

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

NOTFALL GESUNDHEITSSYSTEM

■ **PFLEGEFALL PFLEGE**

Die Gesundheit der Pflegefachkräfte wird schlechter. Dringende Aufgabe: Bessere Arbeitsbedingungen.

■ **NOTFALLVERSORGUNG**

Die Krise im Rettungsdienst löst eine Kettenreaktion aus. Das System gerät massiv unter Druck.

Editorial

Karl Lauterbach warnt vor Panikmache. In diesem Fall geht es um den wahlkampfinduzierten Widerstand der bayerischen Staatsregierung gegen die Pläne zur Krankenhausreform. Aber nichts signalisiert so deutlich wie dieser Satz, wie sehr die Politik des Bundesgesundheitsministers aus dem Tritt geraten ist. Lauterbach, der während der Pandemie stets mit maximaler Verunsicherung der Bevölkerung gearbeitet hat, um politische Ziele durchzusetzen, von einer hohen Impfquote bis zu einer einheitlichen Linie der Länder bei Corona-Maßnahmen – ausgerechnet er warnt vor Panikmache. Der Herr des Höllenhundes, der Warner vor der Killervariante, erst von der Seitenlinie der Talkshows, dann zusätzlich aus dem Ministeramt. Lauterbach kommt aus dem roten Bereich, jetzt steht er in der endemischen Lage vor gewaltigen Baustellen im Gesundheitswesen und findet nicht mehr den richtigen Ton.

Fiebersäfte fehlen in Apotheken, Intensivbetten für Säuglinge. Ein Drittel der pädiatrischen Betten ist den Kliniken in zehn Jahren verlorengegangen. Krankenhäuser als Teil der Daseinsvorsorge? Zum Jahresbeginn war das Systemversagen mit dem Desaster der Kinderkliniken greifbar. Und Karl Lauterbach will eine Revolution. Der Überökonomisierung des Gesundheitssystems soll ein Ende bereitet werden, das Abrechnungssystem der Fallpauschalen weggefegt. Eine nur aus handverlesenen Sachverständigen zusammengesetzte Kommission stellte im Dezember ein Konzept einer großen Krankenhausreform vor. Wenige Wochen danach stellt der Minister Wissenschaftler, die er in der Pandemie um sich geschart hatte, öffentlich ins Feuer: Wissenschaft habe die Politik schlecht beraten. Diese Revolution wird eine Bruchlandung. Das DRG-System lässt sich ebenso wenig mit einem Federstrich beseitigen wie die föderale Autonomie bei Planung und Gestaltung regionaler Versorgungsstrukturen. Nicht nur die störrischen Bayern, auch NRW stellt sich quer: „Krankenhausplanung ist Ländersache“. Das Sperrfeuer von Karl-Josef Laumann auf Lauterbachs Linien ist hart und deutlich. Zugleich scheitert die Länderfinanzierung von Investitionen der Krankenhäuser seit 30 Jahren.

Die Fallpauschalen sind seit 18 Jahren kein funktionierendes Preissystem fürs Krankenhaus, in den USA, wo der Harvard Professor sie einst entdeckt hat, werden sie lediglich als Kalkulationshilfe für Budgets genutzt. Zudem verhandeln wir weiterhin Einzelbudgets, was den DRGs ein kompliziertes System aus Anrechnungen, Zu- und Abschlägen hinzufügt.

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser und zu viele Betten. Selbst kleine Häuser ohne die notwendige Ausstattung ziehen Patienten an, als wären sie Kliniken der Maximalversorgung. Für Menschen mit Herzinfarkt, Schlaganfall und schweren Kopf- oder Rückenmark-Verletzungen, kann der Transport zur Klinik ein lebensgefährliches Lotteriespiel werden. Wir haben zu wenig Spezialisierung und Konzentration von Kompetenz, medizinischer wie pflegerischer Expertise. Zugleich werden zu viele Menschen stationär behandelt, die in ambulanten Strukturen besser versorgt werden könnten. Die Notaufnahmen stehen unmittelbar vor dem Kollaps, weil sie überlaufen werden von Menschen mit Bagatellfällen. In Dänemark empfangen gut ausgebildete Ärzte Notfälle, deren erste Diagnosedaten bereits digital aus dem Rettungswagen übermittelt wurden.

Wir sehen: Parteiliche Wissenschaft gegen angebliche Lobby. Talkshow-Framing und Tweets statt sachbezogener Debatte. Strukturen der Selbstverwaltung werden mit der Expertise bei Verbänden und Kassen beiseitegeschoben. Wir sehen Brandherde, aber keine Vision für das große Bild. Wissenschaft darf gern Vorschläge machen, aber Gesetze werden im Deutschen Bundestag verabschiedet, auch wenn Karl Lauterbach weiter von der Professorenherrschaft träumt.

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

AMPEL – ALLES ANDERE ALS EINFACH

Der Koalitionsvertrag der Ampel und die politischen Schritte im ersten Jahr geben Anlass zu grundsätzlicher Sorge: Trauen Bundesregierung und Abgeordnete den Kassen noch eine gestaltende Rolle im Gesundheitssystem zu? Der Bundesgesundheitsminister beruft Expertenkommissionen aus Universitätsprofessoren ein, zeigt wenig Wertschätzung für die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der Leitartikel unserer Vorständin Anne-Kathrin Klemm nimmt ein Muster des Ministers in den Blick, wann immer möglich Verordnungsermächtigungen ins Gesetz zu formulieren, zu Themen, die bisher von den Selbstverwaltungspartnern gestaltet worden wären. Im Parlament laufen solche Regelungen durch. Das muss für die gesamte GKV ein Weckruf sein, sich gemeinsam auf Versorgungsgestaltung zu besinnen. Sonst könnten sich Leistungserbringer und gesetzliche Krankenkassen in nicht allzu ferner Zukunft in einem NHS-ähnlichen System wiederfinden.

Seite 6



GESUNDHEIT UND POLITIK
REFORM DER
NOTFALLVERSORGUNG

Patientinnen und Patienten in Deutschland sollen im Notfall künftig durch neue Leitstellen und Notfallzentren versorgt werden. Vorschläge der Expertenkommission der Bundesregierung liegen auf dem Tisch. Neue Strukturen für den Rettungsdienst in Deutschland. Um die Versorgungssituation zu bewerten und unsere Reformvorschläge zu überprüfen, haben unsere Fachreferenten im BKK Dachverband die Rettungsleitstelle in Potsdam besucht. **Seite 16**



UNTERNEHMEN
GLEICHE CHANCEN
FÜR ALLE?

Die ungleichen Gesundheitschancen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen müssen stärker in den Fokus der Sozial- und Gesundheitspolitik rücken. Siegfried Gänzler, Vorsitzender des Vorstandes der vvida bkk, fordert mit der seit 2012 von der Betriebskrankenkasse geförderte Studie „ZUKUNFT GESUNDHEIT“ eine bildungspolitische Neuausrichtung: Gesundheit muss auf den Stundenplan. **Seite 30**



LEUCHTTÜRME
PFLEGEFALL PFLEGE?

Die Gesundheit der Beschäftigten in der Pflege wird immer schlechter. Der BKK GESUNDHEITSREPORT 2022 leitet aus diesem klaren Befund, der in der Pandemie einen Brandbeschleuniger gefunden hat, eine dringende Managementaufgabe für Unternehmen ab: Bessere Arbeitsbedingungen. Hinweise der Betriebskrankenkassen für substantielle strukturelle und systemische Reformen, um eine Trendumkehr zu schaffen, ab **Seite 48**

6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Ein Jahr Ampel:
Alles andere als einfach.

30 **UNTERNEHMEN**
Gesundheit: Gleiche Chancen für alle?

58 **LEUCHTTÜRME**
JuniorCampus:
Der Schokokuss im Vakuum

16 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Reform der Notfallversorgung:
Neue Leitstellen

40 **UNTERNEHMEN**
BKK Dachverband vor Ort:
Moderne Technik und ihre Grenzen

66 **LEUCHTTÜRME**
Essstörung:
Prävention und Therapie

80 **REGAL ODERTONNE**
Perspektiven für das Gesundheitswesen:
Visionäre der Gesundheit

26 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Interview: Die Notfallversorgung
ist selber Patient

48 **LEUCHTTÜRME**
BKK Gesundheitsreport 2022:
Pflegefall Pflege?

