neue Lösungsräume schaffen, die wir im Moment noch nicht erkennen. So bleibt Transparenz heute und in Zukunft ein wichtiger Treiber für mehr Qualität im gesamten Gesundheitssystem.

NAH AM KUNDEN ZEIGT SICH IN POSITIVEN VERSICHERTENRÜCKMELDUNGEN

Aus der Diskussion um Qualitätsindikatoren wurde uns BKK schnell klar, dass sich die Qualität einer Krankenkasse vor allem aus der konkreten Versichertenerfahrung ableiten muss. Die Erkenntnis ist fast trivial: Die Bewertung eines Prozesses oder einer Dienstleistung ist nur möglich, wenn man das Feedback der Betroffenen bei der Bewertung miteinbezieht. Dieses Vorgehen hält seit einiger Zeit auch in der medizinischen Versorgung Einzug: Unter

dem Stichwort „patient-reported outcomes“ wird das Feedback von Patienten nach der Behandlung eingefordert und im Rahmen der Ergebnismessung Teil einer umfassenden Qualitätsbewertung der Behandlung. Es zählen nicht nur medizinische Daten, sondern auch die Wahrnehmung der Patienten. Daran knüpfen wir als BKK nun an: Was Qualität im Kontext Krankenversicherung bedeutet, entscheidet auch der Versicherte selbst bzw. ist sein Erleben des Prozesses ein zentraler Pfeiler der Qualitätsbewertung. Diese Herangehensweise ist untrennbar mit dem Unternehmenszweck von Krankenkassen als Treuhänder und Berater der Versichertengemeinschaft verknüpft.

Einige Branchenbefragungen haben sich in den letzten Jahren etabliert und Krankenkassen – darunter auch viele BKK – nutzen solche Befragungen mit dem Ziel, ihre Qualität aus Kundensicht nach innen transparent zu machen und nach außen hin zu dokumentieren. Dabei variieren die Methoden und die Zielsetzungen zum Teil erheblich. Allen ist aber eines gemein: Die Zufriedenheit der Versicherten mit „ihrer“ Krankenkasse ist höchst unterschiedlich! Der jährlich veröffentlichte Vergleich des Kundenmonitors zeigt dies eindrucksvoll.

Woher kommen diese Unterschiede? Etwa 95% der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind schließlich gleich. Was unterscheidet eine gute Kasse von einer exzellenten? Dass die Leistung stimmt, setzen die Versicherten heute als selbstverständlich voraus. Den Unterschied macht heute nicht das WAS, sondern das WIE: Entscheidet die Kasse nach Aktenlage oder nehmen sich die Mitarbeiter die Zeit, jedes Anliegen individuell zu prüfen? Werde ich aktiv beraten oder nur auf Nachfrage? Und falls es mal Probleme gibt: Nimmt meine Kasse meine Beschwerde ernst?

BKK QUALITÄTSINITIATIVE GEGRÜNDET

Warum schneiden manche Kassen hier besser ab als andere? Welche Mechanismen führen dazu, dass manche Versicherte die eigene Kasse positiv bewerten, während andere ihre Kasse abstrafen? Aus diesem Interesse hat sich eine Initiative aus 16 BKK gegründet mit dem Ziel, durch eine gemeinsame Befragung eine Basis an vergleichbaren Daten über die Qualität der Betriebskrankenkassen zu schaffen. In diesem Rahmen wurden 7847 GK-Versicherte online in 4 Wellen von Oktober 2019 bis Juli 2020 befragt. Die so erhobenen Daten sind gleichzeitig die Grundlage, um im Rahmen einer gemeinsamen Qualitätsinitiative unter 16 BKK einen systematischen Verbesserungsprozess anzustoßen, dessen Basis ein gemeinsamer Benchmarkbericht ist. Datenbasis für diesen Bericht ist eine Teilstichprobe von 1923 BKK-Versicherten. Als Partner der BKK konnte dafür der Kundenmonitor gewonnen werden.

Die ersten Ergebnisse der gemeinsamen Versichertenbefragung zeigen: Nähe zum Versicherten, die sich zum Beispiel in der Zufriedenheit mit dem persönlichen Ansprechpartner oder mit der individuellen Beratung zeigt, korreliert mit höherer Versichertenzufriedenheit. Entscheidende Treiber für zufriedene Versicherte sind die Quantität und die Qualität des Kontaktes zu diesen Versicherten. Dabei ist besonders auffällig, dass nicht die Größe einer Krankenkasse und deren gefühltes Marktpotential entscheidet, sondern die tatsächliche Nähe und Lösungsorientierung der Krankenkasse. Im Kassenartenvergleich fällt auf, dass die BKK hier seit Jahren die Qualitätsführer aus Kundensicht sind und die Kassenarten anführen.

ENTWICKLUNG DER GLOBALZUFRIEDENHEIT IN DER GKV

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung ... insgesamt?“
Mittelwerte auf einer Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5)

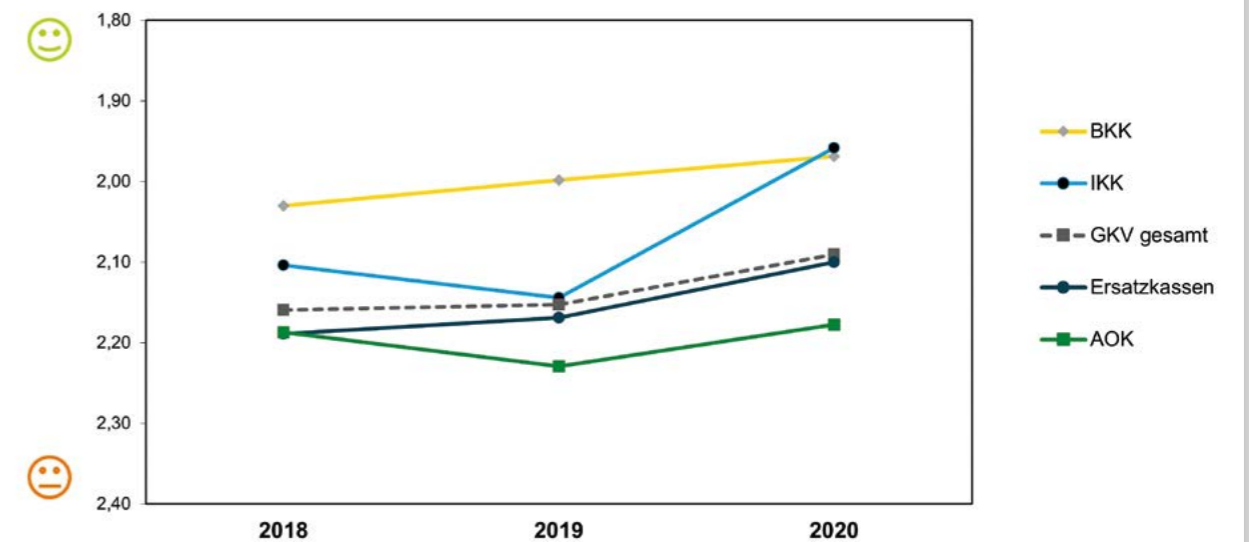


Abbildung 1

Kundenmonitor® Deutschland 2020

Ansprechbarkeit, individuelle und aktive Beratung sind Schlüsselemente einer guten Qualität aus Sicht der Versicherten. Diejenigen Kassen, die nicht nur schnelle, dem Anlass angemessene Bearbeitungszeiten garantieren, sondern sich zugänglich zeigen und Orientierung, Information und qualifizierte Beratung in Versorgungsfragen sicherstellen, werden von den Versicherten eindeutig besser bewertet.

Was im Corona-Jahr 2020 besonders auffiel: Auch beim Angebot von digitalen Lösungen sind die Betriebskrankenkassen führend: Auf ihre Kassen-Apps gab es geradezu einen Boom. Denn: Auch bei digitalen Angeboten ist eine nutzerzentrierte Lösungsfindung entscheidend dafür, ob die Möglichkeiten genutzt und auch positiv bewertet werden. Die globalen Ergebnisse aus dem Kundenmonitor zeigen, dass Nähe zu den Kunden in

ZUFRIEDENHEIT MIT DEM KUNDENKONTAKT

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse bezüglich folgender Aspekte?“
Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5). Mittelwerte beruhen auf gewichteten Fallzahlen.

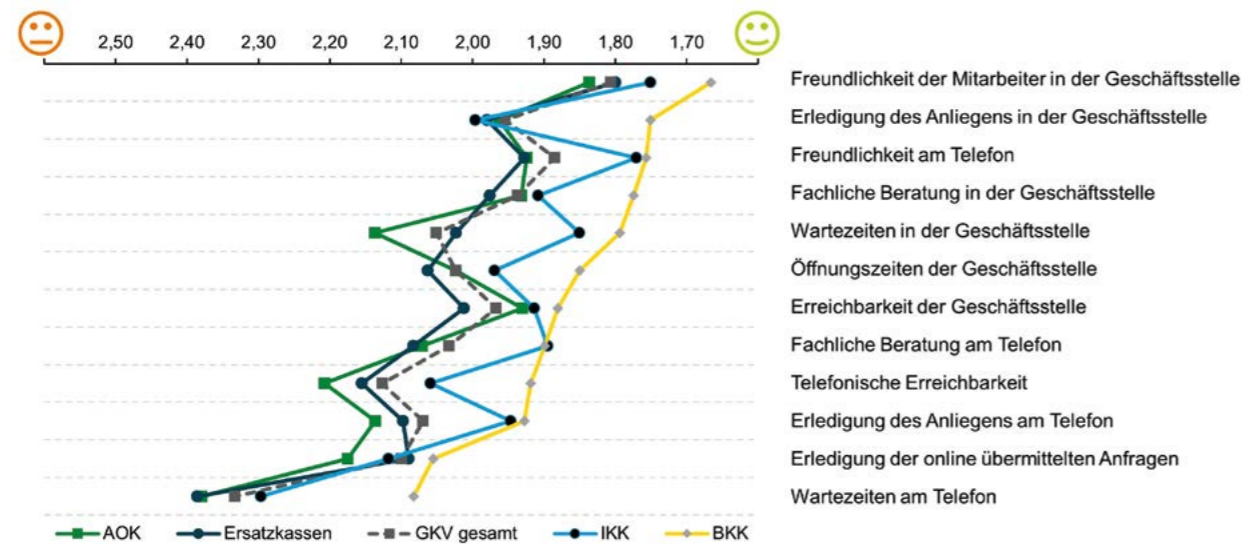


Abbildung 2
Kundenmonitor® Deutschland 2020

ZUFRIEDENHEIT MIT BERATUNGS- UND BETREUUNGSASPEKTEN

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse bezüglich folgender Aspekte?“
Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5). Mittelwerte beruhen auf gewichteten Fallzahlen.

