

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

Update Gesundheit

■ **DIGITALE
SOFORTHILFE**
DiGA im Selbstversuch
der Redaktion

■ **DIGITALE TRANSFORMATION
GESTALTEN**
Prof. Jörg Debatin zum Fazit
des Health Innovation Hub

BKK
Dachverband

Editorial

Helle Aufregung. Und Entsetzen. Zum zweiten Mal binnen 30 Tagen wurde ein völlig verstorperter politischer Versuch des Bundesgesundheitsministers hart ausgebremst. Anfang April hatte Karl Lauterbach die freiwillige Corona-Isolation noch selbst in einer Talkshow einkassiert, wenige Stunden nach der Abstimmung mit den Ländern. Anfang Mai mussten die Grünen ran und bei der Triage in Krankenhäusern die Notbremse ziehen: Eine Beatmung von Covid-19-Patienten zugunsten anderer Patienten sollte eben nicht wieder beendet werden dürfen.

Was lässt dieser Politikstil erhoffen für den Umgang mit einem sich dramatisch zuspitzenden Thema, das eine zentrale Säule unseres Sozialstaates betrifft, der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung? 24 Mrd. Euro. Diese Zahl steht im Mai 2022 im Raum als Alarmzeichen. Nicht unumstritten. Aber klar ist: Das Defizit der Krankenkassen nähert sich im Sommer vor dem dritten Pandemieherbst der politischen Kernschmelze. Von einem 17 Mrd. Euro Finanzloch sind die Finanzexperten des GKV Spitzenverbandes, der Kassen und der Politik bisher ausgegangen. Auf diesem Finanzbedarf gründeten alle Überlegungen, wie dies politisch zu bewältigen sei. Ist der Zusatzbeitrag noch zu begrenzen, so dass die Sozialgarantie hält? Darauf achten nicht zuletzt die Arbeitgeber mit höchster Aufmerksamkeit. Hält die Ampel-Koalition an ihrem politischen Ziel von 2021 fest, mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3 Prozent, die Haltelinie für die Sozialgarantie zu beachten? Haben die 97 Kassen der GKV noch das Vermögen, um daraus Finanzmittel gegen das Defizit zu schöpfen? Vor dem Sommer sind zwei Punkte klar. Erstens: Die von der Bundesregierung für das Jahr 2022 gewährten Steuerzuschüsse haben das strukturelle Finanzproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelöst, sondern nur ins Jahr 2023 verschoben. Zweitens: Bei sinkenden Einnahmen der Krankenkassen im Jahr 2023 reißt das Finanzloch dramatisch schnell viel weiter auf. Ein Dienstleister der Kassen hat in seiner Wettbewerbsanalyse im Mai 2022 alarmierende Zahlen ausgerechnet: Bei sinkenden Einnahmen und zugleich explodierenden Ausgaben bis hoch zur Rekordmarke von 297 Mrd. Euro müssen fast alle Kassen ihren Zusatzbeitrag über die 2 Prozent Marke heben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz würde sich gegenüber den angestrebten 1,3 Prozent mehr als verdoppeln auf 2,75 Prozent. Hier sehen die Dienstleister aus Essen das 24 Mrd. Euro Finanzloch.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Annahme zu den Ausgaben 2023 stimmig: Die steigen wohl weniger stark als der Schätzerkreis angenommen hat, aber eben doch auf die 297 Mrd. Rekordmarke. Allerdings sehen die Finanzexperten der Betriebskrankenkassen nicht so schwarz auf der Einnahmenseite: Der in der vorliegenden



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

Wettbewerbsanalyse prognostizierte Einbruch der Einnahmen zeichnet sich bisher nicht ab. Dennoch: Es ist nach den Zahlen in unserem System pausibel, dass die Finanzlücke die 20 Mrd. erreicht.

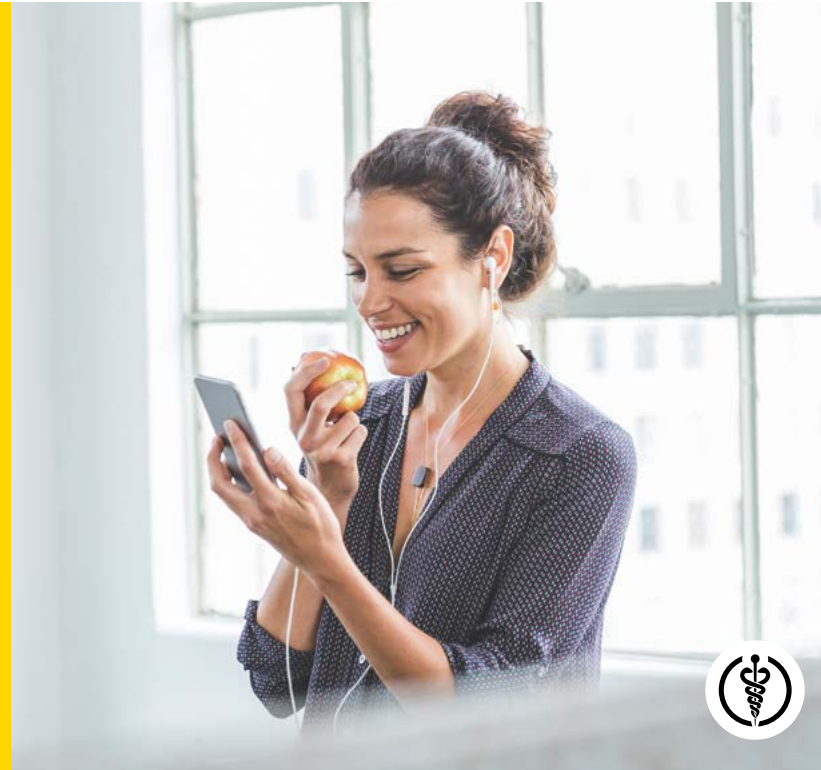
Ex-Bundesgesundheitsminister Spahn hatte ein Viermal-fünf-Modell auf den Tisch gelegt, um eine 20 Mrd. Lücke zu schließen: 5 Mrd. zusätzlicher Steuerzuschuss vom Bund, 5 Mrd. Kassenvermögen abschmelzen, 5 Mrd. über eine Zusatzbeitragserhöhung generieren – nach der Faustregel: 1,6 Mrd. Euro entsprechen etwa 0,1 Punkten Zusatzbeitrag – und 5 Mrd. über Kostendämpfungsmaßnahmen, die keine Leistungskürzungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung verursachen. Dabei sind Vorschläge, die Stoff für – vorsichtig formuliert – sehr lebhaft Debatten liefern: Preismoratorien für Medikamente, die aus dem Koalitionsvertrag wieder gestrichene Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel oder auch die Erhöhung der im Pandemie-jahr 2020 abgesenkten Prüfquote für Krankenhausrechnungen. Dies ist ein Stresstest für den politischen Willen und die tatsächliche Durchsetzungskraft von Karl Lauterbach. Es fordert einen Minister, der mit seinen Experten im BMG und in der Koalition Vorschläge abstimmt und dann regiert. Wenn wir noch die anderen Baustellen sehen, für die Vorschläge bis zum Herbst angekündigt sind: Pflege, Umbau der Krankenhauslandschaft und Digitalisierung – dann braucht man für den Blick in die Baugrube GKV-Finzen starke Nerven. Ein Minister, der auf „Killervarianten“ von Omikron im Herbst wartet, wird das wohl kaum schultern. Oder sollte er uns eines Besseren belehren?

Ihr Franz Knieps

GESUNDHEIT UND POLITIK

DIGITALE SOFORTHILFE

„Die DiGA hat mir in erster Linie die Augen geöffnet über Bewältigungsstrategien, die mir so nicht bewusst waren.“ Zwei Kolleginnen aus dem Dachverband haben im Selbstversuch zwei Apps getestet, die als Digitale Gesundheitsanwendungen beim BfArM gelistet sind. Genesung mit Smartphone und App? DiGA sollen Versicherte bei der Bekämpfung von Krankheiten unterstützen. Lesen Sie in unserem Leitartikel ab Seite 6 wie das funktioniert und weshalb die DiGA mit der höchsten Wiederverschreibungsrate unter allen beim BfArM gelisteten Apps, sich aus der Kassenerstattung zurückgezogen hat. **Seite 6**



6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Digitalpolitik: Digitale Soforthilfe

28 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Evidenzbasiertes Wissen zum Pflexit: Baustelle Pflegepersonal

20 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Healt Innovation Hub: Digitale Transformation muss gestaltet werden

34 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Brown-Bag-Studienreise 2021: Integrierte Versorgung als Leitbild



GESUNDHEIT UND POLITIK
DIGITALE TRANSFORMATION GESTALTEN

Das deutsche Gesundheitssystem wird zukunftsfähig sein, wenn es die Potentiale der Digitalisierung zum Wohle der Patienten nutzt. Welche Impulse konnte der Health Innovation Hub im Bundesgesundheitsministerium setzen, der zum Jahresende 2021 seine Arbeit beendet hat? Wir konnten darüber mit dem Chef sprechen: Professor Jörg Debatin. **Seite 20**

44 **LEUCHTTÜRME**
BKK Innovativ: Digital verbunden auf dem Land

50 **REGAL ODER TONNE**
Träge Transformation



GESUNDHEIT UND POLITIK
INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS LEITBILD

Die Brown-Bag-Studienreise 2021 des BMC in die Niederlande hat gezeigt: Die Umsetzung der Integrierten Versorgung aus einem fragmentierten Gesundheitssystem heraus ist eine Herausforderung. Und: Einem strukturellen Wandel geht immer auch ein kultureller Wandel voraus. **Seite 34**

52 **REGAL ODER TONNE**
Jenseits der Comfort Zone

54 **RAUS**
Impressum



LEUCHTTÜRME
DIGITAL VERBUNDEN AUF DEM LAND

Wir werden rasch digital unterstützte Modelle der Gesundheitsversorgung sehen, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen.. Die Veranstaltungsreihe „BKK INNOVATIV“ hat Ende April zwei Projekte der Betriebskrankenkassen vorgestellt, die Versorgung zu den Versicherten auf dem Land bringen. **Seite 44**



DIGITALPOLITIK

DIGITALE SOFORTHILFE

Von Selvi Ceyhan, Sarah Kramer

Genesung via Computer und App: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen Versicherte bei der Bekämpfung von Krankheiten unterstützen. Knapp anderthalb Jahre nach ihrer Einführung sind beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 30 solcher virtuellen Gesundheitsprogramme gelistet, die die Krankenkassen erstatten. Unsere Referentinnen Selvi Ceyhan und Sarah Kramer haben die DiGA M-sense Migräne und die DiGA HelloBetter Stress und Burn-out getestet.



© The Good Brigade/DigitalVision/Getty Images

Sarah Kramer

Selvi, als wir uns neulich treffen wollten, musstest du die Verabredung leider kurzfristig absagen. Du hattest wieder mal eine schlimme Migräne-Attacke. Wie geht es dir im Moment gesundheitlich?