72 **LEUCHTTÜRME**
Nachhaltige Behandlung:
Therapienetz Essstörung

82 **RAUS**
Impressum



EIN JAHR AMPEL

ALLES ANDERE ALS EINFACH

Von Anne-Kathrin Klemm, Vorständin

Rund ein Jahr ist es her, dass der Koalitionsvertrag der Ampelregierung aus SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für die neue Legislaturperiode unterzeichnet wurde. Die Hoffnung der Koalitionäre war groß, dass sich diese Regierung auf Gesetzesvorhaben im Gesundheitswesen fokussieren kann, die jenseits der Bekämpfung der Corona-Pandemie die bestehenden Herausforderungen angehen. Die Ampel-Konstellation ließ bereits Tauziehen in Details und die Benennung des „Gesundheitsministers der Herzen“ einen neuen Politikstil erwarten. Selbstredend verschärfte der Angriff Russlands auf die Ukraine am 24. Februar 2022 diese Ausgangskonstellation weiter.



© Anadolu Agency/Anadolu Agency/Getty Images

» Der Gesundheitsminister formuliert Verordnungsermächtigungen ins Gesetz zu Themen, die früher selbstredend von den Selbstverwaltungspartnern gestaltet wurden. Das muss für die gesamte GKV ein Weckruf sein, sich gemeinsam auf Versorgungsgestaltung zu besinnen. «

In kürzester Zeit hatten die Partner der Ampelregierung nach der Bundestagswahl ihre Vorhaben im gemeinsamen Koalitionsvertrag formuliert. Ende November lag die Finalfassung vor, am 07. Dezember 2021 wurde der Vertrag unterzeichnet. Die ersten Amtshandlungen des frisch gekürten Gesundheitsministers umfassten insbesondere die Verlängerung von Schutzschirmmaßnahmen und Regelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Diese Verordnungen gingen qua Ermächtigung des BMG noch reibungslos vonstatten. Dies erledigt, erwarteten dann die Ampelpartner, dass es losgeht mit den Strukturreformen in der Pflege, der ambulanten und stationären Versorgung und den weiteren Vorhaben des Koalitionsvertrages. Stattdessen setzte der Gesundheitsminister auf das Thema Corona, warnte vor schlimmsten Entwicklungen im Sommer und Herbst 2022 und legte schon im Februar Entwürfe zur Einführung einer Corona-Impfpflicht vor. Hier legte die FDP jedoch ein klares Veto ein. Intensiv wurde dieses Thema schließlich sogar ohne Fraktionszwang debattiert. Die Vorschläge reichten von einer Pflicht ab 18 oder ab 50 Jahren bis hin zu einer völligen Ablehnung. In diesem Zusammenhang tauchte zwischenzeitlich auch die absurde Vorstellung auf, die Krankenkassen könnten alle rd. 80 Mio. Versicherten anschreiben, die Befolgung der Impfaufforderung nachhalten und bei Nicht-Befolgung Meldung an die entsprechenden Behörden leisten. Dieser Vorschlag ist zum Glück krachend gescheitert. Schließlich hätte auch jeweils überprüft werden müssen, wer bereits einmal, zweimal oder

ggf. auch keinmal geimpft ist. Diese Daten lagen und liegen den Kassen aber nicht vor, da sie nicht an die Corona-Impfzentren oder an die gegen Corona impfenden Arztpraxen datentechnisch angeschlossen waren. Die Anschreibeaktion wäre also ein teurer Schuss ins Blaue geworden, verbunden mit viel Unmut der Versicherten und einer Degradierung der Krankenkassen zur Impfpolizei. Die Einführung der Impfpflicht bzw. der Nachweis über eine vollständige Genesung wurde schließlich auf Beschäftigte von Kliniken, Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen beschränkt. Sie wird in der Praxis kaum nachgehalten und steht aktuell komplett zur Disposition. Und noch heute wird nicht transparent oder strukturiert erfasst, wer mit welchem Impfstoff wann gegen das Corona-Virus geimpft wurde. Die Kraft, dies zu regeln, sei es in einem Impfregeister oder durch andere Prozesse der Datenzusammenführung, hatte die Ampel bis heute nicht. Im Falle einer nächsten Pandemie stünden wir also alle wieder am Anfang. Intransparenz über die Versorgungssituation und Chaos wären vorprogrammiert.

Unabhängig vom Ergebnis zeigt bereits dieser Vorgang - und weitere, ähnlich gelagerte danach - ein politisches Verständnis über die gesetzlichen Krankenkassen, das schlicht mit „ausführendem Organ“ beschrieben werden kann. Wann immer weder Bund, Länder noch Kommunen die Strukturen vorhalten, die sie z.B. für eine solche Aktion oder z.B. für die Auszahlung der nun vorgesehenen Energiepauschalen an Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben müssten, wird auf die Kranken- oder Pflegekassen zurückgegriffen. Dies gerne auch, ohne sie vorab mit Blick auf die Umsetzung einzubinden oder sie dafür finanziell auszustatten. Wertschätzung und ein Umgang auf Augenhöhe sieht anders aus. Dabei haben sie zu letzt in der Pandemie bewiesen, dass sie schnell und flexibel Versorgung sichern und gestalten wollen und können. Dies wird jedoch nur von den Wenigsten in der Politik wahrgenommen oder gar goutiert. Damit bewahrheitet sich die Befürchtung, die sich schon aus dem Koalitionsvertrag ableiten ließ: Den Kassen wird keine gestaltende

Rolle (mehr) zugesprochen. Und bis heute hat der Gesundheitsminister keinen Wert daraufgelegt, mit den Partnern der sozialen Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes zu sprechen. Nicht viel besser sieht es mit der Wertschätzung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung aus. Hat bereits Jens Spahn den Grundstein gelegt, Karl Lauterbach greift ihn auf und formuliert wann immer möglich Verordnungsermächtigungen ins Gesetz zu Themen, die früher selbstredend von den Selbstverwaltungspartnern gestaltet worden wären. Und es ist eine gefährliche Entwicklung, dass auch die Parlamentarier dem Einigungsvermögen der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht mehr viel zutrauen und solche Regelungen daher durchlaufen lassen. Das muss für die gesamte GKV ein Weckruf sein, sich vom Klein-Klein und Gezänk um jeden Euro und Handschlag zu lösen und sich gemeinsam auf Versorgungsgestaltung zu besinnen. Ansonsten könnten die Leistungserbringer und Krankenkassen in nicht allzu ferner Zukunft in einem NHS-ähnlichen System arbeiten. Auch mit der Umsetzung des noch vom Kanzlerkandidaten der SPD versprochenen Bonus für Pflegekräfte wurde deutlich: Diese Ampel-Partnerschaft wird anstrengend. Gleich bei diesem ersten Vorhaben setzte der Gesundheitsminister den bis heute praktizierten Trend, zuerst in öffentlich-rechtlichen Fernsehsendungen seine Gesetzesvorhaben zu verkünden, bevor er sie im Gesundheitsausschuss oder mit den Koalitionären im Kabinett besprochen bzw. abgestimmt hat. Dazu passt, dass der Gesundheitsminister selten im Gesundheitsausschuss erscheint und wenn doch, überwiegend über die Corona-Pandemie und neueste Studien doziert. Gleiches gilt auch für Abteilungsleiterbesprechungen im Ministerium. Dies hilft nicht beim Bewältigen der bestehenden Herausforderungen. In diesem Fall kam noch hinzu, dass schon die Umsetzung des ersten Pflegebonus im Jahr 2020 in Höhe von bis zu 1.500 Euro vor allem im Altenpflegebereich schwierig war. Pflegeboni kamen nicht dort an, wo sie ankommen sollten oder wurden ausbezahlt, obwohl kein Anspruch bestand, wie der Bundesrechnungshof im Mai 2022 feststellte. Und wie beim Bonus im

Jahr 2020 auch, so wurde beim neuen Bonus über die Höhe und den Kreis der Anspruchsberechtigten gezankt. Allen Abgeordneten war klar, dass dieser Bonus nur Ärger machen und der neuen Regierung keine Pluspunkte bringen würde. Aber der Kanzler hatte es versprochen. Mit Rücksicht auf die SPD hörte man daher auf den parlamentarischen Fluren bei der Gesetzgebung: „Augen zu und durch“, setzte auf die gleichen Auszahlungs-Mechanismen und hoffte auf das Beste. Kaum verwunderlich ging diese Hoffnung nicht auf und noch heute reißt die Debatte nicht ab, wer noch einen Bonus verdient (gehabt) hätte bzw. wo er bislang noch nicht angekommen ist.