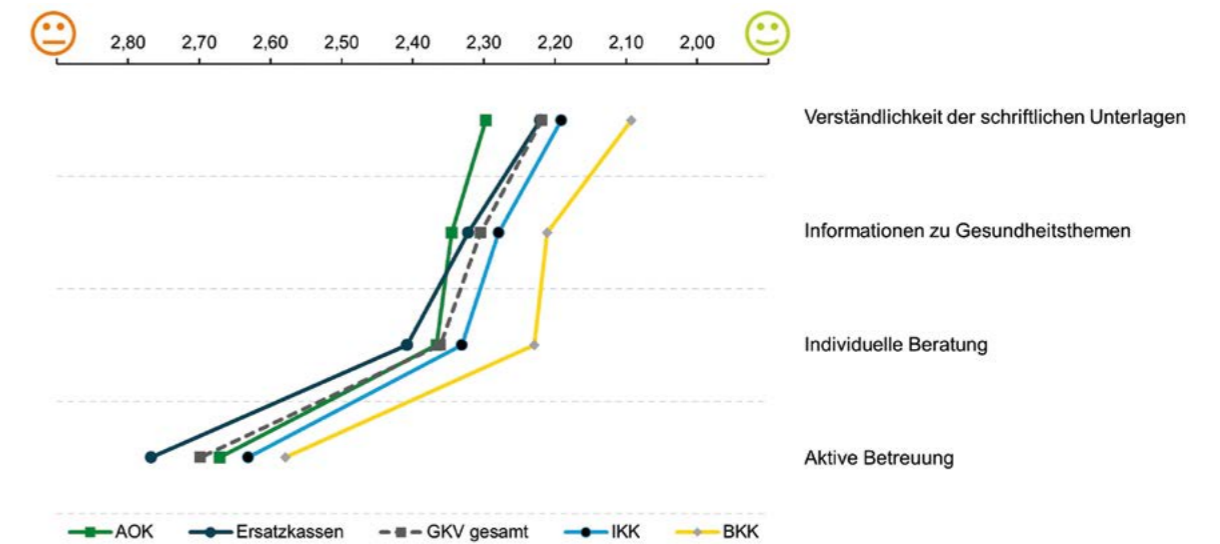


Abbildung 3
Kundenmonitor® Deutschland 2020

ZUFRIEDENHEIT MIT DIGITALEN SERVICES

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Krankenkasse bezüglich folgender Aspekte?“
 Skala von „vollkommen zufrieden“ (=1) bis „unzufrieden“ (=5). Mittelwerte beruhen auf gewichteten Fallzahlen.

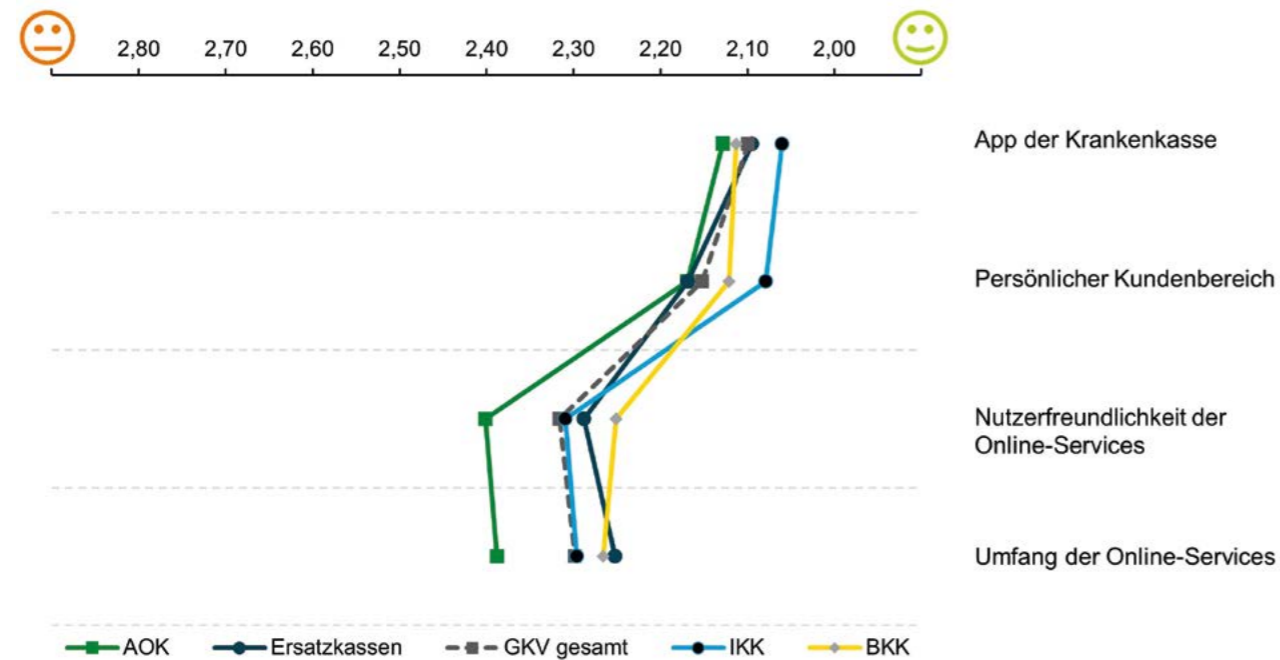


Abbildung 4
 Kundenmonitor® Deutschland 2020

allen Aspekten der Kommunikation, in der konkreten Dienstleistungsgestaltung und in der nutzerzentrierten Entwicklung der systemische Treiber der Qualität von Krankenkassen ist. Deshalb sind systematische Rückkoppelungsprozesse mit den Kunden zentrales Element einer qualitätsorientierten Krankenversicherung.

NAH AM KUNDEN DURCH SYSTEMISCHE QUALITÄTSVERBESSERUNGSPROZESSE

Diese Erkenntnisse haben die Entschlossenheit von uns an der Qualitätsinitiative beteiligten BKK bekräftigt, einen Schritt weiter zu gehen und einen systematischen Qualitätsverbesserungsprozess zu etablieren. Ausgangspunkt dieses Prozesses ist der BKK Benchmarkbericht, der den Teilnehmerkassen nun zur Verfügung steht. Dieser Bericht gibt interessante Aufschlüsse: Einzelne BKK haben Lösungen entwickelt, die zu echten Qualitätstreibern aus Kundensicht geworden sind. Diese BKK sind Qualitätsvorreiter aus Kundensicht. An diesen Erkenntnissen können sich nun alle beteiligten BKK messen und davon lernen, denn unterschiedlichste Vorgehensweisen und Lösungen – auch das zeigt der Bericht – können zu hervorragenden Kundenbewertungen führen. Auf Basis dieses Wissens fußt der weitere Prozess, in dem die beteiligten BKK an der Qualitätsverbesserung der für die Zufriedenheit der Versicherten besonders relevanten Aspekte, wie zum Beispiel „Nutzerfreundlichkeit der Online-Services“, „Qualität der individuellen Beratung“ oder der „Qualität der aktiven Betreuung“ arbeiten. Dabei leiten die Krankenkassen, die den Benchmark in der entsprechenden Kategorie anführen, die jeweilige Arbeitsgruppe und ermöglichen so ein Lernen vom Best Practise.

So nutzen wir die Vielfalt und die Kreativität der einzelnen BKK, um daraus Mehrwerte für die BKK und die Versichertengemeinschaft insgesamt zu schaffen - ganz im Sinne eines echten Qualitätswettbewerbs in der GKV. Aber dies ist nur der Anfang: In Zukunft gilt es, mehr – wenn möglich alle – gesetzliche Krankenkassen zur Teilnahme an einer standardisierten Kundenzufriedenheitsbefragung und einem darauf aufbauenden öffentlichen Benchmarkbericht zu gewinnen. ■



Gertrud Demmler
 @DemmlerGertrud

TRANSPARENZ UND QUALITÄT

Wettbewerb um Zufriedenheit statt Zusatzbeitrag

Was unterscheidet eine gute Kasse von einer exzellenten? Betriebskrankenkassen haben Lösungen entwickelt, die zu echten Qualitätstreibern für die customer journey geworden sind. Damit ist diese Kassenart Vorreiter für Qualität aus Kundensicht. Die Vielfalt der Betriebskrankenkassen wird zum klaren Vorteil. Wir haben im folgenden einige Kassenvorstände befragt, die diese Qualitätsinitiative voranbringen.



» Für uns steht der Versicherte und damit die Qualität der Betreuung und Versorgung im Mittelpunkt. Daher messen wir unser Handeln an der Zufriedenheit unserer Kunden und unterstützen die Zielsetzung, den Versicherten noch mehr Transparenz zu geben, um den Qualitätswettbewerb weiter voranzutreiben.«

Siegfried Gänsler,
Vorsitzender des Vorstandes der vivida bkk

» Wir unterstützen den Ansatz die Versorgungsqualität von Krankenkassen systematisch zu messen und zu bewerten- insbesondere zur Bestätigung der Betriebskrankenkassen im Wettbewerb. Dabei sind die Perspektive, die Bedürfnisse und die Meinung unserer Kunden die besten Indikatoren für ein qualitätsorientiertes Leistungs- und Serviceangebot, denn ihre Wahrnehmung ist entscheidend.«

Kirsten Budde,
Vorständin Novitas BKK



» In der Qualitätsinitiative werden transparente und überprüfbare Qualitätskriterien erarbeitet, die eine Vergleichbarkeit unter den beteiligten BKK ermöglichen. Wir stehen als pronova BKK für Transparenz und stetige Weiterentwicklung. Deshalb arbeiten wir in der Arbeitsgruppe mit.«

Lutz Kaiser,
Vorstand pronova BKK

» Für uns als Salus BKK steht das Thema Kundenzufriedenheit im Zentrum all unseres Handelns. Da die Erwartungshaltung vieler unserer Kunden überdurchschnittlich hoch ist, ist es uns ein wichtiges Anliegen, Teil eines Projektes zu sein, das die hohe Qualität des Markenkerns „BKK“ sichtbar macht und durch den offenen Austausch mit den teilnehmenden Kassen immer weiter verbessert.«

**Ute Schrader,
Salus BKK**



» Qualität ist, wenn Versicherte und Gesundheitspartner sich auf ihre Kasse verlassen und klar nachverfolgen können, was diese für sie tut. Wenn wir als Kasse in Bewegung bleiben, innovativ und selbst reflektierend.«

**Reinhard Brücker,
Vorstand VIACTIV Krankenkasse**



» Die Qualitäts- und Transparenzoffensive leistet einen sehr wichtigen Beitrag, die Wünsche und Bedürfnisse unserer Kunden weiterhin konsequent in den Mittelpunkt all unserer Bemühungen zu stellen. Darüber hinaus hilft uns die Initiative dieses wichtige Anliegen auch gut kommunizieren zu können. «

**Benjamin Plocher,
Vorstand Daimler BKK**



» Wir haben uns der Qualitätsinitiative angeschlossen, da unsere Versicherten einen besonders hohen Anspruch an die Qualität ihrer BKK stellen. Der Austausch und Benchmark mit BKK, die ihren Versicherten Qualität auf hohem messbaren Niveau bieten, hilft uns bei der Identifizierung und Weiterentwicklung relevanter Handlungsfelder.«

**Jan Wriggers,
Vorstand Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank AG**





BKK GESUNDHEITSREPORT 2020

GESUND MOBIL ARBEITEN

Von Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter,
Team Gesundheitsberichterstattung der Abteilung DEIT

Das Pendeln zur Arbeit gehört für die meisten Beschäftigten zur täglichen Routine. Aber nicht nur der Anteil der Pendler, sondern auch Entfernung und Zeit haben in den letzten Jahren stetig zugenommen. Welchen Einfluss dies auf die Gesundheit der Beschäftigten hat und warum mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice nicht erst seit der Coronavirus-Pandemie zunehmend wichtige Mobilitätsaspekte darstellen, ist Thema des diesjährigen BKK Gesundheitsreports.