Selvi Ceyhan

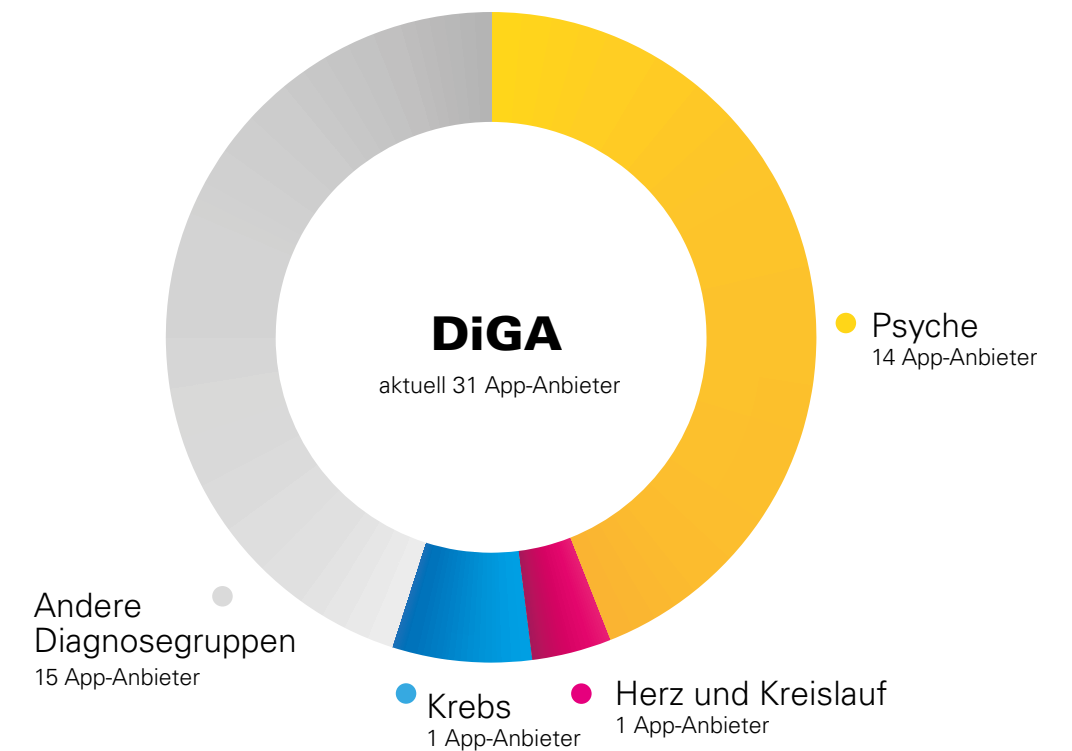
Heute schwebt glücklicherweise keine Wolke über meinem Kopf. Vielleicht wird das auch begünstigt durch die vergleichsweise wenigen Videokonferenzen, die gerade beruflich anstehen. Das verschafft mir ein wenig Luft zum Atmen. Zudem lege ich immer wieder eine Entspannungssequenz ein, an die mich meine DiGA M-sense Migräne erinnert.

Sarah Kramer

Wie bist du darauf gekommen, ein virtuelles Programm deine schon langanhaltenden, immer wiederkehrenden Kopfschmerzen einzusetzen?

Selvi Ceyhan

Als Referentin für Digitale Transformation bin ich seit dem Start der Umsetzung der DiGA im Frühjahr 2020 beruflich mit diesem Novum der digitalen Versorgung konfrontiert. Bisher nur aus der Perspektive, die DiGA auf die Straße und in die Versorgung zu bringen. Unabhängig davon bin ich aber auch ich eine Patientin und selber von Migräne betroffen.



DiGA-VERZEICHNIS

Quelle zur Grafik: DiGA-Verzeichnis, Stand 10.5.2022

Die DiGA M-sense war in der Zeit, als der Magazin-Artikel erstellt wurde, im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet. Mit der Streichung der DiGA am 04.04.2022 steht diese nicht mehr als eine erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung.

Sarah Kramer

Wie lange leidest du schon darunter?

Selvi Ceyhan

Migräne begleitet mich seit meiner Jugend. Die ersten Erfahrungen damit machte ich bereits in der 7. Klasse. Meine Sitznachbarin in der Schule benutzte damals ein schweres Parfum. Der Geruch führte bei mir oft dazu, dass ich Tränen in einem Auge hatte und schlecht sah. Ich mied dann Licht und Lärm und musste mich abends mit einem pochenden Kopf früh schlafen legen.

Sarah Kramer

Was hast du bislang gegen deine Migräne unternommen?

Selvi Ceyhan

Meine Mutter hat schon früh erkannt, dass ich Migräne haben könnte - sie litt selbst darunter. Fortan war sie meine Anlaufstelle. Irgendwann reichte dies jedoch nicht mehr aus, so dass ich ein Migräne-Patienten-Seminar in Anspruch nahm. Dort lernte ich unter ärztlicher Begleitung unter anderem, ob und wann der Einsatz von Schmerzmitteln sinnvoll ist. Auch profitierte ich von den Erfahrungen der Teilnehmenden, die mir über ihre Bewältigungsstrategien bei einer akuten Migräne-Attacke berichteten. Zu diesem Zeitpunkt stellte uns der begleitende Arzt die aktuellsten Studien und Leitlinien der Fachgesellschaften zur Behandlung dieser Erkrankung vor. Insofern würde ich mich als erfahrene Migränikerin einschätzen.

Sarah Kramer

Seit einigen Wochen benutzt du M-sense. Welche Funktionen bietet diese DiGA?

Selvi Ceyhan

Sie beinhaltet ein digitales Kopfschmerztagebuch. Dieses schlägt einem bestimmte Lebensstilfaktoren vor, die eine Migräne beeinflussen können. Ich kann auswählen, welche Faktoren ich beobachten möchte. Unter dem Punkt "Energie" kann ich beispielsweise nachvollziehen, wie hoch mein Stresspegel ist. Die Übersicht, die ich durch dieses Monitoring erhalte, erleichtert mein Triggermanagement.

Sarah Kramer

Was bedeutet Triggermanagement?

Selvi Ceyhan

Bei einer Migräne ist es wichtig, seine individuellen Auslöser, die Trigger, zu kennen. So können Patienten diese meiden und präventiv dagegen vorgehen, zum Beispiel bei Müdigkeit für ausreichend Schlaf sorgen. Aber auch langfristig ist es gut, über die Erkrankung informiert zu sein und Methoden zur Behandlung zu kennen. M-Sense zeigt mir etwa vorbeugende Therapiemethoden. Mir waren vor allem physiotherapeutische Übungen neu, die bei einer akuten Migräne-Attacke helfen. Die wende ich nun regelmäßig an.

Sarah Kramer

Akutbehandlung ist ein gutes Stichwort. Darum geht es auch in meiner DiGA Hello-Better Stress und Burnout. Sie hilft mir dabei, aktuelle Probleme und Stressauslöser zu erkennen, zu benennen und Lösungsstrategien dagegen zu entwickeln. Zudem liefert das Programm allerlei Wissenswertes rund ums Thema Stress und verschiedene Entspannungsmethoden.

Selvi Ceyhan

Welche zum Beispiel?

Sarah Kramer

Gerade habe ich gelernt, wie progressive Muskelentspannung nach Edmund Jacobsen funktioniert. Diese Technik kannte ich bisher noch nicht. In der Übung spannst du 15 Minuten bestimmte Körperteile an und lässt sie wieder locker. Gar nicht so einfach, denn du darfst das Atmen dabei nicht vergessen! Ich habe gemerkt, dass ich beim Anspannen immer die Luft anhalte. Meine Lieblingsübung ist allerdings die Wunderfrage.

Selvi Ceyhan

Was ist das denn?

Sarah Kramer

Bei der Wunderfrage geht es darum, wie dein Leben in Zukunft aussehen soll. Du führst dir ein konkretes Problem vor Augen, das dich seit längerem belastet. Dann stellst du dir vor, wie es wäre, wenn dieses Problem über Nacht einfach verschwunden ist. Wie würdest du dich dann fühlen? Wer würde zuerst bemerken, dass es dir besser geht? Zum Schluss der Übung formulierst du ein konkretes Ziel, das du erreichen möchtest und schreibst es auf.

Selvi Ceyhan

Die Wunderfrage habe ich mir noch nie gestellt. Die werde ich auch mal ausprobieren. Wie kommen denn die Übungen zu dir, läuft das alles über eine App?

Sarah Kramer

Du kannst HelloBetter per App auf dem Handy, aber auch über die bereits erwähnte Plattform auf dem Tablet oder dem Computer nutzen. Die DiGA ist in acht multimediale Einheiten gegliedert, die aufeinander aufbauen. Ein Teil beschäftigt sich zum Beispiel mit den eigenen Kraftquellen, ein anderer mit verschiedenen Stressoren, die auf den Menschen einwirken. Nach jedem Abschnitt gibt es Feedback von meinem persönlichen Coach, einem Psychologen.

Selvi Ceyhan

Das ist super, dieser Part fehlt bei M-sense. Ich muss mich selber motivieren und auch dranbleiben. Das gestaltet sich manchmal im Alltag schwierig. Ich habe zwar die Erinnerungsfunktion für Entspannungsübungen eingestellt. Bin ich jedoch zu dieser bestimmten Uhrzeit zeitlich nicht in der Lage, geht das unter. Eine Erinnerungsfunktion kann meiner Meinung nach einen persönlichen Motivator aber nicht ersetzen. Eine persönliche Unterstützung, um das Gelernte nachhaltig in den Alltag zu integrieren, ist für mich ein Gewinn. Wie gestaltet sich der Austausch mit deinem Coach? Welches Feedback gibt er dir?

Sarah Kramer

Er hat gleich zu Beginn des Programms Kontakt mit mir aufgenommen. Wir kommunizieren per E-Mail und haben einmal auch telefoniert. Das ist eine prima Motivation zum Weitermachen. Ich bekomme Lob für das Geschaffte oder aufmunternde Worte, wenn es mal nicht so gut läuft. Der Coach gibt mir Tipps für die Umsetzung bestimmter Zielsetzungen und fragt nach, ob und wie gut ich etwa die vermittelten Strategien zur Stressbewältigung auch im Alltag umsetzen kann.

Jetzt haben wir viel über die Inhalte unserer DiGA gesprochen. Welchen Weg bist du gegangen, um M-Sense nutzen zu können?

Selvi Ceyhan

Das war ziemlich einfach. Ich habe die App meiner Krankenkasse geöffnet und dort auf den Button DiGA geklickt. Ein weiterer Klick, und der Antrag bei der Online-Geschäftsstelle war gestellt. Innerhalb von drei Tagen erhielt ich einen Brief mit einem Freischaltcode. Meine Krankenkasse gab mir in dem Brief eine verständliche Anleitung zum Download der DiGA. Der Download der App sowie der Registrierungsprozess dauerten keine fünf Minuten. Und schon konnte ich loslegen.

Sarah Kramer

Über welchen Zeitraum können Versicherte ihre DiGA nutzen?

Selvi Ceyhan

Ich verwende M-Sense seit nunmehr 72 Tagen, 18 Tage kann ich sie noch nutzen. Orientiert man sich an den Informationen des DiGA-Verzeichnisses beim BfArM, gibt es die feste Vorgabe von 90 Tagen. Die weitere Nutzung ist abhängig von der jeweiligen DiGA. M-Sense zum Beispiel endet strikt nach 90 Tagen, eine weitere Nutzung ist dann ohne eine aktive Verlängerung nicht mehr möglich.

Sarah Kramer

Bei meiner DiGA habe ich nach Ablauf der 90 Tage immer noch Zugriff auf die Plattform und kann insgesamt ein Jahr nach Aktivierung des Zugangscodes auf abgeschlossene Kurseinheiten und weitere Funktionen zugreifen. Sollte ich mehr Zeit benötigen, um den Kurs abzuschließen, kann ich mir alternativ auch ein neues Rezept von der Ärztin geben lassen.

Selvi Ceyhan

Wie bist du auf darauf gekommen, eine DiGA gegen Stress auszuprobieren?