Immerhin im Rahmen einer Pressekonferenz des BMGs- und diesmal nicht aus dem Fernsehen - erfuhren Mitarbeiter des Hauses und die Koalitionäre im Frühjahr mehr von den Überlegungen des Ministers zum Stopfen des 17 Mrd. Euro GKV-Finanzlochs für das Jahr 2023. Der Finanzminister zeigte sich überrascht, fehlte doch die Vorab-Absprache mit ihm. Unter dem Eindruck des frisch ausgebrochenen Ukraine-Krieges und der hierdurch plötzlich veränderten Wirtschaftslage erteilte er entsprechend dem BMG-seitig geplanten Bundeszuschuss von ursprünglich 5 Mrd. Euro eine klare Absage. Statt hierfür zu werben, trat der Minister den Rückzug an und betonte offenherzig auf einer Veranstaltung, dass er auch nicht mehr Geld vom Finanzminister brauche. Er hebe Effizienzreserven im System, seine Überlegungen seien ein ausgewogenes Paket, bei dem alle ihren Beitrag zu leisten hätten. Es blieb daher schließlich bei 2 Mrd. Euro Bundeszuschuss und einem Bundesdarlehen von 1 Mrd. Euro, das aus Versichertenbeiträgen zurückzuzahlen ist. Rund 13 Mrd. Euro der 17 Mrd. Euro tragen die gesetzlich Versicherten, auch wenn dies vielen nicht deutlich wird. Schließlich spüren sie nur Beitragssatzsteigerungen ganz direkt. Doch die Gelder, die bei den Kassen oder im Gesundheitsfonds für „schlechte Zeiten“ auf der „hohen Kante“ lagen und nun abgeschmolzen werden, sind nichts Anderes als Beitragsgelder. Es ist der parlamentarischen Kraftanstrengung zu verdanken, dass dieses Abschmelzen nicht so

drastisch umgesetzt wurde, wie ursprünglich vom Minister vorgesehen. Tatsächlich wäre nach den ursprünglichen Regelungen die Finanzlage bei etlichen Krankenkassen so dramatisch gewesen, dass bei der kleinsten Sonderausgabe die Bezahlung von Versorgungsleistungen gefährdet gewesen wäre. Diese Dramatik schien jedoch Ärzten oder Apothekern zu keinem Zeitpunkt bewusst zu sein. Stattdessen wurde medial vermittelt, dass das Gesetz diese Gruppen oder den Pharmastandort Deutschland besonders hart treffen würde. Die Zahlen sprechen jedoch für sich. Dass dieses Stückwerk ein verzweifertes Zusammenkratzen von Finanzmitteln war und maximal für das Jahr 2023 reicht, wissen alle. Ein für 2023 versprochenes Gesetz ist daher eines zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierung der GKV. Der Koalitionsvertrag gäbe als kurzfristig wirkende Maßnahme für die Umsetzung der ausreichenden Finanzierung von ALG-II-Beziehern und eine verlässliche Dynamisierung des Bundeszuschusses grünes Licht. Schon in der letzten Legislaturperiode war dies vorgesehen – und scheiterte am damaligen Finanzminister Scholz. Es bleibt abzuwarten, ob das BMAS und der neue Finanzminister die Weichen endlich auf GO stellen und für 2024 den Verschiebehahnhof des Bundes auf die GKV beenden. Mit dieser Maßnahme und zusammen mit einer zusätzlichen Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel wäre für das Jahr 2024 finanziell viel getan. Doch gleichzeitig muss auch die Grundlage für wirklich nachhaltige Finanzstrukturen der GKV gelegt werden. Diese müssen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite ansetzen. Bei letzterem geht es vor allem darum, endlich über Strukturreformen die vorhandenen Effizienzreserven zu heben. Zur Entwicklung von Vorschlägen für Strukturreformen im stationären Bereich richtete der Gesundheitsminister im Mai eine komplett aus der Wissenschaft besetzte Regierungskommission ein. Auch hier sind die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung als Beteiligte nicht erwünscht. Gleich nach der parlamentarischen Sommerpause erschien das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz. Kernstück des Gesetzentwurfes war zu Beginn die

Einführung der Übergangsregelung für eine Pflegepersonaluntergrenze, den PPR 2.0. Zur ausführlichen, kritischen Bewertung dieses Vorhabens, nämlich dass die Pflegekräfte entgegen der Versprechungen eher nicht entlastet werden, sei auf die Stellungnahme zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz –KHPfIEG- BKK Dachverband (bkk-dachverband.de) verwiesen. Inzwischen ist das Gesetz zum Sammelbecken weiterer Vorschläge der Regierungskommission geworden: Zur besseren Versorgung in der Pädiatrie und durch Hebammen wurden ad hoc und ohne Absprachen Änderungsanträge mit kürzesten Bewerbungsfristen eingebracht, von den Akteuren und den Bundesländern zerpfückt und nun zu finalen Formulierungen geformt. Hinter vorgehaltener Hand und auf den Ampel-Fluren führen diese zu Kopfschütteln. Denn wieder werden an die Länder mit der Gießkanne Versicherungsgelder verteilt, bei denen offenbleibt, ob sie wirklich die Versorgung verbessern werden. Von einer weiteren, für die Krankenhäuser strukturell massiv relevanten Änderung erfuhren die Koalitionspartner und alle anderen Akteure schließlich wieder aus einer Talkrunde im Fernsehen: der ambulanten Tagesbehandlung im Krankenhaus. Wieder herrschte politisches Entsetzen. Und der Minister bekam dieses für ihn offensichtlich wichtige Thema in der Koalition nur deshalb durch, weil sie ihm die zeitgleiche Einführung von Hybrid-DRGs abrang. Damit sollen bestimmte Leistungen gleich vergütet werden, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Über letzteres wird schon lange diskutiert. Gutachtenbasierte Vorschläge, wie das vom BKK Dachverband, zur Umsetzung liegen bereit. Dass auch sie nun wieder fast über Nacht Einzug in die Versorgung erhalten sollen, wird seitens des BMGs als „dynamische Gesetzgebung“ titulierte, die vielleicht auch mal „etwas grobschlächtig“ daherkomme. Statt Aktionismus täte so mancher Regelung und Formulierung aber ein Mehr an Zu-Ende-Denken und handwerkliche Qualität gut. Denn am Ende werden schlechte Vorgaben bei den Akteuren, die sie umzusetzen haben, nur zu Streit und Verzögerungen führen, viel Geld kosten und die Versorgung der Versicherten nicht verbessern.

In diesem Sinne „dynamisch“ ist auch der Vorstoß von Karl Lauterbach zur Einführung der sog. Gesundheitskioske. Vor Ort in einem Gesundheitskiosk in Hamburg verkündete der Minister ein Konzept, bei dem selbst den Hamburger Kioskträgern die Haare zu Berge standen. Mit diesem sollen strukturelle Versorgungs- und Beratungslöcher gestopft werden, die jedoch eigentlich der Daseinsvorsorge durch die Kommune oder der ambulanten Bedarfsplanung zugeordnet werden müssen. Allein der Wunsch einer Kommune für einen Kiosk soll für eine Errichtung reichen. Die Finanzierung von Doppelstrukturen ist vorprogrammiert. Auch die bereits vorhandenen Pflegestützpunkte der Krankenkassen kommen in dem Konzept nicht vor. Trotzdem sollen die Kioske zu rd. 75 Prozent von den GKV-Versicherten finanziert werden. Doch es gibt Kommunen wie im thüringischen Urleben, die die Dinge noch selbst in die Hand nehmen und mit kiosk-ähnlichen Konzepten in unterversorgten Gebieten Beratung und Versorgung zu den Versicherten bringen – z.B. an Bushaltestellen. In Berlin-Neukölln wiederum haben sich z.B. im Stadtteil-Gesundheitszentrum allgemeinmedizinische und kindermedizinische Praxen, Beratung, Selbsthilfe, Austausch

und ein Café zusammengetan. Diese Initiativen richten sich konsequent am Versorgungsbedarf aus und gehen damit einen völlig anderen Weg, als es der Minister plant. Wirklich begeistert scheint nur der Minister selbst von seiner Kioskidee zu sein. In den Reihen der gesundheitspolitischen Ampel trifft man hingegen auf „Augenrollen“. Dies wird aber nicht ausreichen, wenn der Gesetzentwurf auf dem Tisch liegt. Die Regelungen zu den Kiosken dürfen nur mit konsequent formulierten, einheitlichen Struktur- und Versorgungsvorgaben, die Bestehendes einbinden, und einer klaren Aufgaben- und Finanzverantwortung der Akteure im Bundesgesetzblatt erscheinen.