© Westend61 / Getty Images

WER BZW. WO SIND DIE MOBILEN?

Mehr als jeder zweite Beschäftigte in Deutschland zählt zur Gruppe der Berufspendler. Dabei ist der Anteil der Pendelnden seit Jahren relativ stabil, allerdings nehmen Entfernung und Zeit, die für den Weg zur Arbeit benötigt werden, stetig zu. Studien (z.B.: Pütz & Winkler im BKK Gesundheitsreport 2020) zeigen insbesondere einen wachsenden Anteil derjenigen, die längere Strecken zurücklegen und somit auch mehr Zeit für das meist tägliche Pendeln aufwenden. Etwa jeder Fünfte legt heute schon täglich mehr als 25 Kilometer zwischen Wohn- und Arbeitsort zurück und über ein Drittel der Berufspendler benötigt für diesen Weg mehr als 30 Minuten Zeit.

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, deutliche geringere hingegen im Gastgewerbe oder bei den Gesundheitsberufen.

MOBILITÄT AUF KOSTEN DER GESUNDHEIT?

Im diesjährigen BKK Gesundheitsreport wird der Zusammenhang zwischen arbeitsbedingter Mobilität und Gesundheit aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Die Auswertungen auf Basis der Versorgungsdaten zeigen auf den ersten Blick ein eher unerwartetes Muster: Pendelnde Beschäftigte weisen in der Mehrzahl der Betrachtungen weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, sind seltener in ambulanter und stationärer Behandlung und erhalten weniger Arzneimittel verordnet. Die Gründe für die aufgezeigten Zusammenhänge sind vielschichtig. Zieht man in Betracht, dass die Beschäftigten, die pendeln, meist zu der Gruppe (höherer Bildungsgrad, bessere Stellung in Beruf, dementsprechend höheres Gehalt) der Beschäftigten gehören, die allgemein gesünder sind, liegt die Vermutung nahe, dass negative gesundheitliche Folgen der Mobilität durch mehr Handlungsfreiheiten (z.B. flexiblere Arbeitsgestaltung, finanzielle Mittel für Gesundheits- und Freizeitangebote etc.), teilweise kompensiert werden können. Zum anderen gibt es Hinweise, dass Pendler u.a. aus Zeitgründen beispielsweise nicht so häufig wie nichtpendelnde Beschäftigte ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen und dadurch zumindest auf den ersten Blick gesünder erscheinen.

Dass sich der Zusammenhang zwischen Mobilität und Gesundheit nicht allein mit Versorgungsdaten abbilden lässt, sondern auch die wahrgenommenen Belastungen eine wichtige Rolle spielen, zeigt die repräsentative BKK-Umfrage von 3.000 Beschäftigten in ganz Deutschland. Wie in Abbildung 1 deutlich zu erkennen ist, beeinflussen die Entfernung und die Zeit, die Pendler – meist täglich – zur Arbeit zurücklegen, nicht nur deren Zufriedenheit mit der Mobilität selbst, sondern wirken sich auch deutlich auf gesundheitliche und soziale Aspekte aus.

BKK UMFRAGE

Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität sowie gesundheitlichen und sozialen Aspekten nach Wegentfernung und Wegdauer

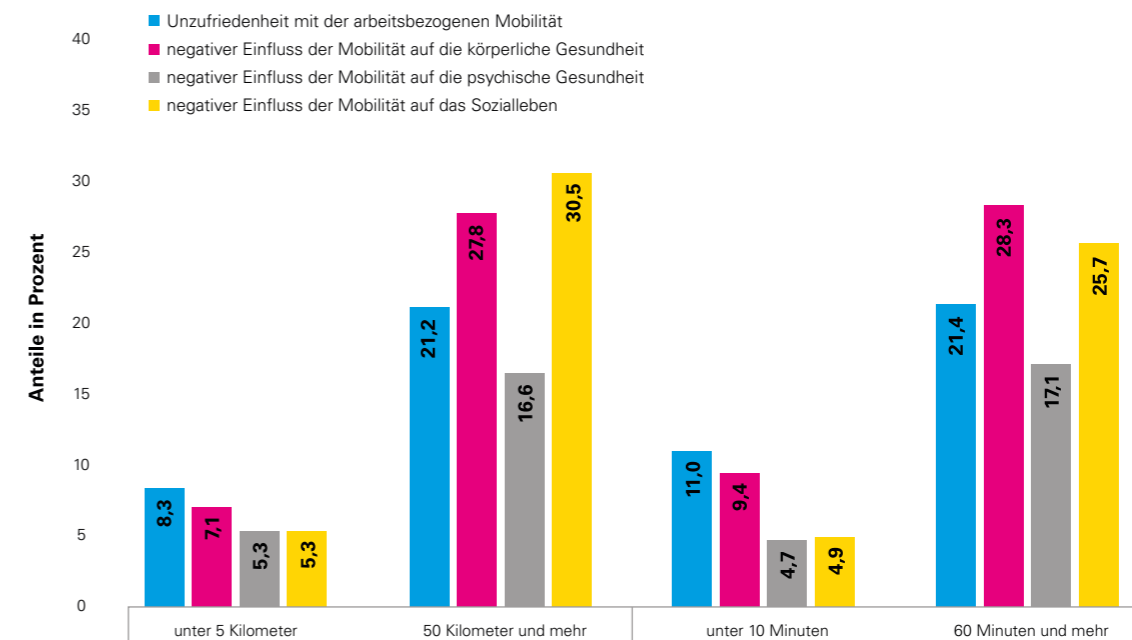


Abbildung 1: BKK Umfrage - Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit ihrer arbeitsbezogenen Mobilität sowie gesundheitlichen und sozialen Aspekten nach Wegentfernung und Wegdauer // Befragung von 3000 Beschäftigten im Juni 2020

BKK UMFRAGE

Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf verschiedene Aspekte der Mobilität

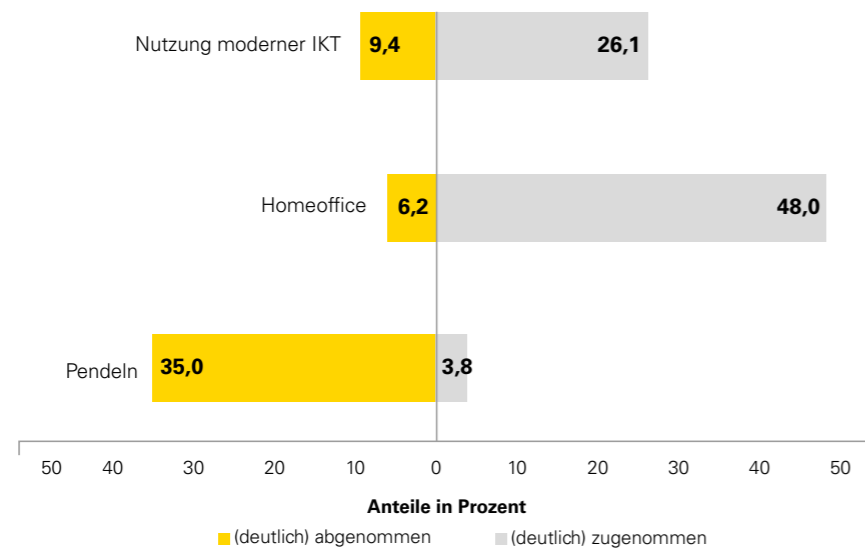


Abbildung 2: BKK Umfrage – Einfluss der Coronavirus-Pandemie auf verschiedene Aspekte der Mobilität
(Befragung von 3.000 Beschäftigten im Juni 2020)

Über alle Merkmale hinweg zeigt sich mit zunehmender Entfernung bzw. Zeit eine Zunahme der wahrgenommenen Unzufriedenheit bzw. der negativen Folgen von Mobilität. Mehr als jeder Vierte, der lange Strecken pendelt bzw. viel Zeit für das Pendeln zur Arbeit auf sich nehmen muss, sieht seine körperliche Gesundheit bzw. sein Sozialleben dadurch negativ beeinflusst, immerhin jeder Sechste aus dieser Gruppe nimmt auch einen negativen Einfluss auf seine psychische Gesundheit wahr. Nicht allein, dass jemand pendelt, sondern in welchem Ausmaß dies geschieht, beeinflusst die gesundheitliche Lage und das Sozialleben der Beschäftigten. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Frage, ob sich Mobilität positiv oder negativ für die Gesundheit und das Sozialleben von Beschäftigten auswirkt, mit es kommt darauf an beantwortet werden kann.

MOBILITÄT UND MOBILE ARBEIT

Durch die zunehmende Digitalisierung von Arbeitsprozessen ist mobiles Arbeiten, meist in Form von Homeoffice, heute in vielen Branchen schon häufiger anzutreffen als noch vor einigen Jahren. Etwas mehr als jeder Zweite (54 %) arbeitet laut BKK-Umfrage zumindest ab und zu von zu Hause. Aufschlussreich sind die Gründe, die aus Sicht der Befragten gegen Homeoffice sprechen: Zwar ist es in der Mehrzahl (68 %) der Fälle die Tätigkeit selbst, die nur vor Ort ausgeübt werden kann, bei mehr als einem Drittel der Befragten (35,2%) ist hingegen der Arbeitgeber bzw. der direkte Vorgesetzte der eigentliche Hinderungsgrund. Mangelndes Vertrauen in die eigenen Mitarbeiter gepaart mit einer antiquierten Präsenzkultur erschweren in vielen Fällen die Umsetzung moderner und flexibler Arbeitsgestaltung. Wenig überraschend wünscht sich jeder vierte Befragte (26,1%) die Einführung von mobiler Arbeit bzw. Homeoffice. Diejenigen, die heute schon häufig im Homeoffice arbeiten, bewerten ihre psychische Gesundheit und ihr Sozialleben zudem deutlich positiver, als jene, die dazu nie oder nur selten die Möglichkeit haben.

... UND DANN KAM DAS CORONAVIRUS

Die Coronavirus-Pandemie hat nicht zuletzt auch in der Arbeitswelt zu zahlreichen tiefgreifenden Veränderungen geführt (siehe Abb. 2). Während Beschäftigte wesentlich mehr bzw. häufiger (+48 %) im Homeoffice beschäftigt sind und entsprechend auch der Anteil derjenigen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) bei der Arbeit nutzen, ebenfalls angestiegen ist (+26,1 %), hat gleichzeitig das klassische Pendeln deutlich an Bedeutung verloren (-35 %).