Sarah Kramer

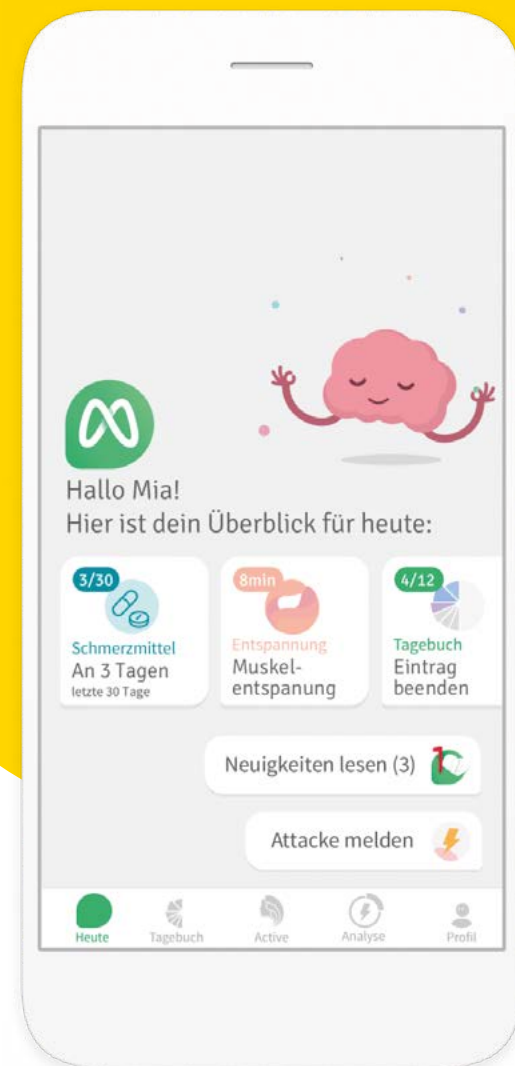
Als Referentin für Kommunikation arbeite ich grundsätzlich in einem schnelllebigen beruflichen Umfeld. Durch die Corona-Pandemie haben sich sowohl die beruflichen Aufgaben als auch die privaten Verpflichtungen verdichtet mit wenig Zeitfenstern für Erholung und Entspannung. Ich befand mich in einer Dauerschleife zwischen Homeoffice, Haushalt und Homeschooling. Das war kräftezehrend. Meine Hausärztin legte mir nahe, nach einer langfristigen Strategie zum Stressabbau zu suchen. Wie war es bei dir?

Selvi Ceyhan

Auch bei mir hat die Pandemie im Beruf und auch im privaten Umfeld eine unvorhergesehene Dynamik entwickelt. Vor Corona haben wir in Gremiensitzungen ausführlicher diskutieren können. Entscheidungen basierten auf einer fundierteren Basis. Die Arbeit im Homeoffice führte zu einer immer dichteren Abfolge von Videokonferenzen. Dadurch ist die Erwartungshaltung entstanden, Entscheidungen unheimlich schnell zu treffen. Im Gegensatz dazu erlebte ich im Privatleben eine Entschleunigung. Vor der Pandemie habe ich Kraft aus sozialen Kontakten und durch Impulse meiner Außenwelt geschöpft. Plötzlich fiel dies weg, so dass ich zum Beispiel über bisher getroffene Entscheidungen sowie Gedanken über meine zukünftige Ausrichtung mehr grübelte. Das war nicht wirklich förderlich für die Migräne. Was hat deine DiGA dir gebracht?

Sarah Kramer

Meine digitale Gesundheitsanwendung ist zwar noch nicht abgeschlossen, aber ich kann jetzt schon sagen, dass sie mir hilft und neue Impulse und Herangehensweisen liefert im Kampf gegen Stress. Das Programm zerlegt den Komplex Stress quasi in kleinere, überschaubare Teilaspekte, für die es in den meisten Fällen auch Lösungen gibt. Allein das empfinde ich als Entlastung. Auch die Erinnerung an die eigenen Ressourcen gefällt mir sehr gut. (Ich neige in manchen Situationen dazu, meine Kraftquellen außen vor zu lassen.) Wie hast du von M-sense profitiert?



Apps im BfArM Erprobungsjahr

Ist eine App untauglich, wenn eine Studie Evidenz nicht nachweist? Die DiGA M-sense war in der Zeit, als der Magazin-Artikel erstellt wurde, im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet. Offiziell ist die Migräne-App seit dem 4. April 2022 auf Antrag des Herstellers gestrichen. Damit steht die App nicht mehr als eine erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Immerhin haben die Kassen insgesamt mehr als eine Million Euro für die App erstattet. Eine der meist genutzten Migräne Apps hat das DiGA-Verfahren also verlassen, obwohl Patienten aber auch Ärztinnen und Ärzte deren Wert als Unterstützung der Therapie mit dem Smartphone sehen. Dies ist eindrucksvoll belegt durch die höchste Wiederverschreibungsrate unter allen DiGAs. Grund für den Rückzug aus der Verschreibung auf Rezept sind die Ergebnisse der klinischen Studie EMMA, die 2021 gemeinsam mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin gestartet wurde (Effectiveness der M-sense Migräne App). Diese Studie zeigt, dass sowohl bei Nutzung von „M-sense Migräne“ als auch bei der

Nutzung der Kontroll-App mit weit geringerem Funktionsumfang Kopfschmerzen und Migräne-Attacken gleichermaßen abnehmen. Im Grunde ist nach dieser Studie eine sehr weit reduzierte digitale Tagebuchfunktion ebenso erfolgreich: Allein das Führen des Kopfschmerz-Tagebuches, mit denen Patientinnen und Patienten mögliche Trigger ihrer Kopfschmerzen identifizieren können, zeigt Wirkung. Die weiteren Funktionen der App im Therapiemodul, das die Betroffenen bei der Planung und Durchführung von Entspannungsverfahren und Ausdauersport unterstützt, hatten demnach kaum eine Chance, in der Studie einen Zusatznutzen zu belegen. Die beiden Gründer von M-sense, CEO Dr. Markus Dahlem und CTO Martin Lysk wollen die Unterstützung der personalisierten Migräne-Therapie mit dem Smartphone weiterentwickeln.

APPS AUS DEM ARTIKEL



M-SENSE

www.m-sense.de



**HELLO BETTER
STRESS & BUNROUT**

www.hellobetter.de

Selvi Ceyhan

Die DiGA hat mir in erster Linie die Augen geöffnet über Bewältigungsstrategien, die mir so nicht bewusst waren. Die Visualisierung, dass ich in einer akuten Migräne-Attacke zu schnell Schmerzmittel einnehme, animierte mich alternative Möglichkeiten der Migräneprophylaxe auszuprobieren. Jetzt nutze ich verstärkt nicht nicht-medikamentösen Techniken, sondern die empfohlenen Entspannungsverfahren und die Triggerpunkttherapie. Außerdem hat mich meine DiGA zu langfristigen Maßnahmen, wie beispielsweise Ausdauersport, angespornt. Seit neustem gehe ich wieder joggen.

Was hat sich denn für dich verändert durch HelloBetter Stress und Burnout?

Sarah Kramer

Die DiGA bietet mir langfristig aber auch bei akutem Unterstützungsbedarf niedrigschwellige Hilfe zur Selbsthilfe. Durch die persönliche Komponente in dem Programm fühle ich mich gut aufgehoben. Diese Zuwendung übernehmen in Fällen wie meinem in der Regel niedergelassene Psychotherapierende. In den Praxen gibt es aber zum Teil monatelange Wartezeiten – und es vergeht noch einmal Zeit, bis ein Vertrauensverhältnis aufgebaut ist. Eine DiGA kann schnell eine Brücke zu den Patienten bauen.

Bislang nutzen noch vergleichsweise wenige Menschen eine DiGA, die beim BfArM gelistet ist. Diese machen derzeit laut dem Berliner Unternehmen EPatient Analytics nur 1,6 Prozent des Marktes für digitale Gesundheitsanwendungen aus. Was würde in deinen Augen die DiGA zu einem Erfolgsmodell in der Versorgung machen?

Selvi Ceyhan

Betrachten wir nur unsere eigenen Erfahrungen, können wir einige Rückschlüsse ziehen. Wenn eine DiGA den Nutzern einen spürbaren Mehrwert bietet, werden die Patientinnen und Patienten sie als einen erfolgreichen Teil der Versorgung akzeptieren. In deinem Fall hat die DiGA HelloBetter Stress und Burnout ganz konkret eine Versorgungslücke geschlossen. Du wurdest niedrigschwellig, zeitnah und individuell unterstützt. Außerdem gibt es meines Erachtens einen weiteren wesentlichen Erfolgsfaktor: Die DiGA muss in die bestehende Behandlung integriert sein. Deine Ärztin hat dir die DiGA verschrieben. Insofern erfolgt die Beurteilung, wie sich die DiGA auf deinen Gesundheitszustand ausgewirkt hat, in Rückkoppelung mit deiner Ärztin.

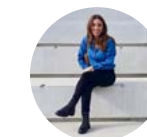
Sarah Kramer

Bei welchen Punkten ist bei digitalen Gesundheitsanwendungen noch Luft nach oben?

Selvi Ceyhan

Meine DiGA habe ich eigeninitiativ, ohne Rücksprache mit meiner Ärztin, genutzt. Es obliegt meiner Entscheidung, ob ich meine Ärztin davon in Kenntnis setze.

Eine ärztliche Begleitung ermöglicht aber eine fachliche Einschätzung und ist nach meinem Dafürhalten unerlässlich. Eine DiGA ist als eine digitale Hilfe zur Selbsthilfe, jedoch nicht als eine eigenständige und ausschließliche Behandlung zu verstehen. Insofern ist ein positiver Versorgungseffekt lediglich durch die Nutzung der DiGA nicht zwangsläufig zu erreichen. Eine optimale Gesundheitsversorgung beinhaltet die multimodale Behandlung. Außerdem hängt der Erfolg wie so oft von der Zusammenarbeit aller Beteiligten wie beispielsweise dem Patienten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen ab. Wir sollten dahinkommen, sie alle miteinander zu vernetzen. Digitale Gesundheitsanwendungen bieten hierfür gute Ansätze. Auch die Möglichkeit, DiGA-Daten perspektivisch in die elektronische Patientenakte einspielen zu können, würde dies erleichtern. Der Austausch könnte langfristig zu einer individuelleren, maßgeschneiderten Gesundheitsversorgung führen. ■



Selvi Ceyhan
@SelviCeyhan



Sarah Kramer
@Sarah.Kramer@bkk-dv.de



HEALTH INNOVATION HUB

DIGITALE TRANSFORMATION MUSS GESTALTET WERDEN

Interview Prof. Jörg Debatin

Das deutsche Gesundheitssystem wird zukunftsfähig sein, wenn es die Potentiale der Digitalisierung zum Wohle der Patienten erschließt. Was geschieht, wenn wir in zwei Jahren zum Arzt gehen? Blättert er durch einen Stapel Karteikarten und sucht darin ein Blutbild? Oder greift er digital auf die Patientenakte zu – und hat alle Befunde, alle Untersuchungen auf einen Blick parat? Stellt er ein Rezept auf Papier aus? Oder ein elektronisches Rezept? Das deutsche Gesundheitssystem wird durch den raschen und radikalen Wandel der digitalen Kommunikation sein Beharrungsvermögen einbüßen. Schnell. Unumkehrbar. Wir werden die Zerschlagung von Wertschöpfungsketten und lukrativen Geschäftsmodellen sehen, weil die Handelnden im Gesundheitssystem völlig neue Rollen einnehmen, blitzschnell Wissen neu organisieren und neue Wertschöpfungsnetzwerke erschaffen. Mit Daten Gesundheit verbessern, Krankheitsverläufe exakt analysieren, bessere Therapiewege finden, schneller bessere Expertise an Patienten heranzuführen – welche Impulse konnte der Health Innovation Hub im Bundesgesundheitsministerium setzen, der planmäßig zum Jahresende 2021 seine Arbeit beendet hat? Wir konnten darüber mit dem Chef sprechen: Professor Jörg Debatin.

Herr Professor Debatin, wir haben den Hub als besondere Schnittstelle erlebt, als Türöffner, mit einem Team, das spannende Horizonte gezeigt hat, wohin es gehen kann in einem digitalen Gesundheitssystem. Welche selbstgesetzten Ziele haben Sie erreicht?