Ein Umdenken muss auch bei dem Vorhaben zur Etablierung einer staatsfernen Stiftung einer Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) erfolgen. Denn auch hier herrscht folgendes Gedankenmuster vor: Der Finanzminister macht den Geldbeutel nicht auf und daher wird der GKV-Beitragszahler als Finanzier erkoren - trotz der angespannten Finanzlage der GKV. Nun sollen die Beitragszahler jährlich in Höhe von 15 Mio. Euro Aufgaben finanzieren, die nicht der GKV, sondern dem Staat zuzuordnen sind. Es scheint, als habe das Ministerium aus der richterlichen Klatsche bei der Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) nicht gelernt. Auch hier wurden Versichertengelder zur Finanzierung von Aufgaben der dem Bund nachgelagerten Behörde verwendet. Die GKV hat dies beklagt, und sie erhielt Recht. Eine UPD, wie nun geplant, wird wieder beklagt werden - unabhängig davon, ob ihre Aufgaben für sinnvoll erachtet werden oder nicht. Es kann einfach nicht so weitergehen, dass immer dann die GKV-Beitragszahler herangezogen werden, wenn sich sonst keine Finanzgeber auftun.

Es bleibt zu hoffen, dass bei der in Kürze vorliegenden Krankenhausstrukturreform und all den weiteren Reformen, die das BMG für das Jahr 2023 angekündigt hat, ein Umdenken stattfindet: Es muss einen Dialog mit den relevanten Akteuren auf allen Ebenen statt Elfenbeinturm und Gesetzgebung per Talkshow geben. Die gesundheitspolitischen

» Endlich nachhaltige Reformen, statt Flick- und Stückwerk am Bestehenden. Klare Rollen für Bund, Länder und alle Akteure. Alle zusammen müssen den Mut dafür aufbringen – dazu gehören auch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung. «

Koalitionspartner dürfen sich nicht vom kleinsten Partner oder vom Minister ausbremsen lassen und müssen strukturelle Reformen einfordern sowie durchsetzen. Alle zusammen – und dazu gehören auch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung – müssen den Mut aufbringen, statt Flick- und Stückwerk am Bestehenden endlich an nachhaltige Reformen auf der Einnahmen- sowie Ausgabenseite und einer Rollenklärung von Bund, Ländern und allen Akteuren zu gehen. Dazu gehört auch eine neue Schwerpunktsetzung in der Prävention, der Digitalisierung und nicht zu letzt hinsichtlich der sozialen und ökologischen Nachhaltigkeit. Natürlich: diese Themen wie beschrieben anzugehen, wird nicht einfach sein. Tut man es, dann könnte am Ende der Legislaturperiode das Resümee stehen: Vier Jahre Ampel – alles andere, als einfach –, aber konstruktiv und erfolgreich. ■



Anne-Kathrin Klemm
@bkkdv

REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

NEUE LEITSTELLEN

Von Christian Busch und Team Versorgungsmanagement

Patientinnen und Patienten in Deutschland sollen im Notfall künftig durch neue Leitstellen und Notfallzentren versorgt werden. Vorschläge der Expertenkommission der Bundesregierung liegen seit Februar auf dem Tisch. Wir brauchen neue Strukturen: Denn bei den Rettungsdiensten in Deutschland gehen zu viele Notrufe ein, gleichzeitig gibt es zu wenig Notfallsanitäter für alle Einsätze. Im Notfall geraten Patienten oft an gestresstes medizinisches Personal. In der Hauptstadt muss fast jeden Tag der Ausnahmezustand ausgerufen werden. Auch in der Nachbarstadt Potsdam ist jeden Tag Stresstest. Wir sehen keine Momentaufnahme, sondern eine anhaltende Krise – in ganz Deutschland. Um die Versorgungssituation zu bewerten und unsere Reformvorschläge zu überprüfen, haben unsere Fachreferenten im BKK Dachverband bereits im Herbst 2022 die Rettungsleitstelle in Potsdam besucht.



© Anadolu Agency/Anadolu Agency/Getty Images

Die Zahl an Notfalleinsätzen steigt. Die Fahrtwege werden immer länger und das Personal ist stark belastet. Notaufnahmen sind überlaufen. Nicht nur lebensbedrohliche Notfälle erreichen die Notaufnahmen der Krankenhäuser, sondern auch Patienten, die regulär beim Haus- oder Facharzt ambulant hätten versorgt werden können. Daran muss sich etwas ändern. Eine Notfallreform ist längst überfällig. Um sicher zu gehen, dass die Reformvorschläge des BKK Dachverbands die tatsächlichen, praktischen Probleme vor Ort angehen und lösen können, hat ein Team aus der Abteilung Versorgungsmanagement die Regionalleitstelle in Potsdam besucht. Die wertvollen Einblicke in die Praxis bereichern das Positionspapier zur Notfallreform 2.0.

Notfälle werden bei den Bürgerinnen und Bürgern assoziiert mit dem Einsatz eines Rettungswagens. Mit Blaulicht wird das Krankenhaus angefahren. Alles geht wahnsinnig schnell, denn Eile tut Not. In der Realität sieht es jedoch ganz anders aus. Viele der Notfälle, die bei der Leitstelle unter der Rufnummer 112 gemeldet werden, sind im engeren Sinne gar keine. Mehr als die Hälfte aller Fälle sind nicht lebensbedrohlich und damit auch nicht dringend behandlungsbedürftig. Die Rufnummer 112 ist der erste Anlaufpunkt bei der Bevölkerung, wenn der Verdacht auf einen Notfall besteht. Die Leitstelle hält die Fäden zusammen und hilft den Menschen schnell. In der Leitstelle wird vorsortiert und versucht, die wirklich dringenden Fälle zu identifizieren. Untersuchungen zeigen, dass nur 40 Prozent der Anrufenden in wirklich akut lebensbedrohlichen Situationen um Hilfe rufen. Die restlichen 60 Prozent der Patienten werden nach der Akutbehandlung wieder nach Hause geschickt.

Die Ursachen, dass Leitstellen und Rettungsdienst Sammelbecken für alle möglichen Versorgungsbedarfe sind, sind vielfältig und spiegeln zum Teil grundsätzliche Probleme des demografischen Wandels wider. Alleinstehende Menschen haben niemanden, der ihnen helfen und sie ins Krankenhaus bringen würde. In ländlichen Regionen stehen für Fahrten kaum Taxis zur Verfügung oder der Weg wäre viel zu weit und teuer. Selbst in Potsdam, einer Stadt mit 186.000 Einwohnern, werden in den Abendstunden nur noch sehr wenige Taxifahrten angeboten. So behelfen sich alleinstehende Menschen zunehmend damit, den Notruf zu wählen, um über den Rettungsdienst versorgt zu werden. Auch fehlende Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen führen letztendlich dazu, Versorgung über den Rettungsdienst abzusichern. So alltägliche Maßnahmen wie ein Katheterwechsel können ohne ausreichend Pflegepersonal nicht mehr regelmäßig erfolgen. Zur Unterstützung werden durch die Pflegeheime Rettungswagen angefordert. Die Kapazitäten des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung müssen so verschiedenste Defizite in der Versorgung der Bevölkerung auffangen und erreichen zunehmend selbst die Grenzen des Leistbaren.