- » Weder dauerhaftes Pendeln noch permanentes Homeoffice wird den Wünschen der Mehrheit der Beschäftigten nach einer bestmöglichen Vereinbarkeit von Mobilität, Arbeit, Gesundheit und Sozialleben gerecht. «

Dass dieser neue Mobilitätstrend die Arbeitswelt nachhaltig verändern wird und zwar zum Nutzen von Unternehmen und Beschäftigten, wird immer deutlicher. Ähnlich wie in vielen anderen Bereichen, zeigt sich hier die Coronavirus-Pandemie als Katalysator für eine längst überfällige Entwicklung in einer zunehmend digitalisierten Arbeitswelt.

MOBILITÄT AKTIV GESTALTEN

Auch wenn sich Pendeln und Homeoffice auf den ersten Blick zunächst diametral zueinander zu verhalten scheinen, so sind sie doch häufig nur zwei Seiten ein und derselben Medaille. Weder dauerhaftes Pendeln noch permanentes Homeoffice wird den Wünschen der Mehrheit der Beschäftigten nach einer bestmöglichen Vereinbarkeit von Mobilität, Arbeit, Gesundheit und Sozialleben gerecht. Vielmehr stellt die selbstbestimmte Möglichkeit des Wechsels zwischen den Mobilitätsformen eine Erweiterung des Handlungsspielraums und einen Vertrauensvorschuss für Beschäftigte dar, was sich nicht nur positiv auf die Motivation, sondern auch auf die Gesundheit der mobilen Beschäftigten auswirkt. Neben den technischen Voraussetzungen, ist hierfür sicher auch eine neue Führungs- und



BKK GESUNDHEITSREPORT 2020: MOBILITÄT – ARBEIT – GESUNDHEIT

Weitere Analysen und Kennzahlen aus den Bereichen Arbeitsunfähigkeit, ambulante und stationäre Versorgung sowie Arzneimittelverordnung sind im neuen BKK Gesundheitsreport 2020 zu finden, der am 3. Dezember 2020 erschienen ist. Die frei verfügbare PDF- und EPUB-Datei sowie zusätzliche Informationen und Materialien stehen ab Erscheinungsdatum auf der Internetseite des BKK Dachverbandes für alle Interessenten zur Verfügung.

www.bkk-dv.de/210155

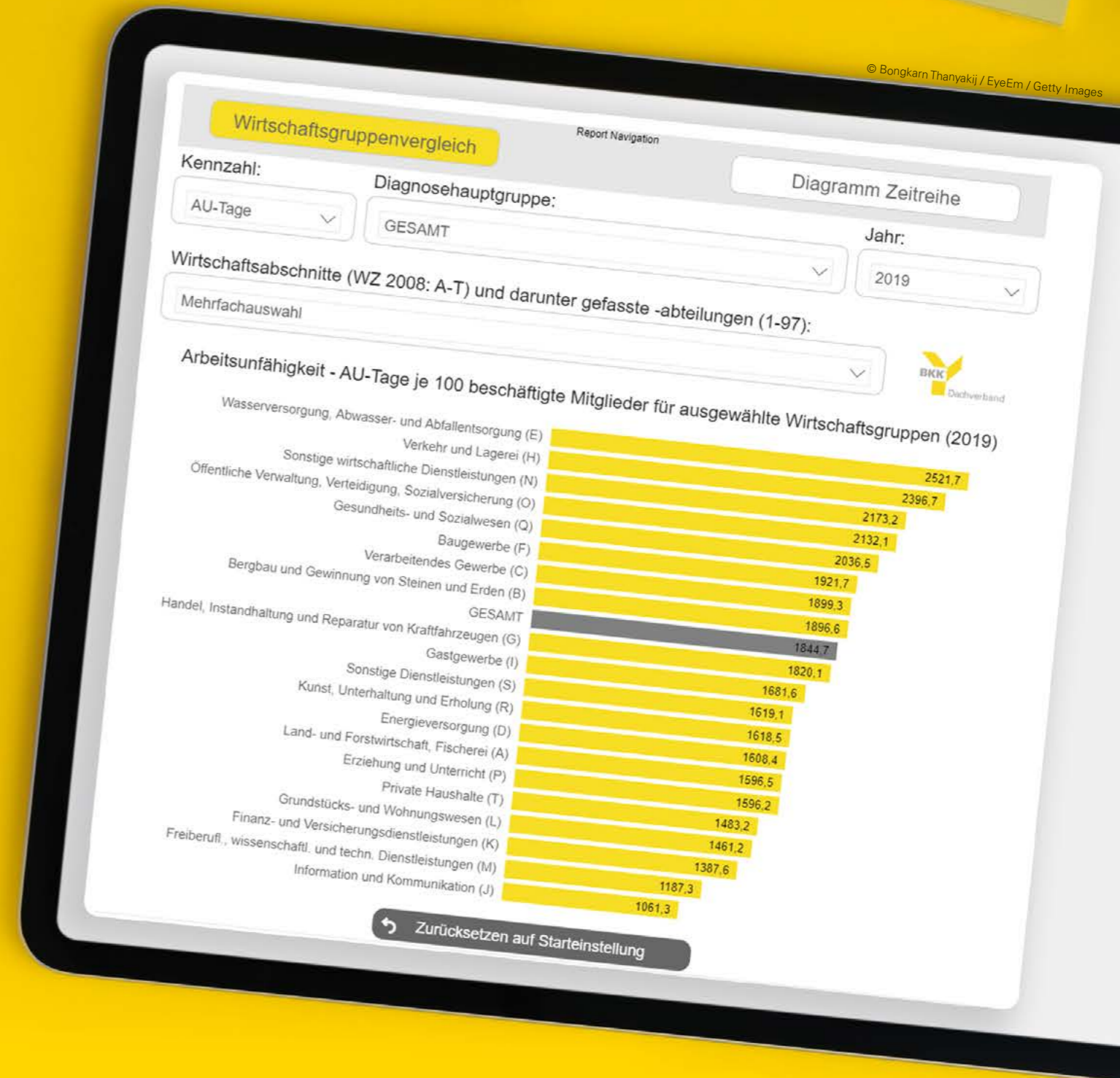
Vertrauenskultur notwendig. Der Wettbewerb um die besten Köpfe wird schon heute nicht mehr allein mit dem Gehalt, sondern zusätzlich mit nicht monetären Leistungen, wie beispielsweise bedarfsgerechten Homeoffice-Regelungen, als zunehmend wichtiges Merkmal der Wertschätzung von Mitarbeitern geführt. Dass es hierzu schon hervorragende Beispiele und Ansätze in der Arbeitswelt gibt, wird in den Beiträgen im Schwerpunkt Praxis des BKK Gesundheitsreports 2020 deutlich. ■

PLATTFORM FÜR BKK DV MITGLIEDER

INTERAKTIVE DATEN FÜR TATEN!

Von Matthias Richter, Karin Kliner, Dirk Rennert, BKK Dachverband;
Team Gesundheitsberichterstattung der Abteilung Datenmanagement, Empirie, IT

Das Interesse an der Gesundheitsberichterstattung steigt – und damit steigt auch der Bedarf, eben diesen Interessenten die Daten schneller, umfangreicher und professioneller zur Verfügung stellen zu können. Die neuen interaktiven Diagramme zu Arbeitsunfähigkeitsstatistiken auf der Homepage des BKK Dachverbands erleichtern ab sofort die Recherche nach solchen Gesundheitsdaten.



» Nie war es für Interessierte so einfach, aus dem ›Datenschatz‹ der Gesundheitsberichterstattung faktenbasiert Erkenntnisse zu generieren!«

Die Gesundheitsberichterstattung durch die Betriebskrankenkassen zählt zu den ältesten in der deutschen Krankenkassenlandschaft. Der erste BKK Gesundheitsreport erschien im Jahr 1976, am 3. Dezember 2020 ist die nun 44. Ausgabe herausgebracht worden. Waren die ersten Reporte noch reine Zahlen- bzw. Tabellenkolonnen und entsprechend als eher unscheinbares Heft erschienen, so ist der BKK Gesundheitsreport schon seit einigen Jahren inhaltlich viel umfassender und wird entsprechend als Buch herausgegeben, das regelmäßig an die 500 Seiten stark ist.

DIE ZAHL DER ANFRAGEN BEZÜGLICH GESUNDHEITSDATEN STEIGT VON JAHR ZU JAHR

Ein solches Buch herauszubringen dient aber nicht einem Selbstzweck – vielmehr wird damit eine Nachfrage bedient, die von vielen verschiedenen Seiten an das BKK System herangetragen wird. Der BKK Gesundheitsreport richtet sich gleichermaßen an Wissenschaft, Politik und Praxis, er wird entsprechend von Studierenden genauso wie vom

wissenschaftlichen Dienst des Bundestages, von Beschäftigten in (Betriebs-)Krankenkassen genauso wie in Unternehmen gelesen. Und wie festzustellen ist, wird dabei auch teils intensiv mit den darin zur Verfügung gestellten Daten gearbeitet.

Gerade die umfassenden nach arbeitsweltlichen Merkmalen differenzierten AU-Kennzahlen werden sehr häufig nachgefragt. Zudem warten mittlerweile jeden Monat viele Akteure aus Arbeitswelt und Gesundheitswesen auf neue Zahlen zum Krankenstand. Diese bieten einen sehr aktuellen Einblick auf die Kennzahlenentwicklung innerhalb des Jahres. Oft dienen diese Zahlen als Benchmarks im regelmäßigen Berichtswesen in Unternehmen. Darüber hinaus werden an den BKK Dachverband weitere zahlreiche Anfragen gestellt, die zeigen, dass das Interesse an Daten – und daraus ableitbaren Erkenntnissen – noch viel größer ist. Diese Nachfrage steigt stetig – entsprechend besteht auch schon seit einiger Zeit der Bedarf, den Interessenten umfangreiche BKK Daten zur Verfügung stellen zu können. Bislang erfolgte eine Datenbereitstellung meist in den Publikationen als gedruckte Anhang-Tabellen, als auf der Dachverbandshomepage verfügbare Download-Datei sowie eben auf individuelle Anfrage. Dabei war die Form aber oft recht umfangreich und komplex (bis 2018 umfassten die Arbeitsunfähigkeitsdaten, die als Zahlentabellen im Anhang des BKK Gesundheitsreports aufgeführt waren, für ein Berichtsjahr knapp 100 Seiten) und entsprechend war die Datenrecherche relativ zeitaufwendig – insbesondere, wenn Daten aus mehreren Berichtsjahren benötigt wurden. Deshalb wurde nach einem Weg gesucht, Daten der interessierten Öffentlichkeit einfacher und schneller zur Verfügung zu stellen.