» Zunächst vielen Dank für diese freundliche Zusammenfassung unseres Wirkens. Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern Mittel für eine bessere Gesundheitsversorgung. Dafür muss Digitalisierung bei den Menschen ankommen und sie muss so funktionieren, wie die Menschen das wollen. In den Dienst dieser Erwartungen müssen wir uns alle stellen: Das gilt für Ärztinnen und Ärzte genauso wie für alle anderen Therapeuten, das gilt für Krankenkassen und auch für die Politik. Insofern bin ich immer ein wenig verwundert, wenn etwa die Vertreterversammlung der niedergelassenen Ärzte Nabelschau betreibt und darüber klagt, wie schlimm es den Kassenärzten mit der Digitalisierung geht. Wir ertragen doch Digitalisierung nicht, sondern wir müssen sie gestalten im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Alle Befragungen zeigen, dass die Menschen erwarten, dass wir digitale Technologien im Gesundheitswesen zu ihrem Wohle einsetzen. Die Akzeptanz ist doch auch überwältigend: Denken Sie an die Telesprechstunde oder auch die Corona-Warn-App. Die Deutschen sind während der Pandemie in ferne Länder gereist und haben es als selbstverständlich empfunden, dass die Corona-Warn-App international akzeptiert wurde und verifiziert werden konnte. Es gibt eine Akzeptanz für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn diese leicht nutzbar sind.

Nun stehen wir in der klassischen Gesundheitsversorgung vor der Einführung von drei großen Anwendungen: Die elektronische Patientenakte, das digitale Rezept und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Der Gesetzgeber hat hier seine regulatorischen Hausaufgaben gemacht. Wir wissen, wie es gehen sollte, aber jetzt knirscht es an der Umsetzung. Es ist zu kurz gesprungen,

zu sagen, das liegt an der Politik, denn die hat Ihre Arbeit gemacht. Wir brauchen jetzt ein Zusammenspiel von Gematik, der Industrie und den Leistungserbringern. Die müssen nun zusammenfinden und da empfehle ich mehr Kommunikation, mehr Austausch, um die für ein Industrieland wie Deutschland peinliche Umsetzungssituation nicht zu verlängern, daraus zu lernen, um die nächsten Schritte besser zu machen. Wenn wir wollen dass ePA, eRezept und eAU benutzt werden, muss der Nutzen für die Patienten erkennbar sein – aber eben auch für die Leistungserbringer darf der Einsatz nicht zu zusätzlichen Erschwernissen führen. Es muss einfacher werden, es muss schneller werden. Andererseits erwarte ich dann aber auch, dass sich bei der Umsetzung jeder einbringt. «

Wir haben einen digitalen Alltag. Alle. Nur im Gesundheitswesen sind wir davon abgeschottet. Die Pandemie hat den Umstieg der Patienten auf digitale Werkzeuge erleichtert. Wir mussten uns nicht mehr in ein Wartezimmer setzen, um eine Krankschreibung zu bekommen. Sogar die Türen für den Kontakt zum Arzt über Telemedizin waren überraschend weit offen. Vieles wird inzwischen selbstverständlich genutzt – aber am Ende einer großartigen Zeit des Health Innovation Hub hören wir von den Ärzten etwas von der digitalen Hast. Reden wir über das ungewöhnliche Experiment, externe Experten mit Erfahrung und Netzwerk zeitlich befristet an den Staat zu binden, ihr Fachwissen punktuell verfügbar zu machen und mit dem Health Innovation Hub einen Gravitationspunkt zu schaffen, an dem schnelle Köpfe und viel digitales Wissen zusammenkommen zur gemeinsamen Debatte über geeignete und schnelle Wege in die digitale Unterstützung der Versorgung. Hat das funktioniert? Haben diese dreieinhalb Jahre das gebracht, was Sie wollten – oder sehen Sie, dass die Kräfte der Beharrung in unserem Gesundheitssystem doch sehr, sehr stark sein können?

» Hätten Sie mich vor dreieinhalb Jahren gefragt: Sehen wir am Ende dieser Strecke ein Deutschland, das sich committed hat auf internationale Standards der Interoperabilität? Ich hätte geantwortet: Kann ich mir nicht vorstellen. Hätten Sie mich damals gefragt: Gibt es digitale Gesundheitsanwendungen, die App auf Rezept? Hätte ich mir kaum vorstellen können. Hätten Sie gefragt, wird es ein Datenforschungszentrum in Deutschland geben und die Möglichkeit, Daten auch zu spenden, wäre ich sehr skeptisch gewesen. Es sind sehr viele Dinge möglich geworden in diesen dreieinhalb Jahren. Das war engagierten Köpfen zu verdanken, Jens Spahn persönlich, aber auch seinem Gottfried Ludewig und Christian Klose. Wir konnten das ein Stück weit begleiten. Das war ein Experiment in der Struktur. Es spricht für den politischen Mut des Ministers zu sagen: „Das mache ich, auch wenn mir der Bundesrechnungshof hinterher womöglich auf die Finger klopft.“ Was hat also gut geklappt in dieser Struktur? Es war von vornherein klar, dass wir für die Zeit, auf die der HIH ausgelegt war, ausfinanziert sind. Ich musste also nirgendwo einen besonders positiven Eindruck hinterlassen, wir waren ausschließlich der Sache verpflichtet und haben uns dem Erfolg der digitalen Transformation verschrieben. Wir mussten uns nicht beliebt machen, in der Hoffnung, dass die Zeit nach der Wahl verlängert wird, denn es war klar, das wird nicht verlängert, egal wie die Wahl ausgeht. Das Zweite, das sehr besonders war, ist: Wir haben Leute auf Zeit aus ihren Berufen herausgeholt und dieses Wissen, die Erfahrung und die Netzwerke dem Staat zur Verfügung gestellt. Das halte ich für eine außerordentlich sinnvolle Übung. Wenn wir Bürger uns beklagen, dass der Staat einige Dinge nicht kann: Katastrophenhilfe nicht, Sirenen nicht, Abzug aus Afghanistan nicht, Digitalisierung nicht – dann werbe ich dafür, diese Struktur, diese Form der Interaktion von Wissensträgern und dem Staat auszuweiten. Deshalb werbe ich auch für eine Fortsetzung des HIH mit anderen Köpfen. Ich kann mir vorstellen, dass auch andere Ministerien eigene Themen mit vergleichbaren Konzepten begleiten können. «

Abseits der Arztpraxen sind digitale Helfer längst im Alltag der Patienten angekommen. Viele – auch Senioren – nutzen Smartphone-Apps, die ihnen helfen, ihren Blutdruck oder Zucker besser zu kontrollieren. Sie waren mit dem hih vom ersten Tag an ein Scharnier zwischen diesen ersten Schritten in einen digitalen Alltag in der Medizin und einer trägen Umsetzung weiterer Möglichkeiten im politischen Betrieb. Harte Arbeit, Kreativität und Motivation haben Ihr Team ausgezeichnet: Sie haben in kurzer Zeit unterschiedliche kreative Köpfe mit unterschiedlichster Expertise aus Unternehmen, Verbänden und auch junge Gründer gesammelt, um den Hub zu einem Gravitationspunkt für digitales Wissen zu machen. Was konnten Sie mit diesem Team leisten in Bezug auf Erkenntnisgewinn, schnellen Kontakt zur digitalen Realität und auch durch Alternativen für alte Rituale wie etwa parlamentarischen Anhörungen mit den üblichen politischen Deals, die dort stattfinden. Das hat ja oft weniger damit zu tun, sich schnell Rat zu holen oder eine Situation so zu erfassen, um schnell handeln zu können. Welche Methoden, welche Blaupausen, welche Netzwerke bleiben von der Arbeit des HIH und was taugt als Impuls für eine neue Generation und einen neuen Minister?

» Wenn wir wollen, dass ePA, eRezept und eAU benutzt werden, muss der Nutzen für die Patienten erkennbar sein. «

» Ich hatte die Gelegenheit, das unserem Bundeskanzler zu sagen, lange vor der Wahl und der Regierungsbildung und wir haben den Gedanken auch in die Parteien tragen können: Es reicht nicht aus, den Staat zu kritisieren. Der Staat sind wir alle und ich werbe dafür, sich in einer solchen Struktur wie dem Hub eine Zeitlang einzubringen. Es gehört auch Disruption dazu. Auch die Kraft zu hinterfragen, wieso machen wir ritualisierte Verbandsanhörungen, wenn sie in der Sache wenig bringen und kaum etwas verändern? Aber Disruption nutzt sich auch ab nach drei Jahren, deshalb ist es gut, in diesem Format mit neuen Köpfen anzutreten. Entweder zum gleichen Thema – oder man kann auf die Idee kommen, andere Themen voranzubringen: Nehmen wir das Thema molekulare Analytik. Wir alle wissen, dass wir uns mit dem Thema personalisierte Medizin intensiver beschäftigen müssen. Hier könnte eine Gruppe von Experten aus rechtlicher, medizinischer und unternehmerischer Perspektive gute Vorarbeit leisten, dem BMG Türen öffnen und Diskussionsgrundlagen schaffen. Aber es geht auch darum, die begonnenen Projekte wie die ePA jetzt in die Versorgung zu bringen und sich dafür etwas einfallen zu lassen. Da sehe ich auch

eine Aufgabe für die Industrie, die erkennen muss, dass die Praxisverwaltungssysteme, die heute im Umlauf sind, in der Regel veraltet sind. Da brauchen wir eine neue Architektur, modulare Strukturen mit offenen Schnittstellen, so dass wir schneller Innovationen ankoppeln können. Deshalb werben wir, weil das nicht ohne Schmerz für den niedergelassenen Arzt ausgehen kann, für ein Praxiszukunftsgesetz in Analogie zum Krankenhauszukunftsgesetz, um die Kosten der Umstellung auf ein neues System ein Stück weit staatlich abzufedern. Das ist eine der Lehren, die ich aus der nicht ganz einfachen Implementierung von eAU, eRezept und ePA ziehen würde. Daran müssen wir arbeiten. In den Arztpraxen ist die Binnendigitalisierung schon weit fortgeschritten, aber diese Systeme sind konzipiert, um die Praxisorganisation und eine Abrechnung zu gewährleisten. Sie sind nicht konzipiert, um medizinische Daten zu managen und sie sind schon gar nicht dafür konzipiert, die Praxis zu vernetzen. Wir müssen durch schnittstellenfähige Systeme dazu kommen, dass innovative Ärztinnen und Ärzte ihre Chance sehen und sich aktiv einbringen. Ich mache mir keine Sorgen, auch wenn die DiGA Verschreibungszahlen derzeit noch niedrig sind. In den nächsten fünf Jahren wird die App auf Rezept Teil der selbstverständlichen Versorgungsrealität sein, ebenso wie Medikamente. «



Prof. Jörg Debatin
@JFDebatin

EVIDENZBASIERTES WISSEN ZUM PFLEXIT

BAUSTELLE PFLEGEPERSONAL

Von Stefan B. Lummer

Ein Bedrohungsszenario der Pandemie für die medizinische Versorgung der Menschen ist ein sich rasch verschärfender Personalmangel in der Pflege. Deshalb hat auch ein berufspolitischer Kampfbegriff die ersten beiden Pandemiejahre begleitet: Der Pflexit – also das Phänomen, wonach Pflegepersonen ihrem Beruf den Rücken kehren bzw. ihre Anstellungen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Pflege in größerer Zahl kurzfristig aufgeben könnten. Welche Bedeutung hat diese Abstimmung der Pflegefachkräfte mit den Füßen für das Gesundheitssystem? Der BKK Dachverband hat sich dem Phänomen Pflexit wissenschaftlich genähert. Daniel Fuchs und Raphael Taufer haben in der Ausgabe 6 | 2021 dieses Magazins eine Literaturrecherche zum Begriff Pflexit gesichtet und skizziert, wie das BKK System evidenzbasiertes Wissen nutzen will. Jetzt haben die beiden Autoren die orientierende Literaturrecherche, die der BKK Dachverband in Auftrag gegeben hatte, in einem Artikel in GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK vorgestellt. Wir sehen hier einmal genauer hin, welche Schlussfolgerungen für pflege- und gesundheitspolitische Entscheidungen wir inzwischen aus dieser Diskussion ableiten können.