Gleichzeitig ist es medizinisch oft ein schmaler Grat, die Angaben der anrufenden Menschen korrekt einzuschätzen. Dringend gebotene Hilfe darf nicht verweigert werden. Im Zweifelsfall wird daher eine Notfallversorgung eingeleitet. Doch warum ist es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstelle manchmal schwierig, eine Unterscheidung zwischen lebensbedrohlichen und eher einfachen medizinischen Fällen zu treffen? Bestimmte Symptome weisen auf schwerwiegende Probleme hin, die schnell zum Tod führen könnten: Schmerzen im Arm, Brustschmerzen und Atemnot können ein Hinweis auf einen Herzinfarkt sein. Eine zeitnahe diagnostische Abklärung ist zwingend erforderlich, auch wenn die Symptome ebenso auf andere nicht lebensbedrohliche Erkrankungen hinweisen können. In diesen Fällen wird ein Rettungswagen aktiviert. In ländlichen Regionen sind die Strecken und damit die benötigte Zeit zum Teil sehr lang. Andere Einsätze sind für dieses Rettungsmittel während dieser Zeit dann nicht möglich. Um diesem Problem zu begegnen, setzen die Leitstellen auf Unterstützungssoftware, die ihnen dabei helfen

soll, in wenigen Minuten, so weit wie möglich, eine Entscheidung über die Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten zu treffen. So können sie die nicht lebensbedrohlichen Fälle direkt an den ärztlichen Bereitschaftsdienst vermitteln. Der Patient wird kontaktiert und braucht sich nicht selbst um seine Versorgung kümmern.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst soll außerhalb der ärztlichen Sprechstundenzeiten bei Erkrankungen helfen, mit denen Patienten sonst in die Praxis gehen würden und deren Behandlung nicht bis zum nächsten Tag warten kann. Allerdings scheint der ärztliche Bereitschaftsdienst derzeit eher dünn besetzt. Viele Betroffene berichten von langen Wartezeiten. In Berlin gibt es laut Medienberichten täglich rund 1.800 Anrufversuche. Es werden aber nur 770 Gespräche geführt und 220 Hausbesuche durchgeführt. Gut 1.000 Menschen warten also vergebens auf ein medizinisches Hilfsangebot. Bei anderen dauert es vereinzelt mehrere Stunden bis zu einem Besuch des Bereitschaftsarztes. In der Zwischenzeit suchen sie dann lieber ein Krankenhaus auf oder kontaktieren die 112, die dann unter Umständen die Behandlung über den Rettungsdienst organisiert, obwohl diese an sich gegebenenfalls auch in der Arztpraxis oder vom ärztlichen Bereitschaftsdienst hätte erfolgen können. Hier gilt es also, die Strukturen und Kapazitäten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auszubauen. Ein guter und wichtiger erster Schritt zur Optimierung ist mit der Ermöglichung von Videosprechstunden im ärztlichen Bereitschaftsdienst geschaffen worden. So kann mittlerweile die ärztliche Versorgung im Bereitschaftsdienst auch als Videosprechstunde erfolgen. Dies schafft Kapazitäten – auch für Fälle in denen ein Arztbesuch wirklich erforderlich ist – und sollte im Sinne eines telemedizinischen Bereitschaftsdienstes weiter ausgebaut werden.

Eine wesentliche Herausforderung bleibt es also, niederschwellige Angebote für all diejenigen Fälle abzusichern, die nicht lebensbedrohlich sind und ambulant gut versorgt werden können. Grundsätzlich ist dies der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV),

der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die KVen müssen eine flächendeckende ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung organisieren und haben den sogenannten Sicherstellungsauftrag. Derzeit gibt es jedoch keine ausreichende Transparenz über die Sprechzeiten niedergelassener Vertragsärzte oder deren Vertretungen. Außerdem besteht keine Verpflichtung zur gleichmäßigen Verteilung der Praxis-Sprechzeiten. Die Ärzte sind in ihrer Planung frei. Ein klassisches Beispiel ist der Mittwoch- und Freitag-Nachmittag, an dem traditionell nur sehr wenige Ärzte Sprechzeiten anbieten. Diese fehlende Abdeckung auch in den Abendstunden begünstigen das Aufsuchen von Notaufnahmen. Die vertragsärztliche Versorgung zu Randzeiten könnte insbesondere durch Kooperationen niedergelassener Vertragsärzte optimiert werden. In besonderer Verantwortung stehen hier die Hausärzte. Sie können in dringenden Fällen einen Facharzttermin vermitteln, der innerhalb eines Zeitraums von vier Kalendertagen stattfinden soll. Da sie für diese Vermittlung entsprechend vergütet werden, sollte eine Verpflichtung für die Vermittlung eingeführt werden. Ideal wäre die Etablierung eines allgemeinen elektronischen Terminbuchungssystems, das von allen Praxen verpflichtend zu nutzen ist. Würden freie ambulante Behandlungskapazitäten transparent dargestellt, stehen diese für Patienten in der Versorgung auch schneller zur Verfügung.

Ein wesentlicher Baustein der Vorschläge des BKK Dachverbands zur Verbesserung der Notfallversorgung ist die Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ). Sie sollen eine niedrigschwellige zentrale Anlaufstelle an ausgewählten Krankenhäusern sein, die an der Notfallversorgung teilnehmen und damit eine stationäre Notfallstufe erhalten. Die INZ sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam betrieben werden. Am sogenannten „gemeinsamen Tresen“ sollte dann mithilfe eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entschieden werden, ob die Patienten entweder direkt versorgt oder in eine adäquate ambulante Versorgung vermittelt werden können. Anzahl, Standort und Versorgungsumfang der INZ sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch bundeseinheitliche Festlegungen bestimmen. Dabei ist der regionale Bedarf zu berücksichtigen. Wichtig ist zusätzlich eine Verknüpfung der INZ mit telemedizinischen Leistungen sowie dem aufsuchenden Bereitschaftsdienst. Über die bestehenden Notrufnummer 112 und die Nummer des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 würden Anrufende zukünftig je nach Dringlichkeit entweder in die Vertragsarztpraxis, an den Rettungsdienst oder in ein INZ vermittelt. Beide Rufnummern sollten weiterhin erhalten bleiben. Anderenfalls könnte sich die Erreichbarkeit der Notrufnummer 112 in dringenden Notfällen verschlechtern. Die Überlastung der Notrufzentralen in Großstädten ist bereits ein öffentlich viel diskutiertes Thema. Um unnötige Inanspruchnahmen der Rettungsleitstellen und Notaufnahmen zu vermeiden, sollten maximale Warte- und Bearbeitungszeiten für die 116117 der Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt werden. Wichtig ist auch, dass bei einem getrennten Betrieb der beiden Rufnummern keine wertvolle Zeit bis zur Versorgung verloren geht. Bei Anrufen unter der Nummer 116117 ist sicher zu stellen, dass in lebensbedrohlichen Fällen direkt der Notarzteinsatz organisiert

wird. Alle Akteure müssen daher vernetzt kommunizieren und agieren. Die Digitalisierung kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Um weitere Reibungsverluste zu vermeiden ist eine Leitstellenreform erforderlich. In den Bundesländern existiert zum Teil eine Vielzahl an regionalen Leitstellen. Diese sind Dreh- und Angelpunkt für die Aufnahme von Notrufen, die Einteilung und Organisation der Einsatzfahrzeuge des Rettungsdienstes und der Feuerwehr. Wichtig sind zielgerichtete Zusammenschlüsse von Regionalleitstellen. Erfahrungen einzelner Bundesländer wie Brandenburg zeigen, dass so die operative und strategische Arbeit verbessert und die Interaktion zwischen den Leitstellen und externen Institutionen, wie dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, optimiert werden kann. Effizienzreserven werden gehoben. Ebenso können Digitalisierungsprozesse beschleunigt und vereinheitlicht werden. Wesentlich ist eine verbindliche Schnittstellenbeschreibung, um eine Vernetzung der Leitstellen untereinander und auch mit anderen Akteuren, wie z. B. mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, der Polizei oder der Feuerwehr, zu gewährleisten. Im Land Brandenburg (alle 5 Regionalleitstellen) ist diese digitale Verknüpfung zwischen Polizei, Feuerwehr und der Kassenärztlichenvereinigung bereits technisch umgesetzt und im Tagesgeschäft laufend. Die softwareseitige Vernetzung der Leitstellen ermöglicht eine Vertretung und Unterstützung untereinander, um die Disposition von Feuerwehr und Rettungsdienst auch bei Katastrophen und Großschadensereignissen sicherzustellen.

Zur Feststellung, ob ein medizinischer Notfall vorliegt, soll ein standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren als Unterscheidungsinstrument eingeführt werden. Ein solch digitales Assistenzsystem soll alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe abbilden, Behandlungsdringlichkeiten priorisieren und Empfehlungen für die geeignete Versorgung abgeben. Dabei muss im Sinne der Patientensicherheit das Verfahren über eine hohe Treffsicherheit bei der Entdeckung und Feststellung medizinischer Notfälle verfügen. So kann erreicht werden, dass Patienten direkt in das passende Krankenhaus, etwa in eine Klinik mit Stroke Unit („Schlaganfall-Einheit“), gebracht werden. Auch gilt es, die verbindliche digitale Datenweitergabe an den Rettungsdienst und an das angefahrne INZ einzuführen. Zusätzlich sollen telemedizinische Möglichkeiten flächendeckend genutzt werden. Sie führen z. B. aus dem Rettungswagen heraus eine telemedizinische Kontaktaufnahme mit dem Zielkrankenhaus durch.

Ergänzend erhält das Krankenhaus bereits vor der Aufnahme die medizinischen Angaben der Patienten, die im Rettungswagen erfasst werden.