MONATLICHER KRANKENSTAND

Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder in Prozent (2018–2020)

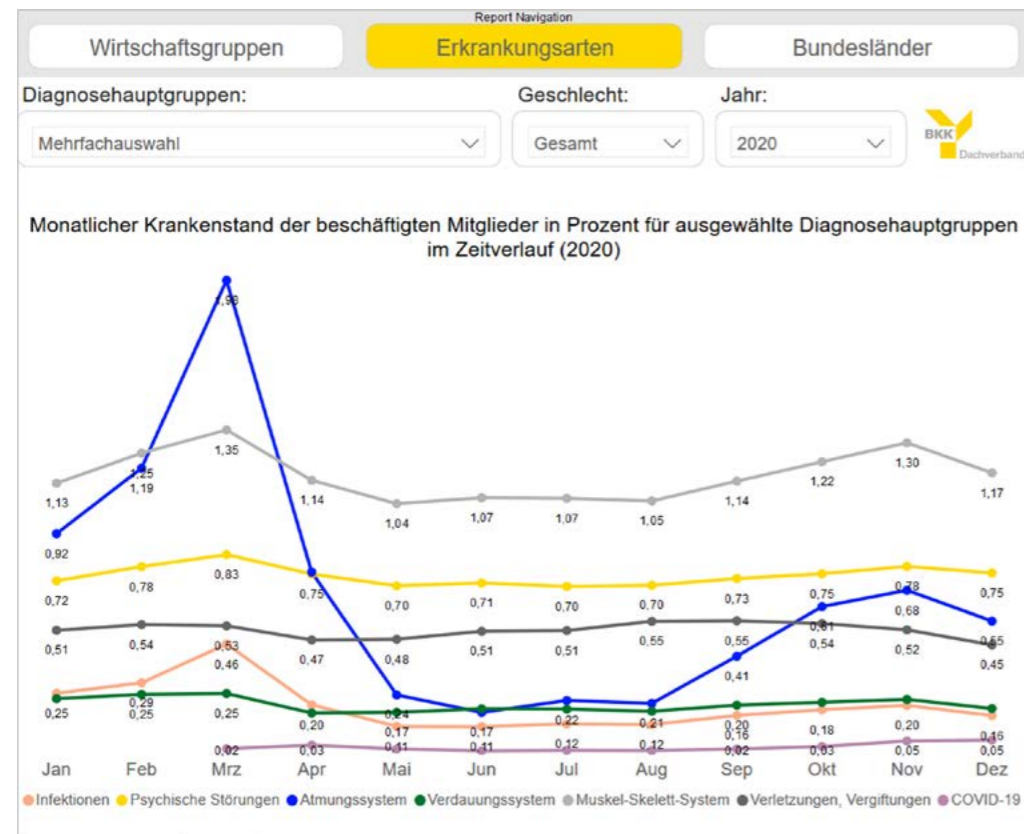


Abbildung 1: Der monatliche Krankenstand im Vergleich nach ausgewählten Erkrankungsarten als interaktives Diagramm auf bkk-dachverband.de

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder für ausgewählte Wirtschaftsgruppen

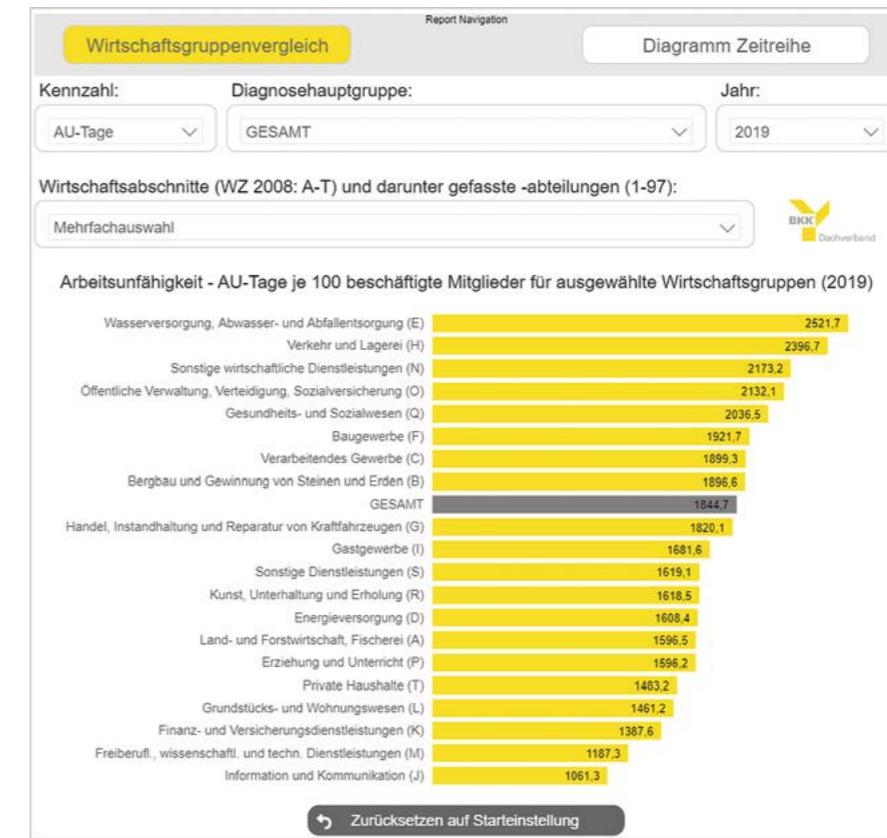


Abbildung 2: Arbeitsunfähigkeitskennzahlen im Wirtschaftspruppenvergleich als interaktives Diagramm auf bkk-dachverband.de

INTERAKTIVE DATEN STATT STATISCHE TABELLEN

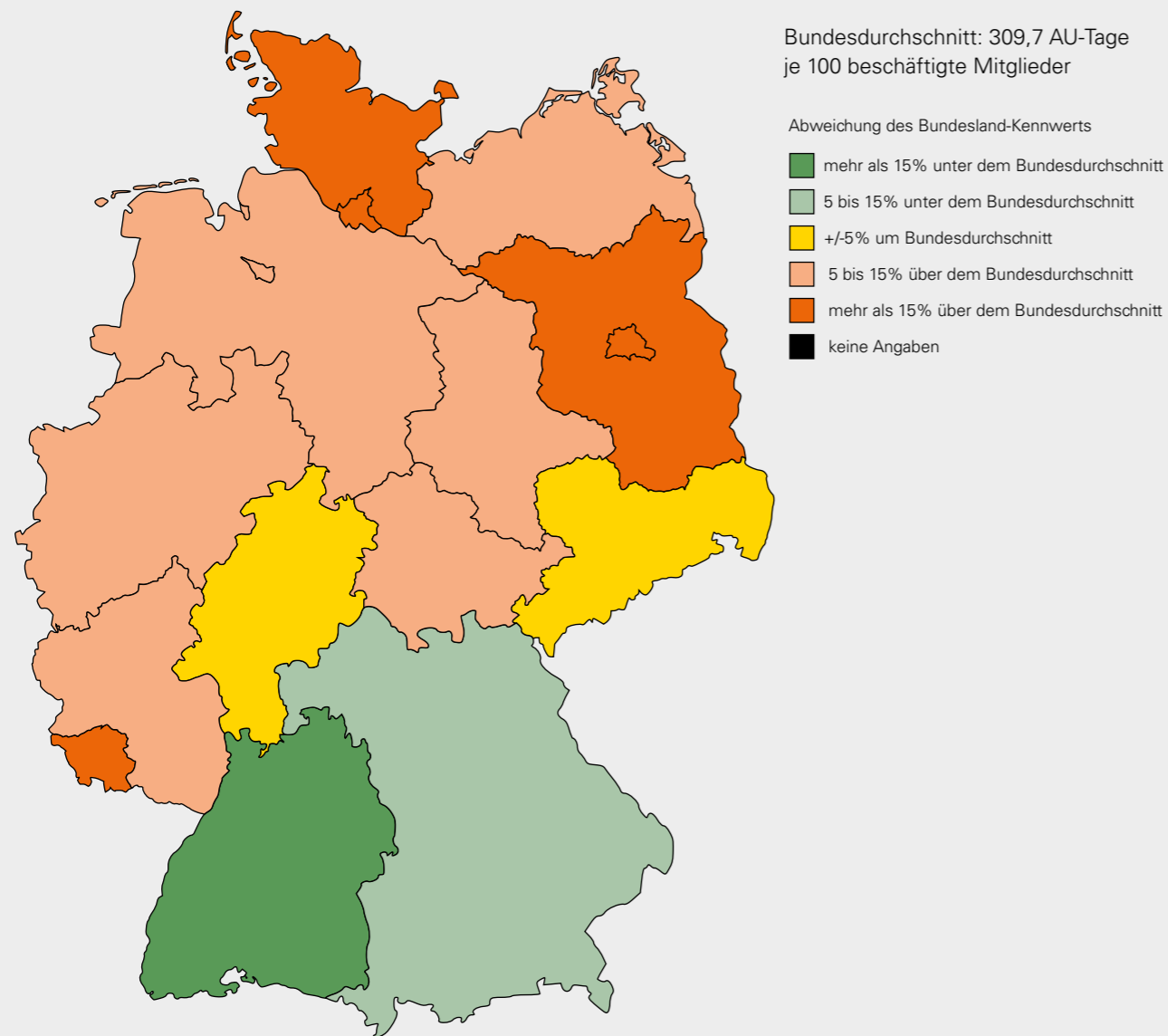
Sind die arbeitsunfähigkeitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten in den letzten Jahren gestiegen oder gesunken? In welchem Bundesland sind dabei die meisten Fälle zu verzeichnen? Bei welcher Erkrankungsart ist die Falldauer am längsten? Welche Branchen bzw. welche Berufsgruppen weisen die meisten bzw. die wenigsten Fehlzeiten auf?

Solche und weitere Fragen können leicht anhand der Auswertungen, die in der Gesundheitsberichterstattung seit Jahren angefertigt werden, beantwortet werden. Um nun auch interessierte Laien in die Lage zu versetzen, hierzu konkrete Daten selbstständig zu recherchieren, wurde vom BKK Dachverband eine digitale Plattform aufgebaut, mit deren Hilfe interaktive Diagramme und Tabellen veröffentlicht werden können:

- Schon im vergangenen Jahr wurden darauf basierend die Statistiken zum monatlichen Krankenstand sowie ausgewählte regionale Daten in solchen interaktiven Darstellungen in die Homepage des Dachverbands integriert (siehe Abbildung 1).
- Mit der Veröffentlichung des aktuellen BKK Gesundheitsreports 2020 wurden nun nicht nur neue Daten für das Berichtsjahr 2019 ergänzt, sondern zudem die Analysemöglichkeiten durch zusätzliche Diagramme mit Selektionen nach Wirtschaftsgruppen (siehe Abbildung 2) sowie Berufsgruppen noch deutlich erweitert. Überdies können die Jahresdaten auch noch hinsichtlich der sechs wichtigsten Diagnosehauptgruppen differenziert werden.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für psychische Störungen nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (2019)



Wesentliches Ziel des Projekts ist es, Daten für interessierte Gruppen professionell und nutzerfreundlich zur Verfügung zu stellen, um damit diese in ihrer Arbeit zu unterstützen und außerdem in der (Fach-)Öffentlichkeit noch mehr als zuvor als kompetenter Lieferant von datengetriebenen Informationen wahrgenommen zu werden. Die durchweg positiven Rückmeldungen zeigen, dass wir dabei auf dem richtigen Weg sind! ■

**NEUE PLATTFORM FÜR MITGLIEDER**

Für die Mitglieder des BKK Dachverbands wurde außerdem eine zusätzliche Plattform erstellt, in der weitere Daten zur Verfügung gestellt werden. Diese dienen den BKK z. B. zur Unterstützung bei der Erstellung von Gesundheitsberichten für ihre Trägerunternehmen. Im August 2020 ist hierfür **bkk-gesundheitsdaten.de** online gegangen. Dort werden im Vergleich zu den öffentlich bereitgestellten Diagrammen neben umfangreicheren Daten aus dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, weitere Leistungsbereiche des BKK Gesundheitsreports (ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittelverordnungen) sowie Sonderauswertungen (Covid-19-Daten) in interaktiven Diagrammen zugänglich gemacht. Zudem stehen dort den Nutzerinnen und Nutzern weitere Funktionen wie etwa die Möglichkeit zum Datendownload zur Verfügung.