© David Sacks/DigitalVision/Getty Images

Zu Beginn der Pandemie hatte die Pflege die gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit, für die Pflegefachkräfte lange auf dem berufspolitischen Parkett gerungen hatten. Konnte dieses Zeitfenster, das sich mit dem Balkonapplaus nach den ersten Schreckensbildern aus Bergamo im Februar 2020 geöffnet hatte, genutzt werden? Wir erinnern uns: In den Wochen der ersten Corona-Welle 2020 war keine Region in Europa härter betroffen. Die Bilder von Militärlastwagen in Bergamo, die Särge von Verstorbenen transportieren, gingen um die Welt. Doch der Schrecken hat kein Handeln ausgelöst, das die Situation der Pflege hätte verbessern können. Dem Applaus und warmen Worten folgte ein lange

umstrittener Corona-Bonus: „Klatschen und Balkonbotschaften sind keine Antwort auf die Situation in der Pflege. Eine Studie zeigt, wie ernst die Lage in der Pandemie ist“, schrieb die ZEIT im Dezember 2020. Auch die anderen Leitmedien in Deutschland stimmten mit ein: Pflege am Limit. Das Kernproblem der Pflege in Krankenhäusern und Seniorenheimen bleibt der Personalmangel. In dem Bedrohungsszenario der gesamten Pandemiemonate hatte dann ein politischer Kampfbegriff Konjunktur, den wir aus der Brexit-Kampagne von Boris Johnson im Jahr 2016 geerbt haben – und der aus den sozialen Medien um das Jahr 2018 herum in erste wissenschaftliche Umfragen gelangte: der Pflexit.

Zum Ende des ersten Pandemiejahres im Dezember 2020 hatte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) die Aufmerksamkeit der Medien genutzt und Ergebnisse einer Umfrage vorgelegt: Ein Drittel der befragten Pflegenden erwäge, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Die Bundesagentur für Arbeit flankierte dies mit Zahlen, die zum Jahresende 2020 zeigten: Die Corona-Pandemie hatte den Beschäftigten der Kranken- und Altenpflege massiv zugesetzt. Steigende Arbeitsbelastungen und katastrophales Mismanagement bei den Schutzmaßnahmen quitierten damals viele Pflegefachkräfte mit einem Ausstieg aus dem Beruf. Rund 1,8 Millionen Menschen arbeiten in der Pflege – vor der Pandemie war die Zahl der Beschäftigten sowohl in der Alten- wie auch der Krankenpflege noch leicht gestiegen. Allein von Mai bis Ende Juli 2020 hatten dann rund 9000 Fachkräfte ihren Beruf verlassen. Die Pflegepolitikerin der Linken im Bundestag, Pia Zimmermann, griff sich diese Zahlen und warnte den damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, er müsse aufpassen, nicht als „Pflexit-Minister“ zu enden.

Zwei Jahre später, zu Beginn des dritten Pandemiejahres, kann der BKK Dachverband anhand einer Literaturrecherche nicht nur einen Korridor interessanter Fragen beschreiben,

Daniel Fuchs und Raphael Taufer sahen nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Begriff Pflexit auch den Anlass, weiteren Erkenntnisbedarf zu formulieren. Aber vor allem gelingt dem Autorenduo bereits ein guter Blick auf politische Handlungsfelder.

Der ist bedeutend, da die Pflege (und damit die Situation und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals) eines der prominenten Themen der Ampel-Koalition ist. Während der geplante Bonus im Zank des politischen Alltags verstorlert wurde, bleibt der Anspruch, die Arbeitsbedingungen „schnell und spürbar“ zu verbessern, unumstritten. Speziell in der stationären Langzeitpflege soll u.a. der Aufbau des Personalbemessungsverfahrens nunmehr beschleunigt werden, die Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege geschlossen und der Beruf finanziell durch Steuerbefreiungen aber vor allem durch erweiterte Kompetenzen deutlich attraktiver werden.

Der Artikel in GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK folgt im Wesentlichen den sieben Kernfragen, die wir bereits zum Jahresende in diesem Magazin veröffentlicht haben: In der Pandemie macht den gesundheitspolitischen Entscheidern

7 Fragen zum Pflexit

- 1** In welchen Bereichen der Pflege wirkt sich der Pflexit aus und wie?
- 2** Wie stellt sich die Flucht von Pflege(fach)personen aus ihrem Beruf im Vergleich zu anderen Branchen dar?
- 3** Wie viele Pflege(fach)personen haben tatsächlich ihren Beruf (bereits) verlassen?
- 4** Wie viele Pflege(fach)personen spielen mit dem Gedanken, aus dem Beruf auszusteigen?
- 5** Wie ist es um die Qualität der Daten bestellt?
- 6** Auf welchen Ebenen muss wie gehandelt werden, um dem Exodus der Pflege(fach)personen zu begegnen?
- 7** Last, but not least: Welche (wissenschaftlichen) Erkenntnisse fehlen?

die miserable Datenlage in Deutschland zu schaffen: Gesundheitsämter sind hoffnungslos unterdigitalisiert und mussten zuletzt großflächig die Nachverfolgung der Infektionszahlen mit der Omikron-Variante des Covid-Virus einfach aufgeben. Für die einrichtungsbezogene Impfpflicht, der derzeit auch die Pflegefachkräfte unterworfen werden, fehlt ein genauer Überblick, wer überhaupt welche Anzahl von Impfungen erhalten hat. Erst ein nationales Impfregister oder ein Konstrukt, mit dem man sich hilfsweise durch Einbeziehung der Gesetzlichen Krankenkassen nähert, wird wohl über den Erfolg der allgemeinen Impfpflicht entscheiden. Die notorische Datenuntererfassung erschwert auch erheblich politische Entscheidungen zur Pflege. Fuchs und Taufer schreiben im GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK Artikel: „Eine weitere Facette, zu welcher eine größere Transparenz hergestellt werden sollte und damit eine bedarfsgerechtere Steuerung der Versorgung ermöglicht würde, wäre die

ergänzende Erfassung der genauen Anzahl der professionellen Pflegepersonen – und zwar systematisch differenziert nach Setting, Grundqualifikation, Zusatzqualifikation und ggf. Studienabschluss – denn auch hierzu ist die Datenlage ausgesprochen dürftig.“

Verdienst des Artikels insgesamt ist, dass Daniel Fuchs und Raphael Taufer anhand der Literaturrecherche zum Pflexit zeigen, wie evidenzbasiertes Wissen pflegepolitisch nutzbar gemacht werden kann: Sie ordnen die Erkenntnisse thematisch ein und leiten auf dieser Grundlage hochinteressante Thesen und Schlussfolgerungen für pflege- und versorgungspolitische Entscheidungen ab. So zeigt das Kapitel zu den Gründen der Pflegefachpersonen für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf selbstverständlich die naheliegende Kernaussage: „Als Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg werden vor allem gesundheitliche



PFLEXIT: WAS KANN LITERATURRECHERCHE? UND WAS NICHT?

Eine orientierende Literaturrecherche hat ihre Grenzen, das Phänomen Pflexit wissenschaftlich zu erfassen. Daniel Fuchs und Raphael Tafer beschreiben diese Limitationen präzise. Konnte die vorhandene Literatur mit den genutzten Schlagworten vollständig erfasst werden? Ist es möglich, die dem Thema Pflexit zugeordnete Literatur vollständig zu untersuchen? Die aufgesammelte Literatur wurde nicht einer Qualitätsbeurteilung unterzogen und innerhalb der Literatur gefundene Primärquellen wurden nicht separat überprüft. Verwertbare wissenschaftliche Evidenz kann dennoch entstehen, aber eben unter diesem Vorbehalt. Wichtig für eine Diskussion, die wir mit der Pflegeforschung führen wollen, sind diese Eckpfeiler: „Bei einigen Beiträgen wurden Pflegenden aus diversen Handlungsfeldern der Pflege gemeinsam untersucht und es beziehen sich nicht alle Ergebnisse ausschließlich auf die stationäre und ambulante Alten- und Langzeitpflege. Zudem lag bei vielen Beiträgen eine fehlende Differenzierung der Ergebnisse zwischen Fachpflegekräften und Pflegehilfskräften vor.“



LITERATURRECHERCHE ZUM PFLEXIT
BKK Magazin 1.2022

Belastungen beschrieben.“ Doch die beiden Autoren öffnen den Blick nicht nur auf die erste Ebene des Verzichts von modernen Human Resource Management Werkzeugen in der Pflege: „Ebenso signifikant auf die Entscheidung eines vorzeitigen Ausstiegs wirken sich ein schlecht empfundener Gesundheitszustand, eine geringe Unterstützung durch Vorgesetzte und eine nicht angemessene Bezahlung aus. Auch das selbsteingeschätzte Burnout-Risiko hat maßgeblichen Einfluss auf die Vorstellung den Pflegeberuf zu verlassen.“ Die Jahrzehnte geübte Praxis, in Krankenhäusern und Pflegeheimen, Pflegefachpersonen nicht verlässlichen Dienstplänen auszusetzen, sie als Einsparpotenzial zu verstehen und so die Last auf verbliebene Kolleginnen zu erhöhen, hat auf einer weiteren Ebene ernstzunehmende Folgen. Fuchs und Tafer schreiben: „Hinzu kommt, dass stark motivierte und gut gebildete Pflegekräfte besonders sensibel auf die Implementierung betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien reagieren.“

Eine Erkenntnis dieser Argumentation ist: Pflegepolitik scheitert oder gelingt mit der Bereitschaft, Pflegefachkräfte nicht mehr länger mit Managementmethoden der 1980er zu maltrahieren. Zufriedenheit mit der Arbeitsorganisation,

LITERATURHINWEIS

Tafer, Raphael; Fuchs, Daniel (2022):
**Der „Pflexit“ – eine Exploration von Begriff,
Lage und Gründen.**

In: Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S),
Jahrgang 76 (2022), Heft 1, S. 30-37.

Betriebliches Gesundheitsmanagement, Prävention und altersgerechtes Arbeiten sind ein Handlungsfeld um Expertise und Motivation im Betrieb zu halten. Insbesondere akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen benötigen darüber hinaus weitaus größere fachliche Handlungsspielräume und berufliche Aufstiegs-Chancen. Das Versäumnis, die im internationalen Vergleich noch immer zu wenigen Nurses mit Studienabschluss in den Stellenplänen der jeweiligen Arbeitgeber zu spiegeln, ist eine entscheidende Fehlsteuerung: Dies berührt ein markantes Schlüsselbedürfnis des Berufsstandes. Fuchs und Tafer widmen den Ressourcen und Potenzialen des Pflegeberufs ein eigenes Kapitel: Hier verstehen wir rasch, welche Goldmine durch Verzicht auf vernünftiges Personal-Management in Kliniken und Pflegeheimen rücksichtslos abgegraben wird. Beispiel Altenpflege: „92,4 Prozent der Befragten empfinden die (Pflege-) Arbeit als sinngebend und 79,1 Prozent arbeiten mit Stolz in der Altenpflege. Hieraus resultiert eine grundsätzlich hohe Leistungsbereitschaft.“ Das Autorenduo Fuchs/Tafer zählt auf, worauf es ankommt: faires und authentisches Management, Unterstützung durch Vorgesetzte, inspirierendes, individuelles, vorbildhaftes und intellektuell anregendes Führungsverhalten. ■

BROWN-BAG-STUDIENREISE 2021

INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS LEITBILD

Ellen Kexel, Referentin Krankenhaus, BKK Dachverband e. V.,
Janina Waßmuth, Referentin Versorgung, GWQ ServicePlus AG,
Ulrike Geißler, Teamleiterin Forschung & Entwicklung, spectrumK GmbH

Der Gedanke der Integrierten Versorgung stand im Mittelpunkt unserer Studienreise. Zweieinhalb Tage in vier niederländischen Städten mit 13 Vorträgen gaben uns viele Möglichkeiten zum intensiven Netzwerken. Die Brown-Bag-Studienreise des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC) im Oktober 2021 hat 22 begeisterte junge Menschen aus dem Gesundheitswesen zusammengebracht. Daraus ergab sich ein interdisziplinärer Austausch mit einer Vielzahl an Informationen, Anregungen und spannenden Gesprächen – alles unter dem Leitbild der Integrierten Versorgung. Kennengelernt in Amsterdam und in der BKK-Welt zu Hause, wollen wir den Bogen schlagen zum Krankenkassenumfeld und von unseren Erkenntnissen berichten.