Gleichzeitig sollte die Vorhaltung eines Telenotarztes verpflichtend sein. Dieser kann dabei auch leitstellenbereichsübergreifend organisiert werden. Er soll schnell und räumlich unabhängig den Rettungsdienst qualifiziert unterstützen und regionale Notarztkapazitäten entlasten. So kann eine notarztbegleitete Rettungsfahrt z.B. unter Einbindung eines Telenotarztes erfolgen.

Zudem müssen Notfallsanitäter rechtlich mehr Kompetenzen erhalten, um Abläufe zu beschleunigen und unnötige Notarzteinsätze oder Krankenseinweisungen zu vermeiden, indem sie mehr medizinische Maßnahmen übernehmen dürfen. Es können auch neue Arten von Rettungsmitteln geschaffen werden. Notfalltransportwagen für nicht-zeitkritische Notfälle wären zum Beispiel eine sinnvolle Ergänzung. Das begrenzte hochqualifizierte Personal steht so den dringenden Notfällen zur Verfügung und die vorhandenen Kapazitäten der Rettungswagen werden gezielter eingesetzt.

Ebenfalls sollte die Verschiebung der Zuständigkeiten des Rettungsdienstes von kommunaler Ebene auf Regierungsbezirks- oder Länderebene geprüft werden. Dadurch kann die Finanzierung und Abrechnung des Rettungsdienstes für das jeweilige Bundesland einheitlich und durch eine zentrale Stelle erfolgen. Über die Grenzen einzelner Landkreise hinweg können beispielsweise die Standorte der Rettungswagen besser abgestimmt und auf die Fläche verteilt werden. Außerdem sind die Krankenhausplanung und die Bedarfs- und Kapazitätsplanung des Rettungsdienstes zwingend aufeinander abzustimmen, denn krankenhauplanerische Veränderungen haben unmittelbare Auswirkungen auf den Bedarf und die Fahrzeiten des Rettungsdienstes.

Ordnungspolitische Voraussetzung der Reform ist, den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich im Sozialgesetzbuch zu verankern. So wird dann auch eine Abrechnung

von Notfallbehandlungen vor Ort auch ohne den direkten Transport in das nächstgelegene Krankenhaus ermöglicht, wodurch das Patientenaufkommen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser verringert werden kann. Fehlfahrten, die nicht zur Aufnahme in ein Krankenhaus führen, verursachen aktuell immer wieder Finanzierungs- und Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern.

Ergänzend gilt es noch einen Blick auf die Arzneimittelversorgung zu lenken. Auch diese hat in der Notfallversorgung Optimierungspotential. Patienten, die in Notfällen ein Krankenhaus aufsuchen, erhalten zur ambulanten Weiterversorgung Arzneimittelrezepte. Versorgungslücken können insbesondere im ländlichen Raum außerhalb der üblichen Öffnungszeiten einer Apotheke entstehen. Patienten können ihr Rezept nicht unmittelbar einlösen oder müssen weite Wege zurücklegen, um ihr dringend erforderliches Arzneimittel zu erhalten. Entsprechend ist in den INZ oder in deren unmittelbarer Nähe eine Apotheke vorzusehen. Diese Apotheke könnte auch eine Apotheke „light“ sein, die nicht alle Anforderungen an Apotheken hinsichtlich der räumlichen und organisatorischen Anforderungen und Ausstattung (z. B. Laborvorhaltung) erfüllen muss. Ergänzend sollten Krankenhausapotheken enger in die Versorgung eingebunden werden. Wird ein INZ an einem Krankenhaus betrieben, das auch eine Krankenhausapotheke hat, sollte diese die erforderlichen Arzneimittel an Patienten direkt abgeben dürfen, um somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Das gilt auch für Patienten mit Entlassverordnungen. Nach jetziger Rechtslage dürfen die Krankenhausapotheken diese Arzneimittelrezepte nicht beliefern. Zulässig ist allenfalls eine (optionale) Mitgabe einzelner Tabletten zur Überbrückung an Wochenenden oder Feiertagen, die den Bedarf meist jedoch nicht ausreichend deckt. Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die nachhaltige und verbindliche Koordination der Notdienste der Ärzte und Apotheken: Die Akteure sollten sich so abstimmen, dass jene Apotheken einen Nacht- und Notdienst leisten, die in der Nähe von

FORDERUNGEN DER BETRIEBSKRANKENKASSEN AN EINE REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

- Leitstellen reformieren inkl. bundeseinheitliche Vorgaben zur digitalen Ausstattung der Leitstellen
- Zuständigkeiten und Trägerschaft des Rettungsdienstes neu strukturieren
- Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V verankern
- Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren für Notfälle schnellstmöglich einführen
- Integrierte Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe errichten
- Vernetztes Notleitsystem unter Erhalt der beiden Nummern 112 und 116117 sicherstellen
- Unterschiedlich personell ausgestattete Rettungsmittel (zum Beispiel Notfall-Transportwagen) entlasten die begrenzt vorhandenen Kapazitäten der Rettungswagen
- Flächendeckender Einsatz von Telenotärzten
- Eigenverantwortliches Handeln von Notfallsanitätern stärken, um Abläufe zu beschleunigen und unnötige Notarzteinsätze oder Krankenhauseinweisungen zu vermeiden
- Gleichmäßige Verteilung der ärztlichen Praxis-Sprechzeiten auf alle Wochentage zur Sicherung einer konstanten Versorgung außerhalb der Notfallambulanzen
- Verbindliches elektronisches Terminbuchungssystem über die Terminservicestellen für die niedergelassenen Ärzte einführen
- Apotheken in den INZ oder in deren unmittelbarer Nähe für die direkte Arzneimittelversorgung vorsehen sowie
- Kampagnen zur Aufklärung der Bevölkerung durchführen

Bereitschaftspraxen des ärztlichen Notdienstes liegen. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen gewährleistet eine unmittelbare Arzneimittelversorgung in Notfällen und damit eine umfassende, stringente Notfallversorgung im Allgemeinen.

Zuletzt ist die Bevölkerung selbst ein wichtiger Faktor für die Reorganisation und Entlastung der Notfallversorgung. Durch ein gutes Verständnis der Versorgungsstrukturen wissen Patienten, welche Anlaufstellen mit welchem medizinischen Behandlungsbedarf sie aufsuchen sollten. Es gilt daher, in breiten Aufklärungskampagnen die beiden Rufnummern 112 und 116117 zu erklären. Würden die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten gestärkt, könnte dies das Vertrauen in die 116117 stärken. Fühlten sich die Patienten dort gut betreut, würde dies die Strukturen entlasten. Die freiwerdenden Kapazitäten können zielgerichtet für die lebensbedrohlichen Notfälle eingesetzt werden. Zusätzlich kann die Bevölkerung in einer Aufklärungskampagne lernen, wie sie selbst in Notfällen Hilfe leisten und somit Teil der Notfallversorgung werden kann. Nach Zahlen des Deutschen Reanimationsregisters erlitten in Deutschland im Jahr 2020 mindestens 60.000 Menschen einen Herz-Kreislauf-Stillstand außerhalb eines Krankenhauses. Nur etwa 10 Prozent der Betroffenen überlebten. Bei nur gut 40 Prozent aller Herz-Kreislauf-Stillstände wurde eine Reanimation durch Laien begonnen. In den skandinavischen Ländern, in denen Wiederbelebung ein Bestandteil im Schulunterricht ist, liegt die Quote hingegen bei 80 Prozent. Aufklärung und Ausbildung der Bevölkerung in elementaren Gesundheitsfragen ist demnach ebenfalls ein wichtiger Bestandteil einer Notfallreform. ■



WEITERE INFORMATIONEN

Rettungsdienste: Reform tut Not
www.bkk-dachverband.de



Positionspapier zu Notfallversorgung
www.bkk-dachverband.de



INTERVIEW

DIE NOTFALLVERSORGUNG IST SELBER PATIENT

Ralf Krawinkel
Fachbereichsleiter Feuerwehr Potsdam,
Leitender Branddirektor

Der Rettungsdienst steht kurz vor dem Kollaps. Nicht nur in Potsdam, sondern bundesweit, sagt uns Ralf Krawinkel, Fachbereichsleiter Feuerwehr der Landeshauptstadt Potsdam: „Die Sanitäter sind frustriert über lange Schichten ohne Pausen und immer mehr Verdichtung.“ Sein Situationsbericht macht deutlich: In der Summe haben kleine Dinge einen massiven Einfluss auf die Notfallversorgung und lösen eine Art Kettenreaktion aus. Dadurch gerät das System auf Dauer massiv unter Druck.