Damit bieten wir exklusiv für unsere Mitglieder einen komfortablen und einfach zu bedienenden Service an.

Abbildung 3

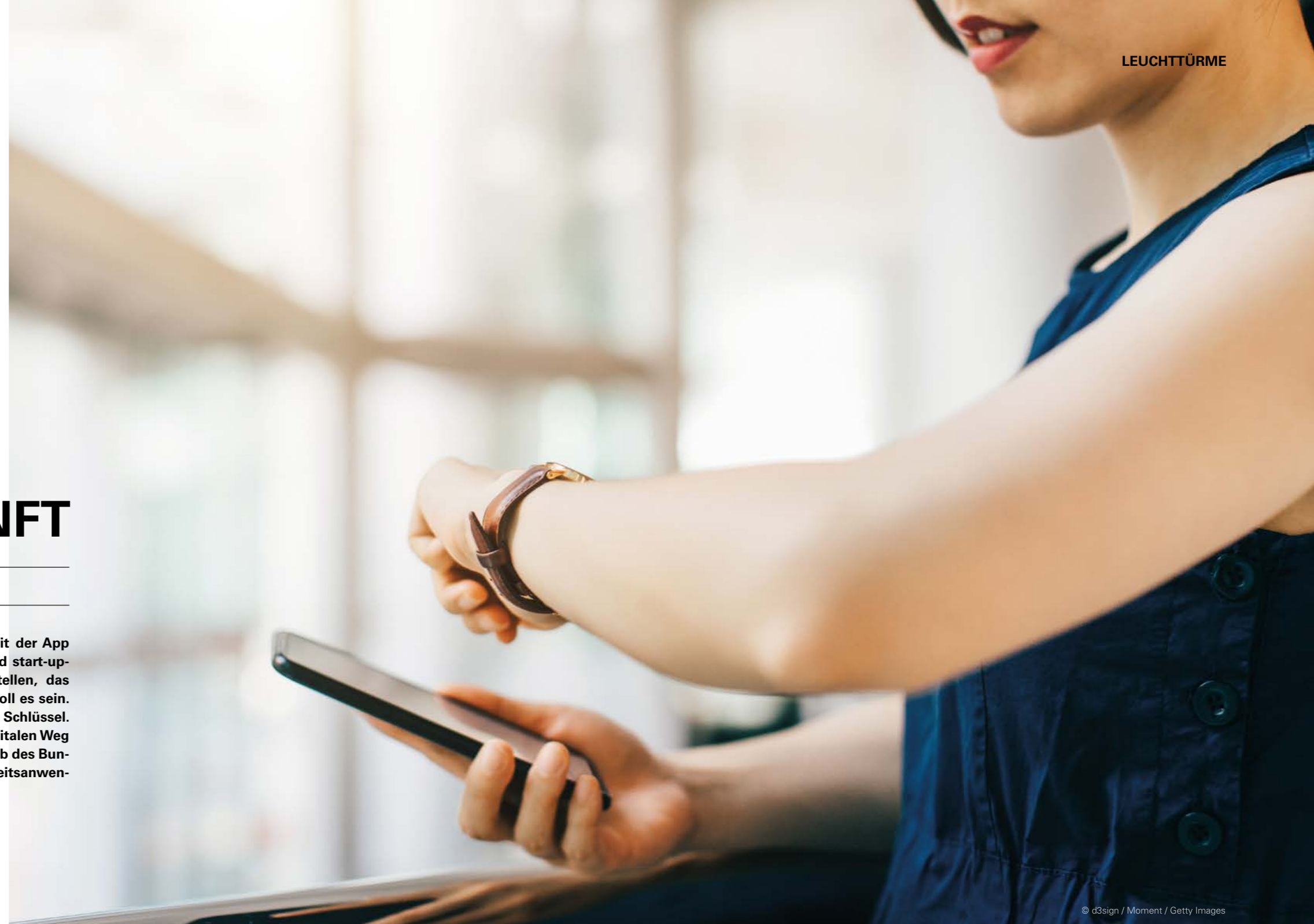
Arbeitsunfähigkeitskennzahlen nach Bundesländern als interaktives Diagramm auf [bkk-dachverband.de](https://www.bkk-dachverband.de)

DIGA VADEMECUM

GEH MIT MIR! RICHTUNG ZUKUNFT

Von Stefan B. Lummer

Ein Digital Health Ökosystem. Europaweit. Patientenzentriert. Mit der App zum Arzt, mehr Daten für die Forschung, mehr Wagniskapital und start-up-mindset ins Gesundheitssystem, verpflichtend offene Schnittstellen, das Ende der abgeschotteten Versorgungssilos. Bessere Medizin. So soll es sein. Die Digitalen Gesundheitsanwendungen – kurz: DiGA – sind der Schlüssel. Ein Handlungsrahmen für alle, die rasch gute Medizin auf den digitalen Weg bringen wollen, ist das DiGA Vademecum des health innovation hub des Bundesministeriums für Gesundheit. Was man zu Digitalen Gesundheitsanwendungen wissen muss.

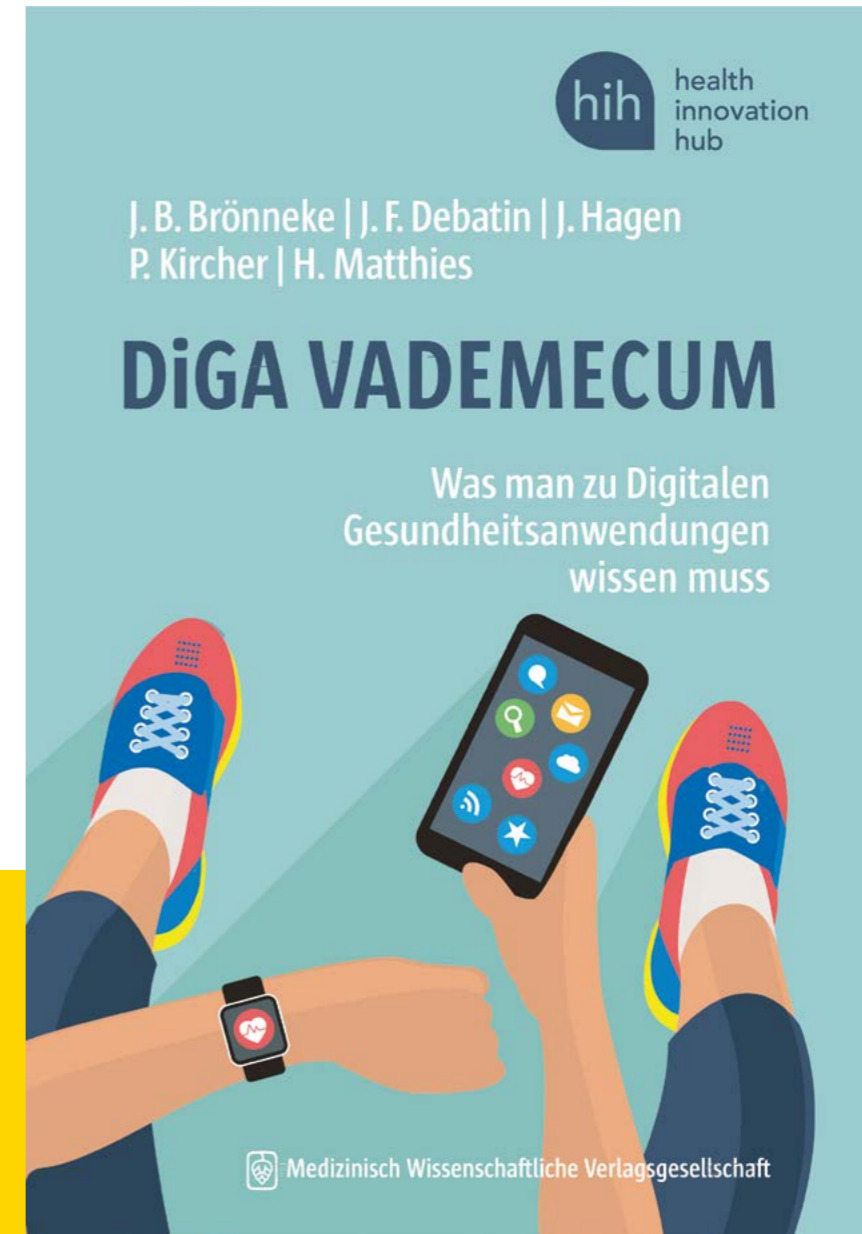


© d3sign / Moment / Getty Images

Wir erleben gerade nichts weniger als die Transformation der Medizin. Die Entschlüsselung der biologischen Grundlagen des menschlichen Lebens vollzieht sich im Eiltempo. Schnell wie noch nie zuvor wurde in der Pandemie ein Impfstoff entwickelt, der Immunität gegen ein Virus über Messenger-RNA herstellt. Aufbruchstimmung bei Biologen und Mediziner: Diagnostik und Therapie werden individuell auf den genetischen Bauplan und den Lebensstil jedes einzelnen Menschen angepasst werden können. Wir bekommen eine bessere Medizin. Nicht mehr unterschiedliches Können und Engagement einzelner

Ärzte entscheidet über die Qualität. Auch nicht mehr die zunehmende Standardisierung der Medizin seit den 1970er Jahren. Individuum statt Kohorte. Ein Quantensprung in der Digitaltechnologie macht den Riesenschritt in die personalisierte Medizin erst möglich. Cloud-Computing schafft eine neue Grundlage für die Nutzung digitaler Technologien und Verarbeitung riesiger Datenmengen. Weltweit werden so unbegrenzte Rechenleistung und Speicherkapazität erschlossen. Für Patienten, Ärzte und Forscher sind Daten auf der ganzen Welt, an jedem Ort, in jeder Zeitzone verfügbar. Die Cloud sichert den ubiquitären Daten-Zugang über die flächendeckende Verbreitung mobiler Endgeräte. Jedes Smartphone öffnet diese Tür. Dezentraler Datenzugang und die Explosion von Rechenleistung sind die beiden technischen Treiber eines fundamentalen Paradigmenwechsels in der Medizin. Medizinische Daten werden nicht mehr an ihrem Entstehungsort aufbewahrt. Sie können nun völlig unabhängig vom Ort ihrer Entstehung – sei es die Arztpraxis, das Krankenhaus, ein Universitätslabor oder eine Krankenkasse – gespeichert und verarbeitet werden. In dieser neuen Entwicklungsphase der Medizin ist nicht mehr der Ort der Datenerhebung entscheidend, sondern die Identität des einzelnen Menschen, von dem diese Daten stammen. Das verändert alles. Medizin wird besser. Diagnostik präziser. Digitale Unterstützung macht die Überwachung und Steuerung des Therapieerfolgs in Echtzeit möglich, präzise Interventionen die den individuellen Patienten erreichen, egal wo er sich gerade aufhält.