Der Input war vielfältig: Im Rahmen der Dinner Speech von Prof. Dr. Niek Klazinga haben wir gelernt, dass es in den Niederlanden keine niedergelassenen Fachärzte gibt. Auf dem Philips High Tech Campus in Eindhoven stellten wir im Design Thinking Workshop fest, dass im Gesundheitswesen ein Kulturwandel notwendig ist. Das Bernhoven Krankenhaus als Best-Practice-Beispiel hat diesen Wandel auf beeindruckende Art und Weise gemeistert. Mit der digitalen Plattform ‚Fit4Surgery‘ wird der Nutzen der Prähabilitation wissenschaftlich belegt, indem Patientinnen und Patienten vor einer Operation durch ein Programm fit gemacht werden, um schneller zu genesen. Bei Vilans in Utrecht erfuhren wir, dass die Definition von Gesundheit seit 1948 nicht mehr angepasst wurde und ein Update braucht, wofür das Konzept ‚Positive Health‘ einen spannenden Ansatz bietet. Technologien wie ein Hüftairbag, Coaching per App und Wearables zu Ernährung und Bewegung stärken die Unabhängigkeit und Resilienz von Seniorinnen und Senioren. Eine weitere Besonderheit in den Niederlanden sind

» Integrated-Care-Modelle funktionieren bisher meist nur im Kleinen, es gibt viele regionale und lokale Beispiele, aber kaum bis gar keine System-Level-Ansätze«

Ass. Prof. Dr. K. Viktoria Stein, Leiden University Medical Centre. Wie der Ansatz der Integrierten Versorgung auf regionaler Ebene im Krankenhausumfeld gelingen kann, zeigt das Beispiel Bemhoven.

Bürgerinitiativen, wie z. B. Nachbarschaftsteams, die in einem generationenübergreifenden Netzwerk zur Integrierten Versorgung beitragen. Das ‚Huis van de Tijd‘ setzt wirkungsvolle neue Ansätze zur Integration und damit zu einer Verbesserung des Umgangs mit Demenzerkrankten um.

MIT DESIGN THINKING ZU MENSCHENZENTRIERTEN INNOVATIONEN

Die Methode des Design Thinking hat uns auf der Reise beeindruckt. Daher haben wir sie für das Verfassen dieses Beitrages direkt angewandt. Wir rufen dazu auf, sich verstärkt mit dieser Methodik zu beschäftigen, sie im Arbeitsalltag einzusetzen und auszuprobieren. Denn innovatives Denken wird in Deutschland insbesondere für die Entwicklung und Umsetzung von Integrierter Versorgung benötigt. Welches Potenzial kann die Methode im Krankenkassenumfeld bieten?

Design Thinking ist eine systematische Herangehensweise an komplexe Problemstellungen, die sich iterativ an Nutzerwünschen und -bedürfnissen orientiert. Aus der Perspektive von Nutzen, Umsetzbarkeit und Marktfähigkeit bringt sie Innovation hervor. Die Methode besteht aus sechs Phasen: Verstehen, Beobachten, Synthese definieren, Ideen finden, Prototypen entwickeln und Testen. Philips hat diesen Ansatz ‚Cocreate‘ genannt und für sich in die vier Phasen Entdecken, Rahmen, Idee und Bauen weiterentwickelt. Für die zukünftige Arbeit im Gesundheitswesen ist folgender Kerngedanke besonders wichtig: die Lösungsfindung aus der Perspektive der Kundinnen und Kunden heraus zu entwickeln. Gemeinsam mit ihnen muss man ein Verständnis für die Herausforderung erarbeiten, indem sektorenübergreifend gearbeitet und Silodenken abgebaut wird. Mit den Erkenntnissen können innovative Lösungen, neue Ideen und Prototypen hervorgebracht werden.

Anwendung kann die Methode z. B. bei der Entwicklung bzw. Beschaffung neuer digitaler Tools und Dienstleistungen oder bei Prozessanalysen finden - prinzipiell für jede Herausforderung mit mehreren Stakeholdern, die einen umsetzbaren Plan benötigt. Sie kann in kleinem Rahmen beispielsweise innerhalb von Organisationen in Workshops oder auch im größeren Maßstab bei Hackathons oder Connectathons angewendet werden.

RICHTIGE VERSORGUNG, ZUR RICHTIGEN ZEIT, AM RICHTIGEN ORT DURCH GEEIGNETE LEISTUNGSERBRINGER

Integrierte Versorgung lautete die Überschrift der Studienreise. Doch was genau ist unter Integrierter Versorgung überhaupt zu verstehen? Wir haben schnell erkannt, dass es nicht die eine Definition und nicht das eine vollumfängliche konzeptionelle Verständnis Integrierter Versorgung gibt. Neben den in der Literatur unzählig zu findenden Theorien und Modellen, kommt es aus unserer Sicht vor allem auf die Elemente und deren Umsetzung an, die Integrierte Versorgung ausmachen. Ziel einer Integrierten Versorgung ist die bessere Zusammenarbeit und Information aller, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit der Patientinnen und nicht die Optimierung der Versorgungsstrukturen an sich.

ONE PERSON SUPPORTED BY PEOPLE ACTING AS ONE TEAM FROM ORGANISATIONS BEHAVING AS ONE SYSTEM

Der Ansatz klang für uns erst einmal plausibel. Aber warum ist es so schwierig, von einem fragmentierten zu einem integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsmodell zu

gelangen, in dem die Patientinnen und Patienten und ihr soziales Umfeld im Mittelpunkt stehen? Vier Bausteine, die uns auf der Studienreise beim Kennenlernen der unterschiedlichen Fallbeispiele immer wieder begegneten, sind dabei aus unserer Sicht entscheidend, um das so oft verwendete Schlagwort Integrierte Versorgung auch wirklich zum Leben zu erwecken:

1 Kommunikation: Integrierte Versorgung ist vor allem eine Frage der offenen Kommunikation und des Vertrauens. Kommunikation muss effizient zwischen den Leistungserbringern sowie empathisch und zugewandt den Menschen gegenüber erfolgen.

2 Leadership und Kompetenzen: Integrierte Versorgungsmodelle leben von Menschen, die eine Vision und die Fähigkeit haben, Veränderungen anzustoßen, andere zu inspirieren und mitzureißen. Daneben braucht es aber auch Managerinnen und Manager, die professionelles Wissen und Verständnis über das gesamte Gesundheits- und Sozialsystem mitbringen. Gefragt sind Fähigkeiten, wie Kommunikations- und Teamfähigkeit, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien eingehen zu können, aber auch diese zu bestärken, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und sich um die eigene Gesundheit zu kümmern.

3 Kulturwandel: Innovative Versorgungsansätze wie das Beispiel der Integrierten Versorgung können in der Praxis nur gelingen, wenn es zu einem echten Kulturwandel kommt und die Bereitschaft auf institutioneller und individueller Ebene vorhanden ist, Lern- und Entwicklungsprozesse mitzugehen und aktiv mitzugestalten. Die Menschen müssen und wollen mitgenommen werden. Grundlage dafür sind gemeinsame Werte und eine gemeinsame Vision.

4 Digitalisierung: Eine sektorenübergreifende Integrierte Versorgung steht und fällt mit der Digitalisierung. Eine kooperative Zusammenarbeit ist nur möglich durch die Gewährleistung von Interoperabilität. Es muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen IT-Lösungen der am Behandlungspfad Beteiligten einrichtungs- und sektorenübergreifend kommunizieren können. Die erhobenen medizinischen Daten müssen qualitativ hochwertig und für alle auf Knopfdruck verfügbar sein. Nicht zuletzt geht es darum, durch Ausschöpfung des digitalen Potenzials mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung zu gewinnen.



DIE VISION VON BERNHOVEN: ES MUSS MÖGLICH SEIN, DIE QUALITÄT DER PATIENTENVERSORGUNG ZU OPTIMIEREN UND KOSTEN ZU SENKEN

Für uns besonders eindrücklich war der Vortrag von Wink de Boer, Gastroenterologe und ehemaliger Medizinischer Direktor des Bernhoven Krankenhauses in Uden, Niederlande. Das Allgemeinkrankenhaus mit ca. 380 Betten hat einen beachtlichen Transformationsprozess hinter sich.

Wie viele niederländische Krankenhäuser verzeichnete Bernhoven steigende Kosten. Das Szenario, dass durch Effizienzsteigerungen und Kostensenkungsmaßnahmen weniger Zeit für Patienten bleibt und Abstriche bei Patientensicherheit und Qualität gemacht werden müssen, sollte vermieden werden. Daher wurde von 2014 bis 2018 eine Strategie entwickelt: ‚Better care by less care‘. Der Kerngedanke ist, dass durch den Abbau von Überversorgung und infrastrukturellen Überkapazitäten und dem Aufbau einer prozessorientierten Krankenhausorganisation die Qualität der Versorgung verbessert und der Patientennutzen erhöht werden. Geschäftsmodell und Unternehmenskultur wurden komplett umgekrempelt. Patientenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten wurden in den Mittelpunkt gestellt. Die Arbeitsbedingungen und Anreize wurden so gesetzt, dass es für Ärzte und Pflegekräfte möglich ist, diesen Ansatz entsprechend umzusetzen und zu leben. Voraussetzung dafür war eine strategische Partnerschaft mit Kostenträgern. Das Krankenhaus als Ganzes erhält einen vereinbarten Erlös. Ebenso wird den medizinischen und pflegerischen Fachkräften ein festes Gehalt ausbezahlt, unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Behandlungen und Operationen.

WENN DIE VORAUSSETZUNGEN STIMMEN, KANN EIN ECHTER KULTURWANDEL AUF LOKALER EBENE GELINGEN

Leadership, Kooperation, Kommunikation und der Wille von der Führungsebene bis hin zum einzelnen Mitarbeitenden an einem Strang zu ziehen, um sowohl top-down als auch bottom-up einen wirklichen Kulturwandel herbeizuführen, waren Grundlage des Erfolgs von Bernhoven. Standardisierte Patientenbefragungen ergaben, dass die Patientenzufriedenheit gesteigert werden konnte. Des Weiteren konnte z. B. durch den Einsatz von erfahrenen Spezialistinnen und Spezialisten in der Notfallversorgung die Hospitalisierungsrate reduziert werden. Die gemeinsame Entscheidungsfindung und Informationsversorgung der Patientinnen und Patienten über Risiken führte zu konservativeren Behandlungsformen. Resultierend daraus nahm die Anzahl der Eingriffe und Pflage tage ab. Daneben sprechen die Zahlen für sich: zwischen 2014 und 2018 konnten die Kosten um 17 Prozent gesenkt werden; seit 2014 ist die Anzahl an Operationen um 26 Prozent gesunken und der pflegerische Zeitaufwand um 28 Prozent. Nicht nur der Transformationsprozess innerhalb des Krankenhauses, sondern auch die Einbettung in ein integriertes Versorgungsnetzwerk mit der Klinik als Dreh- und Angelpunkt trugen zum Erfolg bei.

DIGITALISIERUNG NICHT ALS SELBSTZWECK, SONDERN ZUM ZWECKE INTEGRIERTER VERSORGUNG

Eine unserer wichtigsten Erkenntnisse aus der Studienreise ist, dass die Digitalisierung der ‚patient journey‘ Integrierte Versorgung erst ermöglicht. Integration bedeutet auch Kommunikation. Nicht nur auf der Ebene der Patientinnen und Patienten, sondern viel

» As newly appointed medical director I could change the conditions and incentives in which people work. Health care professionals have intrinsic motivation, a new context automatically leads to new behaviour. But in the end, it was also a lot of peer-to-peer talking«

Wink de Boer auf die Frage, welcher Faktor wirklich zum erfolgreichen Kulturwandel von Bernhoven geführt hat.

mehr auch auf der Ebene der interdisziplinären Versorgung. Denn das Ziel der besseren Zusammenarbeit der behandelnden Personen kann nur durch den vollständigen Zugang zu allen behandlungsrelevanten Informationen sichergestellt werden. So ist die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein wichtiger Schritt, um im fragmentierten deutschen Gesundheitssystem zu ermöglichen, dass alle behandelnden Personen Zugriff auf die entscheidungsrelevanten Informationen erhalten.