Ein Notruf geht ein: Der Patient klagt über Rückenschmerzen. Die hat er seit Wochen. Ist das ein Fall für den Notarzt? Natürlich nicht. Für viele Menschen in Deutschland offenbar schon. Notfälle, die eigentlich gar keine sind, rauben dem Personal in den Notaufnahmen nicht nur Nerven, sondern vor allem Zeit. Herr Krawinkel, wie ist das Verhältnis dieser Fälle zu den richtigen Notfällen, wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle?

Wir sehen, dass 60 Prozent der Einsätze Bagatelleinsätze sind, bei denen keine lebensbedrohliche Situation vorliegt. Es gibt also nur in 40 Prozent der Einsätze den klassischen Notfall, also eine Situation, die Gefahr für das Leben der Menschen bedeutet und für die der Rettungseinsatz eigentlich vorgesehen ist.

Ist der Rettungsdienst für Bürgerinnen und Bürger zu oft die erste Anlaufstelle, womöglich sogar die Alternative zum Arztbesuch?

Ja, das ist wirklich so. Typische Situation aus der Praxis: Wir nehmen einen Notruf an, in dem der Hilfesuchende ausführt, er hätte seine Rückenschmerzen seit einer Woche, brauche aber genau jetzt Hilfe. Es ist nicht selten, dass wenn wir nachfragen, ob deshalb bereits der Hausarzt aufgesucht wurde, dies verneint wird. Es ist tatsächlich so: die Notfallrettung wird für alles herangezogen, was an medizinischen Fällen denkbar ist. Wir sind wohl auch deshalb in einer schwierigen Lage, weil die kassenärztliche Versorgung nicht mehr so in der Fläche vorhanden ist, wie das noch vor einigen Jahren der Fall war.

In Berlin gab es jüngst einen heftigen Streit zwischen Innensenatorin und Gesundheitssenatorin über die Mittel, den Rettungsdienst vor dem Dauer-Ausnahmestand zu bewahren. Zuletzt wurde hinter den Kulissen mit den Fristen getrickst: Also die Zeit bis zur Ankunft beim Patienten nicht mehr ab dem Anruf messen, sondern erst dann, wenn der Rettungswagen die Rettungswache verlässt. Ein abenteuerlicher Vorschlag, ohne irgendeine medizinische Facheinschätzung zu berücksichtigen. Dit is Berlin. Aber was kann man wirklich tun?

Das System ist krank, der Rettungsdienst ist nur ein Zahnrad in einem komplexen Gesundheitssystem. Unser Gesundheitswesen ist aber selber ein Patient. Es ist sinnlos an den Auswirkungen herumzudoktern – die Ursachen der Probleme müssen angegangen werden. Das System muss systemisch gedacht und dann entsprechend gehandelt werden. Es nützt nichts, wenn wir die Frist verlängern, die festlegt, wie lange es dauern darf, bis Rettungswagen und Notarzt eintreffen. Oder, wenn wir überlange Dienstzeiten tolerieren, in denen die Kollegen im Rettungsdienst ausbrennen. Oder, wenn wir ausschließlich die Krankenhäuser und ihre Notaufnahmen besser machen. Oder, wenn wir nur mit dem KV Bereich kooperieren, so dass mehr Einsätze an die Kassenärztliche Vereinigung abgegeben werden können. Wir müssen das ganzheitlich denken und das System über die Sektoren hinweg zielführend steuern.



Ralf Krawinkel
@Ralf_Krawinkel

GESUNDHEIT

GLEICHE CHANCEN FÜR ALLE?

Von Siegfried Gänsler, Vorsitzender des Vorstandes der vivida bkk

Unsere Welt verändert sich immer schneller und wir stehen zahlreichen Herausforderungen gegenüber: Die Corona-Pandemie, Konflikte in der Welt, soziale Ungerechtigkeit, die Finanzierungslücke im Gesundheitssystem und die spürbaren Auswirkungen des Klimawandels sind nur einige davon. All das hat Auswirkungen auf unseren Alltag – und unsere Gesundheit.



© vivida bkk

Gerade in diesen unsicheren, fordernden Zeiten ist es umso entscheidender, dass wir auf unser physisches und psychisches Gleichgewicht achten. Doch zu viele vernachlässigen Körper und Psyche und damit ihre Gesundheit – häufig ohne es selbst zu merken. Das hat nicht nur Auswirkungen auf das eigene körperliche Wohlbefinden und die psychische Ausgeglichenheit, auch wir als Gesellschaft bekommen das zu spüren: Als die Krankmeldungen durch die Corona-Pandemie in den Betrieben übermäßig anstiegen, wurde mehr als deutlich, dass wir wirtschaftlich und gesellschaftlich zunehmend an Grenzen stoßen. Nicht zuletzt deshalb sollte es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe werden, Menschen dabei zu unterstützen, eine gesunde Lebensführung mühelos in ihren Alltag zu integrieren. Am nachhaltigsten ist das, wenn wir bei den Kleinsten anfangen. Denn was in jungen Jahren idealerweise spielerisch gelernt wird, ist prägend, bleibt im Gedächtnis und zahlt sich in Form eines gesunden Lebens langfristig aus.

Die gesellschaftliche Verpflichtung ist sogar gesetzlich festgelegt: Bereits vor 30 Jahren hat der Deutsche Bundestag die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ratifiziert. Dazu gehört auch das in Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention verbriefte Recht des Kindes auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“.

LEBENSUMSTÄNDE PRÄGEN DIE GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN

Die Realität sieht jedoch anders aus. Der im September 2022 veröffentlichte Bericht der Stiftung Kindergesundheit, den wir als vivida bkk und unsere Stiftung „Die Gesundheitsarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit“ unterstützt haben, vermittelt ein umfangreiches Bild zur Kindergesundheit in Deutschland. Darin kommen erschreckende Ungleichheiten zutage!

Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status haben demnach deutlich schlechtere Startchancen ins Leben: Ihre Mütter rauchen viel häufiger in der Schwangerschaft und sie leiden öfter an chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und psychischen Auffälligkeiten. Das ist besonders fatal, weil Gesundheitsbeeinträchtigungen und -risiken, die bereits in frühen Jahren auftreten, häufig langfristige Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter haben. Auch gesundheitsschädliche Verhaltensmuster und Lebensstile, die in der Kindheit erlernt werden, verfestigen sich oft im Jugend- und Erwachsenenalter – mit Auswirkungen auf die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit in Schule, Ausbildung, Studium und Beruf.

Gerade die entscheidenden Bausteine „Ernährung“ und „Bewegung“ werden bei Heranwachsenden je nach Sozialstatus ganz unterschiedlich gelegt: Laut KiGGS-Studie des RKI (2014–2017) essen Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit geringerem Einkommen seltener frisches Obst und trinken öfter zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. Ebenfalls sind junge Menschen aus Haushalten mit geringem sozioökonomischen Status seltener

sportlich aktiv: 28,2 Prozent von ihnen treiben keinen Sport. Bei Kindern mit hohem sozioökonomischen Status sind es hingegen nur 11,1 Prozent. Mit diesen Voraussetzungen ist es nicht verwunderlich, dass Jungen aus sozial benachteiligten Familien eine 4,1-fach höhere Adipositas-Häufigkeit aufweisen und Mädchen eine 4,4-fach höhere Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu leiden als Jungen und Mädchen mit höherem sozioökonomischen Status.

GESUNDHEITSKOMPETENZ: MANGELHAFT!

Gesundheitskompetenz bedeutet die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, richtig zu verstehen, zu beurteilen und verwenden zu können, um ein angemessenes Gesundheitsverhalten zu entwickeln, sich bei Krankheiten die entsprechende Unterstützung zu sichern und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können. Auch in diesem Bereich gibt es in Deutschland große Defizite: Die vom BMG geförderte, im Februar 2021 publizierte Studie der Universität Bielefeld „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie“ hat die Gesundheitskompetenz vor und während der Corona-Pandemie verglichen und die aktuelle Gesundheitskompetenz abgefragt. Demnach schätzen fast 60 Prozent ihre Gesundheitskompetenz derzeit nur als eingeschränkt oder unzureichend ein.

Diese mangelnde Gesundheitskompetenz wirkt sich problematisch auf das physische und psychische Wohlergehen der Betroffenen aus – bis hin zu einer erhöhten Mortalität. Hinzu kommt, dass Selbstmanagementfähigkeiten oftmals unzureichend ausgeprägt sind und Vorsorgeangebote kaum genutzt werden.