Kann das deutsche Gesundheitssystem mit diesem Quantensprung Schritt halten? Nein. Das Gesundheitswesen in Deutschland steht erst am Anfang einer dazu nötigen digitalen Transformation. Wir sehen erste digitale Gehversuche während sich um uns herum die Möglichkeiten mit der Geschwindigkeit einer Explosion ausweiten. Welchen Preis wir zahlen, wenn wir unser Gesundheitssystem weiterhin digital entkoppeln, sehen wir in der Pandemie. Stichwort Impfen. In Israel hat die Regierung den Krankenkassen wichtige Ausgaben der Impfkampagne übertragen. Denn deren Daten erkennen jeden Patienten: Alter, Geschlecht, Beruf, Diagnosen, Vorgeschichten, Therapiepfade, Risikogruppen. Berechtigungsscheine einer regierungsnahen Bundesdruckerei für Masken braucht dort keiner. Terminvergabe für Impfungen funktioniert in Sekunden über App, die Nachverfolgung von Infektionsketten geschieht mit digitalen Tools. Israel nutzt eines der am besten



DiGA VADEMECUM

Was man zu Digitalen Gesundheitsanwendungen wissen muss

J.B. Brönnecke, J.F. Debatin, J. Hagen, R.Kricher, H. Matthies

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

195 Seiten, erschienen Oktober 2020
ISBN: 9783954665686

digitalisierten Gesundheitssysteme der Welt. Dieser Grad an Digitalisierung erzeugt genau jetzt einen enormen Datenschatz, der detaillierte Forschung ermöglicht. Israels Impfkampagne produziert im Wochentakt neue Studien, die wertvoll sind für die Gesundheitssysteme weltweit. Die Bundesrepublik Deutschland hat den Anschluss verloren: Nach einem zermürbenden Lockdown seit November mit den härtesten Grundrechtseinschränkungen seit Jahrzehnten blickt die New York Times Anfang März erschüttert und mitleidig auf die Bilanz der Bundesregierung: Das Warten auf den Impfstoff sei „ein entmutigender Niedergang für die Deutschen“.

DiGA sind ein Befreiungsschlag. Sie für Patienten, Ärzte und Krankenkassen verfügbar zu machen, markiert den Beginn einer Zeitenwende im deutschen Gesundheitswesen. Der Bundesgesundheitsminister hat einen mutigen Schritt gewagt, im komplizierten Recht der Krankenversicherung eine wesentliche Hürde beseitigt und für digitale Innovationen einen strukturierten Zugang ins Gesundheitssystem geschaffen. Ob digitales Diabetes-Tagebuch, Entspannungsübungen per App, Ernährungscoaching oder Sensorik für Home-Monitoring: Entwickler und Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen haben jetzt mit ihren Produkten der ersten Generation Zugang zu mehr als 73 Millionen gesetzlich Versicherten bekommen. Und es gibt sogar einen Fast Track. Eine Überholspur, dem Tempo der digitalen Entwicklung entsprechend. Der Fast Track hat einen Spiegel in einer neuen Art der Gesetzgebung: agil. Neues ausprobierend. Nicht die Hundert-Prozent-Lösung an der Start zu bringen, ist das Ziel, sondern gemeinsam lernen, weiterentwickeln, erproben, der Realität anpassen. Im Land der Ingenieure und der Perfektionisten ein Schritt, der nicht unterschätzt werden kann. Der Fast Track für die DiGA ist ein erster Schritt in ein digitales Gesundheitsnetzwerk. Sein Gelingen oder Scheitern wird darüber entscheiden, wie die weitere öffentliche Diskussion zur Digitalisierung des Gesundheitssystems in diesem Land verläuft.

Um dies abzusichern, gibt es ein Vademecum – ein handliches „Geh mit mir“-Buch. Ein vertrautes Handbuch-Format für Mediziner. Schlank im Umfang, locker im Ton und klar in der Struktur: Das Expertenteam des health innovation hub hat eine praktische Anleitung für

Entwicklung, Zulassung und Verbreitung Digitaler Gesundheitsanwendungen geschrieben. Für etablierte Unternehmen, für Start-up-Entwickler und deren Finanzierungspartner aus dem Venture Capital Sektor, für mögliche Vertriebspartner aus der Pharma- und Medizintechnikbranche, für Krankenkassen, Ärzte, Therapeuten: Was man zu Digitalen Gesundheitsanwendungen wissen muss. Mit klarer Botschaft: Nutzt die Chancen dieser systemischen Ergänzung für eine bessere Gesundheitsversorgung der Menschen. Jetzt.

Geschrieben haben dieses nützliche Buch die Experten des health innovation hub, die das DiGA Projekt ab dem ersten Referentenentwurf für das Digitale-Versorgung-Gesetz im Mai 2019 eng begleitet und das für den Fast Track zuständige BfArM beraten und unterstützt haben. Den health innovation hub hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nach dem Vorbild eines innovation hub der Bundeswehr gegründet und das DiGA VADEMECUM ist durchaus auch eine Kampfschrift: Denn die Kräfte der Beharrung, die ihre Silos der Finanzierung erbittert an den Sektorengrenzen verteidigen und hohe Markteintrittshürden gebaut haben, werden den digitalen Akteuren ihren Acker nicht freiwillig überlassen. App auf Rezept oder mit App zum Arzt. Der Patient hat die Wahl. Wir wissen, dass analoge Wertschöpfungsketten disruptiv ersetzt werden durch digital geknüpfte Wertschöpfungsnetzwerke. Und die digitalen Pioniere des deutschen Gesundheitssystems haben noch viel vor. Europäisches Denken überwindet nationale Grenzen: Deutschland will einen EU-Gesundheitsdatenraum mitgestalten. Ein Digital Health Ökosystem. ■



Stefan B. Lummer
@derLummer

#BGMVIERNULL

MENSCHEN SIND KEINE MASCHINEN

Von Stefan B. Lummer

Wenn die akute pandemische Situation der Corona-Krise einmal vorbei sein sollte, wird Home-Office zur neuen Normalität gehören. Doch das Home-Office allein ist noch keine neue Arbeitswelt. Forscher der Universität St. Gallen haben schon zu Jahresmitte 2020 genauer hingesehen: Die erste Welle der Pandemie hatte in der großen Mehrheit der Unternehmen noch nicht die Impulse gesetzt, auf die es ankommt: Leadership, Kultur und Kompetenzentwicklung. Dennoch sehen wir immer deutlicher: Die Pandemie ist Brennglas auf bisher Versäumtes und harter Antreiber. Sie zwingt Unternehmen zu Innovationsprüngen, für die sie bisher zu zögerlich, zu wenig kreativ und zu wenig disruptiv waren. Neue Arbeit, die mehr sein will als das Buzzword #NewWork, erfordert eine neue Unternehmenskultur. Die Betriebskrankenkassen haben im Dezember 2020 ihren digitalen Instrumentenkasten für Betriebliches Gesundheitsmanagement vorgestellt: Gesund Führen – eine digitale Plattform für Chefs und die App Phileo, ein Gesundheits-Assistent am Arbeitsplatz. Hoher Anspruch der Experten für eine unternehmens- und arbeitsplatznahe Krankenversicherung und ein Ergebnis, das sich sehen lassen kann: Digitale Werkzeuge für ein innovatives, zukunftsweisendes Konzept für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Denn Gesundheit im Unternehmen ist Managementaufgabe.



© Donald Iain Smith / Getty Images

Menschen sind keine Maschinen. Auch dann nicht, wenn sie eine Symbiose mit Maschinen eingehen. Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes hat in seiner kurzen Rede eine weithin sichtbare Fahne in den fluiden Boden der sich rasch verändernden Welt der Neuen Arbeit gerammt. Orientierungspunkt für den kulturellen Sprung, der Unternehmen derzeit abverlangt wird: Mehr Führungsinelligenz, mehr Empathie und Vertrauen, mehr Selbstbestimmung. Wir brauchen in einem hochdynamischen und sehr komplexen Umfeld der Firmen neue, wirklich digitale Prozesse entlang der gesamten Wertschöpfungskette und viel mehr Vernetzung. Offenheit gegenüber einer sich rasch verändernden Umwelt

Wir befinden uns in einer Phase einer neuen industriellen Revolution, in der sämtliche Prozesse entlang der gesamten Wertschöpfungskette verändert werden hin zur digitalen Nutzung. Das verändert sowohl die Arbeit umfassend und total, wie auch die Möglichkeiten der Mensch-Technik-Kooperation. Augmented Reality in Wartung und Produktion, Exoskelette, die Menschen massiv entlasten, besonders an ergonomisch schwierigen Arbeitsplätzen. Körperlich werden weite Bereiche der Arbeit leichter, zugleich erleben Arbeitnehmer die Arbeitsleistung und psychische Belastung als ansteigend. Immer mehr Aufgaben sind gleichzeitig zu erledigen. Den Schaden durch Arbeitsausfälle wegen psychischer Überlastung beziffert die Bundesregierung auf 33 Mrd. Euro pro Jahr. Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt sich also einer enormen gesamtgesellschaftlichen Herausforderung und Verantwortung.

Prof. Dr. Bertolt Meyer TU Chemnitz

und Besinnung auf eigene Strukturen, Stärken und Kultur machen vernetzte Teams im Unternehmen adaptiver und produktiver. Es geht in der Zukunft, in die uns die Pandemie hintreibt, um mehr Vertrauen und neue Kompetenzen – für Mitarbeiter und Führungskräfte. „Mitarbeiter in der digitalen Transformation brauchen Empathie, Pädagogik und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, um in der neuen Arbeitswelt produktiv zu sein“, sagt Franz Knieps.