Ebenso ist eine stärkere Vernetzung der Akteure nur dann sinnvoll, wenn mehr behandlungsrelevante Daten zur Verfügung stehen. eHealth und Integrierte Versorgung gehen Hand in Hand oder auch: Keine sektorenübergreifende Versorgung ohne eHealth. Unter dem Stichwort ‚ganzheitliches Denken‘ gilt es zukünftig, neue Wege im Kontext der regel- und selektivvertraglichen Versorgung zu entwickeln. Ebenso gilt es, die Patientenautonomie zu stärken, indem Patientinnen und Patienten mit Hilfe digitaler Versorgungsangebote und telemedizinischer Leistungen in das Versorgungsgeschehen einbezogen werden.

ABBAU VON GEWACHSENEN BARRIEREN UND DER NACHHALTIGE UMBAU VON PROZESSEN

Die Studienreise verdeutlichte, dass die Umsetzung einer Integrierten Versorgung aus einem fragmentierten Gesundheitssystem heraus auf viele Herausforderungen stößt. Zum einen sind die Patientepfade heterogen und komplex, zum anderen geht einem strukturellen Wandel immer auch ein kultureller Wandel voraus. Schlussendlich braucht es eine stärkere, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte, intersektorale Versorgung. Ebenso hat die Reise ins Nachbarland gezeigt, dass es neuer Strukturen und insgesamt einer Modernisierung der Versorgungs- und Vergütungsformen bedarf.

CULTURE OF A LEARNING HEALTH CARE SYSTEM BUILDS VALUE

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition wird deutlich, dass Deutschland ebenfalls die Vision einer Integrierten Versorgung verfolgt. So wurden bereits wichtige Eckpunkte festgehalten, wie z. B. die Gesundheits- und Pflegepolitik sektorenübergreifender zu gestalten und die flächendeckende Einführung sowie den Ausbau der ePA zu beschleunigen. Dies sind wichtige Elemente, um den Ausbau der Integrierten Versorgung voranzutreiben.

Eines wurde auf dieser Studienreise besonders deutlich. Wir brauchen ein neues Verständnis von Versorgung: patientenzentriert, integrativ und losgelöst von starren Sektorengrenzen. Die Studienreise war ein hervorragendes Beispiel für die Überwindung dieser Grenzen und die gemeinsame Fokussierung auf eine bessere Gesundheitsversorgung. ■

BKK INNOVATIV

DIGITAL VERBUNDEN AUF DEM LAND

Von Stefan B. Lummer

Unser Gesundheitssystem kommt in Bewegung. Vor uns liegt ein Jahrzehnt mit tiefgreifenden Veränderungen. Wir werden rasch neue Modelle der Gesundheitsversorgung sehen, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das darauf setzt, dass multiprofessionelle Teams auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Vor allem aber brauchen wir eine Struktur der Versorgung, die flexibel auf den Bedarf vor Ort angepasst werden kann. In vielen ländlichen Regionen kann der Versorgungsbedarf schon jetzt nicht mehr angemessen gedeckt werden. Es fehlt die benötigte Expertise in der Fläche. Digitalisierung bietet die Chance, räumliche Distanzen zu überbrücken. In unserer Veranstaltungsreihe „BKK INNOVATIV“ haben wir Ende April zwei Projekte der Betriebskrankenkassen vorgestellt, die Versorgung zu den Versicherten auf dem Land bringen.



© vorDa/E+/Getty Images

» In der Videosprechstunde profitieren Patientinnen und Patienten von einer einfachen und schnellen Terminvergabe, zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten, dem Kontakt bei eingeschränkter Mobilität und in der Pandemie natürlich von besserem Infektionsschutz. «

Dr. Gertrud Prinzing, Vorstandin der Bosch BKK

Die Bosch BKK bietet ihren Versicherten im Allgäu Videosprechstunden mit dem Hausarzt, die BKK Werra-Meißner ein Telemonitoring-Programm für Patientinnen und Patienten mit COPD – also einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. In 90 Minuten konnten wir in unserem Format BKK INNOVATIV mit den Kassenvorständen, Ärzten und dem Gesundheitspolitiker Ernst Rüdell die entscheidenden Fragen besprechen: Wie gelingt die Versorgung im ländlichen Raum mit Unterstützung digitaler Vernetzung und wo liegen noch ungenutzte Potenziale?

„Unser gemeinsames Ziel ist es, die Selbstfürsorge der Patienten zu verbessern und akute Verschlechterungen zu verhindern“, sagt Dr. Klaus Schild, Chefarzt der Pneumologie am Klinikum Werra-Meißner, über das Projekt „Durchatmen trotz COPD“. Die Patienten, das sind Menschen, die oft als Notfälle mit akuter Atemnot in die Lungenerkrankungsabteilung des Krankenhauses kommen, mit einer akuten Entgleisung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, die zum Tod führen kann. Das Programm „Durchatmen trotz COPD“ wurde speziell für Patienten mit Raucherlunge entwickelt. „80 Prozent der Raucher proaktiv anzusprechen, gelingt in diesem Projekt mit der BKK Werra Meißner“

sagt Schild. Fünf von sechs Betroffenen fehlt nach Zahlen der BKK eine regelmäßige jährliche Patientenschulung. Hier setzen Kasse und Klinik mit digitaler Unterstützung an. Tägliche Messung der Lungenfunktionswerte mit dem Spirometer, digitale Übertragung der Werte an die Ärzte im Krankenhaus: das ist die Innovation. „Die Patienten bekommen ein handliches Spirometer, mit dem sie täglich anstatt quartalsweise ihre Lungenfunktion messen. Diese Werte behalten Experten am Klinikum Werra-Meißner im Blick“, erklärt Fritz Arndt, Gesundheitsmanager vom Gesunden Werra-Meißner-Kreis bei BKK INNOVATIV. Tägliche Messung und Telemedizin – das wird international gerade Goldstandard für die COPD-Therapie. „Ein COPD-Patient in unserem Programm kann mithilfe der regelmäßigen Messung sehr viel schneller lernen, seine Krankheit einzuschätzen“, so Harald Klement, stellvertretender Vorstand der BKK Werra-Meißner. „Das von uns genutzte Spirometer ist in Schweden bereits Teil der Grundversorgung.“

Ein Pilot der Bosch BKK zur Hausarzt-Videosprechstunde soll, gemeinsam mit den Ärzten, einen großen Schritt in die Digitalisierung des Gesundheitssystems unterstützen. Die Corona-Pandemie hat die kontaktlose Videosprechstunde erheblich angetrieben. In das Jahr 2022 sind die Bosch Betriebskrankenkasse, der Hausärzteverein Oberallgäu und der Bayerische Hausärzteverband mit einer zwölfmonatigen Pilotphase zum Einsatz von Videosprechstunden bei Hausärzten gestartet. „Ziel des Pilotprojekts ist es, die Behandlungsmöglichkeit per Videosprechstunde, also die digitale Alternative zu Praxis- und Hausbesuchen in der Praxis zu entwickeln und zu etablieren“, erklärt Dr. Gertrud Prinzing, Vorstandin der Bosch BKK. „Patientinnen und Patienten profitieren von einer einfachen und schnellen Terminvergabe, zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten, dem Kontakt bei eingeschränkter Mobilität und in der Pandemie natürlich von besserem Infektionsschutz.“ Haben die Hausärzte die Videosprechstunde als zusätzliche Betreuungssituation und Erweiterung der persönlichen Behandlung in den Praxisräumen akzeptiert? Hier

wurde auch hart über Geld verhandelt, erzählt Dr. Gertrud Prinzing bei BKK INNOVATIV: „Es ging darum, wie hoch wir den Nutzenreiz setzen durch die Vergütung und wir haben sehr gerungen bei der Fragestellung, ob die Vergütung der Videosprechstunde gleichwertig zum persönlichen Kontakt in der Praxis sein soll.“ Hausarzt Dr. Stefan Gramlich hat bei BKK INNOVATIV noch darauf hingewiesen, wo den Praxisinhabern der Schuh bei der Digitalisierung drückt: „Wenn Hausärzte die Videosprechstunde als zusätzliches Angebot wahrnehmen und nicht fürchten müssen, dass ein Dienstleister die Rosinen herauspickt – etwa auf einer Plattform zur elektronischen Krankschreibung – dann sind sie auch bereit, die digitale Innovation zu nutzen.“ Die Vorständin der Bosch BKK hat das Bild größer gezogen: „Versorgung ist immer regional“, sagte Dr. Gertrud Prinzing. „Aber wir Kassen bewegen uns auf schwierigem Terrain. Wir können Mehrwert für die Versorgung durch Expertise, Erfahrung und Vertrauen unserer Versicherten einbringen. Doch die Notwendigkeit, Geld in die Hand zu nehmen für Investitionen in qualitativ gute und dabei auch wirtschaftliche Versorgung wird oft in der Aufsicht nicht gesehen.“

Einem Abgeordneten, der vier mal seinen Wahlkreis direkt geholt hat, braucht niemand die Bedeutung regionaler Netzwerke nahe zu bringen. Der Gesundheitspolitiker Erwin Rüdell, der die CDU im Wahlkreis 197 Neuwied in Rheinland-Pfalz vertritt, war bis zum Regierungswechsel Vorsitzender des Gesundheitsausschusses. Er hat nicht nur die dringend erforderliche Finanz- und Strukturreform der Krankenhäuser weit oben auf der Agenda, sondern auch die Potentiale von Netzwerken und digitalen Werkzeugen für die regionale Gesundheitsversorgung im Blick. Sein Fazit bei BKK INNOVATIV: „Telemedizin, App für Patientenberatung und digitale Vernetzung mit Arzt, Klinik und Krankenkasse: das ist die Zukunft unseres Gesundheitssystems – vor allem im ländlichen Raum.“

Sollte Politik die Frage in den Raum stellen, wie viele Krankenkassen es in Deutschland geben sollte – 100, 40, 20 oder drei? – lohnt es sich, an die in unserer Veranstaltungsreihe

BKK INNOVATIV vorgestellten Projekte zu denken: Die stehen pars pro toto für eine Vielzahl solcher Projekte im BKK System. Ohne das Engagement und die Zusammenarbeit der Akteure vor Ort, ohne die Vielfalt im System, ohne wettbewerbliche Spielräume wären diese Projekte in dieser Form nie Realität geworden. Wir brauchen Vielfalt und Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine bessere Gesundheitsversorgung. ■



Stefan B. Lummer
@derLummer



TRÄGE TRANSFORMATION

Von Stefan B. Lummer

„Sascha Friesike und ich haben uns überlegt, warum sich Digitalisierung in Deutschland anfühlt, als wate man durch Honig.“ So präsentiert Johanna Sprondel das gemeinsame Buch TRÄGE TRANSFORMATION in einem Tweet. Ein Buch? Nun: ein schmales Reclam-Bändchen. Aber eben auch ein großartiger Essay, der die Antreiber der digitalen Transformation mit einem phänomenalen Versprechen lockt: „Welche Denkfehler den digitalen Wandel blockieren“

Die Lage ist ernst. In nahezu allen Branchen – nicht nur im entschleunigten Gesundheitswesen – droht Deutschland bei der digitalen Transformation den Anschluss zu verlieren oder hat ihn bereits verloren. Deutschland investiert Milliarden in Insellösungen, Leuchtturmprojekte und Pseudo-Veränderungen. Eine überforderte Staatsministerin für Digitales lässt in ihrer Phantasie ein Flugtaxi aufsteigen, um einer konkreten Frage zum Ausbau der Breitbandanschlüsse in Deutschland zu entgehen. Mal augenzwinkernd, mal mit grimmigem Witz entlarven Sprondel und Friesicke vermeintliche Zauberformeln der digitalen Transformation als Monstranzen oder Missverständnisse. Sascha Friesike ist Professor für Design digitaler Innovation an der Universität der Künste Berlin und Direktor des Weizenbaum-Instituts für die vernetzte Gesellschaft. Er hat in St. Gallen promoviert und ist Associate Researcher am Alexander von Humboldt Institut für Internet und Gesellschaft. Johanna Sprondel ist Professorin für Medien- und Kommunikationsmanagement und berät international Unternehmen in Transformationsprozessen. Sie hat an der Universität Freiburg in Philosophie promoviert, an der Stanford University gearbeitet und forscht zur Frage, wie sich das Leben der Menschen mit der Digitalisierung verändert. Die beiden schneiden mit sicherer Klinge neun Glaubensbekenntnisse zu Innovation und Transformation aus dem Gestrüpp der Buzzwords heraus. „Sie zeigen sie auf, wo gutmeinende Unternehmen und Verwaltungen sich, anstatt ihr Kerngeschäft zu verbessern, in Floskeln verlieren und mehr Potenziale verheizen als Erfolge erzielen“, lobt Alexander Ebner, Professor für Politische Ökonomie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, diese Streitschrift in einer Rezension für das Schumpeter Center for Innovation and Public Policy. Ein Essay, der von Schwalbenschwänzen, Chipstüten, Jazz und dem Karmann-Ghia erzählt. Schwalbenschwänze sind Meisterstücke des süddeutschen Zimmermannshandwerks:

Hrsg.: Sascha Friesike/ Johanna Sprondel
**TRÄGE TRANSFORMATION.
WELCHE DENKFEHLER DEN
DIGITALEN WANDEL BLOCKIEREN.**

Verlag: Reclam, Stuttgart 2022
92 Seiten
ISBN: 978-3-15-014188-5

[Was bedeutet das alles?]

Sascha Friesike
Johanna Sprondel
Träge Transformation
Welche Denkfehler den
digitalen Wandel blockieren



AB INS REGAL

Aufwendig gearbeitete Verbindungen von Holzbalken, präzise Aussparungen im Holz, die beim Zusammenbau millimetergenau ineinandergreifen und verwitterungsanfällige Nägel, Schrauben oder Leim überflüssig machen. Traditionelle, zeitintensive, nachhaltige Handarbeit, die längst durch weniger kostspielige Balkenverbindungen ersetzt und deren Eleganz in Sonntagsreden der Branche betrauert wurde. Roboter – automatische Fräsen, die nach einer digitalen Anleitung Balken ausrichten und zuschneiden, haben die Schwalbenschwänze wieder wettbewerbsfähig gemacht und in die Gegenwart zurückgeholt.

„Die glänzende Erzählung, das Narrativ der digitalen Transformation, ist fast immer auch eine Erzählung ihrer Geschwindigkeit, gerne auch einer nie dagewesenen Geschwindigkeit“, beginnen Sprondel und Friesike eine wunderbare Provokation. Lässt sich also digitale Transformation nur meistern, wenn die eigene Arbeit rasant und die Ergebnisse radikal neu sind? Die Verführung, einfach nur schneller zu werden, den Wettlauf mit der rasanten Veränderung zu beginnen, ist groß. »Beschleunigung durch Komplexitätsreduktion« heißt so ein Glaubensbekenntnis. Im Werkzeugkasten findet sich die Sprint-Methode. Während eines Sprints bleibt jedoch keine Zeit für Nachdenklichkeit, denn Denken dauert und erzeugt keine sichtbaren Ergebnisse. Die gängigen Tools zur Reduktion von Komplexität bewerten Aktivität in der digitalen Transformation höher als Nachdenken. So ein „Action Bias“ ist aber keine Errungenschaft, die digitale Transformation leidet darunter, so sehen es die Autoren: „Konkret geht es fast immer darum, etwas zu bauen – anstatt zu verstehen.“

Die beiden zitieren einen Aufsatz des britischen Organisationsforschers Christopher Grey, der im Jahr 2013 argumentiert hat, die Annahme, wir würden gerade einen nie dagewesenen Wandel miterleben, sei „so stark in unser kollektives Gedächtnis eingebrannt, dass wir diese Annahme wie ein Naturgesetz hinnehmen.“ Johanna Sprondel und Sascha Friesike verraten uns auch den Titel des Aufsatzes: The Fetish of Change. Und Zack. Schon sind wir immun gegen den Stapel der Managementbücher, die alle damit beginnen, einen rasanten Wandel zu attestieren und deshalb rasante Antworten einfordern.

Volkswagen baute 1964 den Käfer, den Bulli T1 und den Karmann-Ghia. Der bildschöne Zweitürer ist noch immer einer der aufregendsten VW aller Zeiten. Wie sehen im Rückblick die stärkste Epoche des VW Konzerns, was das Design angeht, aber einen lausigen Grad der Automatisierung. „Also keine Revolution? Doch zweifelsohne. Nur fehlt das Korrektiv, das die Umwälzung und vor allem die Wahrnehmung der Geschwindigkeit und der Konsequenzen der Umwälzung in Relation setzt.“ So lautet das Fazit des Kapitels „Technologie ist die Lösung“: „Zu einem gelingenden Prozess gehört es, dass auch verstanden wird, was genau erreicht, wie und mit welcher Absicht das Ziel erreicht werden soll – und vor allem, wie all dies vermittelt werden kann.“ Dieser Band aus Reclams Universalbibliothek Nr. 14188 muss in Ihren Bücherschrank: Ein wunderbarer Spaziergang für den Verstand in den einfachen Satz hinein, dass digitale Transformation nicht eine Frage der Technik, sondern eine Angelegenheit des kulturellen Wandels ist. ■

JENSEITS DER COMFORT ZONE

Von Stefan B. Lummer

„Oft unterschätzen wir, wozu wir fähig sind, bis wir sehen, was andere erreicht haben.“ Dieser Satz der Autorin Juliane Zielonka nimmt uns mit auf eine Reise, die uns exemplarisch den Blick öffnet auf Menschen, die mit Pioniergeist, klugen Ideen und Begeisterung für den digitalen Kulturwandel im deutschen Gesundheitssystem krachend gescheitert sind – in der Todeszone zwischen einem vordigitalen SGB V, bewacht von strenger behördlicher Aufsicht, einer Bundesbehörde mit halbherzigen Fast Tracks für junge App-Entwickler und satten Funktionären, die Anspruch erheben auf enorm viel Geld aus der scheinbar unerschöpflichen Quelle der Gesetzlich Versicherten und diese Summen unerbittlich in ihre eifersüchtig bewachten Silos der Versorgung leiten.

Juliane Zielonka gründete den ersten Digital Health Accelerator in Berlin und brachte innerhalb von sieben Monaten mehr als 100 Mentoren und Start-ups zusammen für sechs Industriepartner. Expertise und Erfahrung, gesammelt auf Stationen im Gesundheitssystem bei Krankenkassen und Pharma, hatten die Frage, ob die Mission, Digitalisierung anzutreiben, mit Inhouse Acceleratoren funktioniert, bereits beantwortet: nein. Begleitet von Business Angels wagt sie den Schritt zur Gründung des eigenen Unternehmens. Coaching Kurse für Frauen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Es geht darum, Frauen und Paaren das größtmögliche Maß an Sicherheit auf dieser unsicheren Reise zu geben. Sicheres Tracking der Vitalparameter per App LaraCompanion. „Dieses kleine Start-up-Pflänzchen entstand als eine Art Weiterentwicklung eines von mir 2012 gelaunchten Patienten-Portals für Frauen, die unter Fruchtbarkeitsgefährdenden Erkrankungen leiden und die ihre Entscheidung auf der Basis ausreichender Informationen treffen wollen“, schreibt Juliane Zielonka. Sie hat einen Anspruch an diese Gründung, der eine klare Grenze markiert auf einem Gelände, auf dem sich viele Einhörner und etliche Glücksritter tummeln: Ein Unternehmen aufbauen, das nicht einen kurz- bis mittelfristigen Verkauf über einen Exit anstrebt sondern ein langfristiges Geschäft mit sinnstiftenden Produkten und Services.

Ist das nicht Stoff für eine Geschichte eines inspirierenden Role Models? Eine Gründerin als Vorbild für andere Frauen und Männer, die einen digitalen Impact setzen wollen in ein brutal entschleunigtes Gesundheitswesen, das jeden Kurswechsel systematisch verkompliziert. „Ich hatte meine eigene Altersvorsorge in die Firma gesteckt. Damit hatte ich meine persönliche

Hrsg.: Juliane Zielonka
**UNTERNEHMERISCH
INVESTIEREN**

Verlag: Value Mind, 22.02.2022
372 Seiten
Publishing Hamburg
ISBN: 9783982423678



AB INS REGAL

Sicherheitszone überschritten“, schreibt Juliane Zielonka. Wurde dieser Mut belohnt? Im Sommer 2015 stand sie kurz vor der Privatinsolvenz. Hat sich die Erfahrung, die eigene comfort zone zu verlassen, ausgezahlt? Absolut. Sie ist wieder da. Aber das Gesundheitssystem hat ein außergewöhnliches Talent verloren.

Mit ihrem Buch „Unternehmerisch investieren“ zeigt Juliane Zielonka ihren Lesern den Instrumentenkasten, mit dem diese sich ihren Lebensumständen entsprechend weitere Einkommensströme erschaffen können. Juliane Zielonka ermutigt Menschen, unternehmerisch zu investieren. „Wer an der Börse Aktien eines Unternehmens kauft, tritt ihm auf Augenhöhe als Geschäftspartner entgegen.“ Sie beschäftigt sich intensiv mit Value-Investing-Strategien von Benjamin Graham, Warren Buffett, Monish Pabrai und sie teilt mit uns, wie sie klare Strategien selbst an der Börse umgesetzt hat. Erfolgreich. Denn in nur wenigen Jahren schafft sie es zurück in finanziellen Wohlstand. „Menschen, die finanziell erfolgreich sind, investieren in solide Unternehmen mit einem starken Burggraben.“ In Zeiten eines steigenden Bewusstseins für Corporate Social Responsibility sind das Unternehmen, die an der Börse zu einem Aktienpreis gehandelt werden, die unter dem fairen Wert der Firma liegen. Im Kern geht es darum, Unternehmen zu finden, um gemeinsam mit ihnen zu wachsen. Fehler aushalten. Ressourcen schonen. Challenge akzeptieren. Sinn finden und stiften.

Dieses Buch kommt ins Regal, denn es bietet wertvolle Hinweise auch für die Heldinnen und Helden, die unser Gesundheitssystem noch immer nicht aufgeben wollen, die nicht dulden, dass es vom digitalen Alltag der Menschen entkoppelt bleibt: Suche dir Gleichgesinnte. Der Aufbau eines persönlichen Netzwerkes ist leicht in der digitalen Welt: „In sozialen Netzwerken findest du Gleichgesinnte. Du hast schnell ein Gefühl für die Teilnehmer der Gruppe und deren Wissensstand. Wenn du merkst, du bist mit Deinem Ansatz der Einäugige unter den Blinden, suche dir eine andere Gruppe.“ Jenseits der comfort zone finden wir die Chance, das gute alte Sicherheitsversprechen der Gesetzlichen Kassen ins digitale Zeitalter mitzunehmen. Und wir bekommen eine fabelhafte Take-Home-Message des US Motivationstrainers Jim Rohn: „Du bist der Durchschnitt der fünf Menschen mit denen du dich umgibst.“ ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 2 | 2022

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 9. Mai 2022
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

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

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

Bildnachweis:
Titelbild: © Tom Werner/DigitalVision/Getty Images, S. 7, 29, 45: Getty Images (www.gettyimages.com),
Seite 16: Screenshot M-Sense App © Newsenselab GmbH, www.m-sense.de