Die App Phileo ist ein digitaler Gesundheits-Assistent am Arbeitsplatz. Spielerisch lernen Mitarbeiter, mit situativem Stress am Arbeitsplatz besser umzugehen. „Berufstätige entscheiden selbst, wann und was für sie nötig ist, um am Arbeitsplatz gesund zu bleiben“, so beschreibt Dr. Gertrud Demmler, Vorstandin der Siemens BKK das zentrale Prinzip dieser App: „Nutzer werden Gestalter!“

„Gesund führen in der Arbeitswelt 4.0“ ist eine Blended-Learning-Plattform für Menschen mit Führungsverantwortung. E-Learning, Selbsttests, kurze Video-Tutorials: reichlich Hintergrundwissen zu Stressmanagement, digitaler Balance, Entscheidungsfindung, Kommunikation, Wertschätzung und sensiblem Erkennen von Anzeichen der Überlastung bei einzelnen Beschäftigten, befähigen zur Selbstreflexion des eigenen Führungsverhaltens und Führungsstils. Ein zentraler Navigator lotst die Chefs zu interessanten Angeboten, entsprechend ihres Wissenstandes, ihrer Lernvorlieben und „Schmerzpunkte“ im Führungsalltag. „Wir sind die Pioniere für Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Jetzt haben wir mit dieser Erfahrung digitale Werkzeuge für Arbeitnehmer und Unternehmer entwickelt“, sagte Dr. Gertrud Prinzing, Vorstandin der Bosch BKK. Sie leitet die BKK Vorstandsinitiative BGM 4.0. Lob für dieses Tool vom Bundesverband der Personalmanager: „Führungskräfte werden befähigt, eine neue Kommunikation mit den Mitarbeitern zu finden“, so Anke Brinkmann, Head of Health and Safety in ihrem Unternehmen, der Berliner Stadtreinigung. Es geht darum Arbeitsorganisation zu verändern. Anke Brinkmann ist mit

ihrem Gesundheitsmanagement-Team in alle strategischen Entscheidungen des Unternehmens eingebunden. „Mit der Phileo App erreichen wir auch unsere Müllwerker, die jeden Tag durch die Straßen fahren, dort wo sie sind.“ So lobt Jury-Mitglied Anke Brinkmann die App der BKK Initiative BGM 4.0.

„Beide digitale Produkte stehen für die beiden Seiten der Prävention. Verhaltensprävention und Verhältnisprävention“, sagt Professor Dr. Bertolt Meyer, der Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der Technischen Universität Chemnitz lehrt. „Führung in der digitalisierten Arbeitswelt muss sich weiterentwickeln. Führung auf Distanz erfordert ein anderes BGM, das die Menschen dort erreicht, wo sie sind.“ Wie gestaltet man die Arbeitsverhältnisse von Mitarbeitern, die agil und vernetzt arbeiten, aber nicht mehr nur in der Firma anwesend sind? Gesundes Führen muss sich weiterentwickeln. Dazu gehört auch: Nur Chefs, die der eigenen Gesundheit Relevanz zumessen, entwickeln gesundheitsförderliche Führungsinelligenz.

„Gerade Führungskräfte können durch ihr eigenes Verhalten in alltäglichen Situationen einen großen Unterschied machen“, sagt Professor Meyer. „Ein Chef, der sich an einem Freitag ausklinkt und einen freien Tag nimmt, um sich vor psychischer Erschöpfung zu schützen und wieder ins Gleichgewicht zu kommen, gibt seinen Mitarbeitern ein wichtiges Signal. Das ist eine große Geste, die den Mitarbeitern zeigt: Es ist in unserem Unternehmen sicher, seine verletzte Seite zu zeigen und nach außen zu signalisieren, dass es nicht mehr geht.“

Ein moderner und nachhaltiger Umgang mit Personalressourcen braucht humane und gesundheitsförderlich gestaltete Arbeitsbedingungen.

„Wir werden das mobile Arbeiten nach Corona nicht zurückdrehen können.“ Bertolt Meyer berichtet von einigen großen Dienstleistungs-Unternehmen, die Mitarbeiter in sitzender

Tätigkeit beschäftigen und jetzt neue Bauvorhaben für Büroflächen überdenken oder diese sogar komplett streichen. „Es kann wirtschaftlich sinnvoller sein, auf solche Flächen zu verzichten und den Mitarbeitern zum Teil mobiles Arbeiten zu ermöglichen. Mobiles Arbeiten und Homeoffice werden nicht wieder verschwinden. Der Geist ist aus der Flasche.“ Die neuen digitalen Tools für Arbeitgeber und Beschäftigte, um Betriebliches Gesundheitsmanagement weiter voranzutreiben, lobte auch Dr. Gottfried Ludewig, der Chef der Abteilung für Digitalisierung des Gesundheitswesens im Bundesministerium für Gesundheit. „Ein herzliches Dankeschön an die Kassen, die inmitten der Pandemie diesen Riesenschritt nach vorn ermöglicht haben.“

Wir brauchen eine Kultur der Offenheit in Unternehmen, die in sich rasch ändernden komplexen Situationen flexibel und angemessen reagieren wollen. Es geht um Räume für Kreativität, Experimente und Innovation. Und wir brauchen eine Kultur der Arbeit, die Mitarbeiter beim Umgang mit dem Neuen und Unerwarteten unterstützt. Die Selbstdisziplin, Selbstorganisation und Selbstbewusstsein stärkt. Die Corona-Pandemie zeigt uns vor allem dies: Wir Menschen müssen die Weichen stellen, nicht das Virus. ■



Stefan B. Lummer
@derLummer



GERALD HÜTHER

WEGE AUS DER ANGST

Von Sigrid König, Vorständin, BKK Landesverband Bayern

Gerald Hüther, Neurobiologe und Autor zahlreicher populärwissenschaftlicher Bücher veröffentlichte sein neues Buch „Wege aus der Angst“ im September 2020. Zeitpunkt und Titel rochen förmlich nach einem Zusammenhang mit Covid-19! Und tatsächlich: Schon im Vorwort stellt der Autor die These auf, dass nicht das Virus selbst die Menschen in Angst und Schrecken versetzt, sondern die über die Medien global ausgebreitete Vorstellung von seiner Gefährlichkeit.

Um es gleich vorweg zu nehmen: „Wege aus der Angst“ ist kein Buch zum Überfliegen. Es ist ein Buch mit sehr viel Tiefe und mit vielen beeindruckenden Beschreibungen der unterbewussten Abläufe unserer individuellen Aktionen und Reaktionen in unsicheren Zeiten und Situationen. Zudem werden die unbewussten Abläufe von gesellschaftlichen Mustern in Zusammenhang mit Ängsten beleuchtet.

Das Buch enthält auf seinen 127 Seiten grundsätzliche Ausführungen zur Entstehung, Wirkung und Vermeidung von Angst. Es bringt Licht in unsere seit Kindheit geübte Praxis, Inkohärenz zu vermeiden und nach Kohärenz zu suchen. Nach Gerald Hüther ist unsere gesamte im kollektiven Gedächtnis verankerte Menschheitsgeschichte eine Geschichte der Instrumentalisierung des Gefühls der Angst zum Zwecke der Durchsetzung von Machtinteressen von Herrschern.

Die Aussage mag in dieser Buchbesprechung etwas platt klingen, wer aber die Inhalte des Buches nachvollzieht, wird am Ende der Lektüre die Bedeutung dieses Satzes verstehen. Um ganz genau zu sein: Kaum werden die Seiten des Buches dreistellig, schildert uns der Autor am Fall eines Experten für Infektionskrankheiten, welche Rolle dieser im Fall des Auftauchens eines unbekanntes Virus vermutlich übernehmen wird. Er verdeutlicht an diesem Beispiel, wie sehr das eigene Bild und die eigene Rolle die Handlung und Positionierung dieses Fachmanns beeinflussen und wie sehr dadurch gleichzeitig andere Aspekte außer Acht gelassen werden.

Gerald Hüther
**WEGE AUS DER ANGST
ÜBER DIE KUNST, DIE UNVORHERSEH-
BARKEIT DES LEBENS ANZUNEHMEN
VON GERALD HÜTHER**
Vandenhoeck & Ruprecht
Gebunden mit Schutzumschlag, 128 Seiten
ISBN: 978-3-525-45387-2

Wichtig ist dem Autor ganz grundsätzlich zu unterstreichen, dass Angst im Sinne einer realen Gefahr per se gesund ist und wir sie zum Überleben brauchen. Diese gesunde Angst ist von den in unseren Köpfen gebildeten Vorstellungen von Bedrohung und den dadurch ausgelösten Ängsten zu unterscheiden.

Gerald Hüther differenziert sehr feinfühlig zwischen einem Ereignis selbst und den Reaktionen in unserem Körper, sei es im Kopf, in den Gefühlen oder den körperlichen Reaktionen. Er macht uns bewusst, dass wir uns diese körperlichen Reaktionen antrainiert haben. Unterbewusst natürlich. Je nachdem, wie wir trainiert sind, zeigen wir mehr oder weniger Angstsymptome und machen uns mit diesen Symptomen mehr oder weniger von anderen abhängig. Denn Angst bedeutet nichts anderes als einer Bedrohung vermeintlich hilflos ausgesetzt zu sein. In diesen Situationen vertrauten die Menschen dann auf Überbringer von Botschaften, die sie für vertrauenswürdig erachteten. Deshalb versuchten die Angstmacher vor allem, einen vertrauenswürdigen Eindruck zu erwecken.

Das Buch zeigt neben dieser erhellenden und aufweckenden Analyse mögliche Wege aus diesem Dilemma auf: vor allem sei die Widerstandskraft jedes Einzelnen gegenüber angsteinflößenden Botschaften zu stärken, indem wir lernen, Probleme selbst zu lösen. Die Botschaft der Angst sei nicht mehr und nicht weniger als: Verändere dein Leben! Der Autor betont, dass jeder Mensch lebenslang die Fähigkeit hat, sein Gehirn umzubauen, denn das menschliche Gehirn ist nicht durch genetische Vorgaben vorprogrammiert. Deshalb können wir uns nicht nur, sondern wir sollten uns sogar ein Leben lang verändern.

Das Plädoyer von Gerald Hüther ist auch politischer Natur: Wir sollten uns damit anfreunden, dass sich im Leben nicht alles kontrollieren lässt und wir deshalb wieder die Demut wiederentdecken sollten, das Leben so anzunehmen, wie es ist. Wir sollten wieder lernen, der Welt und der Natur zu vertrauen, statt beide so verändern zu wollen, wie sie nach unserer Vorstellung sein müssten, damit wir keine Angst mehr empfinden müssen. Das Buch ist eine absolute Leseempfehlung für alle, die die Oberflächlichkeit von Medienberichten in Corona-Zeiten durch die Entdeckung möglicher anderer Zusammenhänge ersetzen wollen.



AB INS REGAL

IMPRESSUM I BETRIEBSKRANKENKASSEN 1 | 2021

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: 5. März 2021
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: © Emanuele Cremaschi / Kontributor / Getty Images,
S. 6, 17, 25, 28, 33, 49, 57, 65, 71: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 44–47: vivida bkk, Novitas BKK, pronova BKK, Salus BKK, Daimler BKK, VIACTIV, BKK der Deutschen Bank AG