Dies hat nicht nur gesellschaftliche, sondern auch ökonomische Auswirkungen: Die Gesundheit beeinflusst schließlich, ob wir unsere Arbeit ausüben können oder ob wir zeitweise oder dauerhaft dazu nicht in der Lage sind.

- » Wenn Gesundheitsthemen verteilt über sämtliche Lehrpläne und Klassenstufen überwiegend freiwillig angeboten werden, fühlt sich am Ende keiner verantwortlich.«

GESUNDHEIT MUSS AUF DEN STUNDENPLAN

In den Lehrplänen der Schulen tauchen Gesundheitsthemen in der Regel dennoch nur sporadisch auf und beschränken sich meist auf allgemeine Fächer wie Biologie und Sport. Sie sind oft als Wahloption in bestimmten Klassenstufen vorgesehen und spielen im Unterricht keine wesentliche Rolle. Somit fehlt eine konsequente Beschäftigung mit dem Thema durch alle Jahrgangsstufen hindurch.

Diesen Zustand bemängeln auch die jungen Bundesbürger und -bürgerinnen selbst: Über 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wünschen sich ein eigenes Schulfach Gesundheit. Das zeigen Ergebnisse der repräsentativen Studie „Zukunft Gesundheit – Jungen Bundesbürgern auf den Puls gefühlt“ der vivida bkk und der Stiftung „Die Gesundarbeiter“ vom Juli 2022. Hierfür wurden mehr als 1.000 Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland zwischen 14 und 34 Jahren befragt.

Zwar hat die Bildungspolitik bereits im Jahr 2012 mit dem Beschluss der Kultusministerkonferenz „Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ die Bedeutung des Themas für den Schulunterricht erkannt. Allerdings blieben die Aussagen vage und bedürfen in den einzelnen Bundesländern der konkreten Umsetzung. Erste Ansätze gibt es: So ist das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ beispielsweise in Baden-Württemberg seit dem Schuljahr 2016/17 Bestandteil der Bildungspläne. Im Rahmen einer von insgesamt sechs Leitperspektiven soll damit das Ziel einer gesundheitsfördernden Schule, die die Lebenskompetenzen und persönlichen Schutzfaktoren der Schülerinnen und Schüler festigt, umgesetzt werden. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ fordert ebenfalls seit 2018 mehr Gesundheitsunterricht in den Schulen.

Zudem gibt es aus medizinischer Sicht Zuspruch: Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, möchte Kinder schon in der Schule systematisch für eine gesunde Lebensweise sensibilisieren und plädiert bereits in der Grundschule für ein Schulfach Gesundheitsförderung.

EIGENES SCHULFACH GESUNDHEIT UNUMGÄNGLICH

Diese bildungspolitische Neuausrichtung geht indes nicht weit genug: Wenn Gesundheitsthemen verteilt über sämtliche Lehrpläne und Klassenstufen überwiegend freiwillig angeboten werden, fühlt sich am Ende keiner verantwortlich. Wenn Gesundheit und Gesundheitsförderung als Bildungsziele wirklich ernst genommen werden sollen, müssen sie in einem eigenständigen Schulfach behandelt werden!

Gesundheit sollte sich wie ein roter Faden durch das Schulleben ziehen. Ein fächerübergreifender Ansatz, ein bloßer Verweis auf den Sport- und Biologieunterricht oder ein ausschließlich auf das Thema Ernährung abzielendes Schulfach greifen zu kurz. Nur durch ein eigenständiges Schulfach Gesundheit ist gewährleistet, dass Kinder und Jugendliche – beginnend von der ersten Klasse bis zu ihrem Schulabschluss – das Fachwissen und die Kompetenzen erwerben, die für eine nachhaltig gesunde Lebensführung wichtig sind.

Konzeptionell sollte das Schulfach Gesundheit breit aufgestellt sein: Neben Informationen über die Funktionen des Körpers und wichtige Erkrankungen sollten Lehrerinnen und Lehrer ebenfalls psychologische und soziologische Zusammenhänge vermitteln. Damit wären viele Themen, die Kinder und Jugendliche beim Aufwachsen betreffen, feste Bestandteile des Lehrplans. Auch eine gesunde Lebensweise mit ausreichend Bewegung, ausgewogener Ernährung, Entspannungsmöglichkeiten und Strategien zur Suchtvermeidung sollten wesentliche Inhalte des Schulfachs sein. Themen wie Unfallverhütung, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Organspende oder Impfungen stellen sinnvolle medizinische wie gesellschaftlich wichtige Ergänzungen dar.

Seit langem setzen wir uns als vivida bkk nachhaltig für ein eigenständiges Schulfach Gesundheit ein und haben hierzu ein Positionspapier erarbeitet.

GESUNDE KINDER = GESUNDE ERWACHSENE

Wenn Kinder auf diese Weise früh ein Gefühl für den eigenen Körper entwickeln, sich Gesundheitskompetenz aneignen und ihre seelische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gefördert wird, wirkt sich das nicht nur positiv auf die Lebensqualität aus. Auf diese Weise kann der Entwicklung von modernen Zivilisationskrankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Depressionen, Burnout und Sucht vorgebeugt werden. Davon profitieren natürlich in erster Linie die Heranwachsenden selbst sowie ihre Familien. Darüber hinaus reduzieren sich die Kosten im Gesundheitswesen und wir alle profitieren – denn unsere Gesellschaft ebenso wie die Wirtschaft brauchen später ihre Ideen, ihr Engagement und ihre Potenziale.

Dass wir als vivida bkk hier ebenfalls aktiv sind und unsere Verantwortung für die Prävention bei Kindern und Jugendlichen ernst nehmen, zeigt nicht zuletzt die Tatsache, dass wir bereits 2012 – als erste und einzige gesetzliche Krankenkasse – eine Präventionsstiftung gegründet haben. Die Stiftung „Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit“ kümmert sich schwerpunktmäßig um Kinder und Jugendliche. In den Projekten der Stiftung lernen die jungen Menschen beispielsweise, was gesunde Ernährung bedeutet und wie sie diese umsetzen können, was Gesundheit am Arbeitsplatz ausmacht und wie sie sich gezielt entspannen können – wichtige Grundlagen für eine ausgeglichene, gesunde Lebensführung. Alle Projekte finden sich auf der Homepage www.Stiftung-Gesundarbeiter.de.

JUNGE MENSCHEN IN IHRER LEBENSWELT ABHOLEN

Unser Ziel ist es, junge Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen und sie dabei zu unterstützen, eine gesunde Lebensführung dauerhaft in ihren Alltag zu integrieren. Besonders beim Thema Bewegung ist das dringend notwendig: Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für Schülerinnen und Schüler eine tägliche körperliche Aktivität von mindestens

60 Minuten, um gesund und fit zu bleiben. Wie das „Bewegungs-Zeugnis“ der Technischen Universität München aus dem Jahr 2022 konstatiert, das die vivida bkk und ihre Stiftung „Die Gesundarbeiter“ unterstützt haben, erreichen das in Deutschland kaum ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen!

Dabei geben 77 Prozent der jungen Bundesbürger laut der Studie „Zukunft Gesundheit“ aus dem Jahr 2022 an, dass sie gerne mehr Sport treiben würden – auf dem Weg dahin brauchen sie mehr Unterstützung.

Vereine vor Ort spielen dabei eine wichtige Rolle, um junge Menschen übergreifend zu erreichen und zu fördern. Wir als vivida bkk bewerkstelligen dies beispielsweise über unseren „Gesundheitsbaukasten“ für Vereine. Um alle Mitglieder eines Vereins zu unterstützen, bieten wir acht Module an, aus denen jeder Verein die für sich passenden auswählen kann. Diese enthalten ein umfangreiches Angebot von geistiger Fitness und Konzentration mit „Train your brain“ über Verletzungsprophylaxe bis hin zu Gewaltprävention und Entspannungstechniken.

Auch unsere breit aufgestellte Gesundheitspartnerschaft mit dem Deutschen Basketball Bund (DBB) zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche direkt in ihrer Lebenswelt abzuholen: Unter anderem durch kindgerechte Veranstaltungen, sogenannte „Minifestivals“, werden Kinder zu sportlicher Betätigung motiviert und gleichzeitig soziale Kompetenzen gestärkt. Seit Projektstart im Juli 2022 konnten so bisher rund 400 Kinder zwischen sieben und elf Jahren neben der Freude an Bewegung ihre Kenntnisse und Fähigkeiten rund um ausgewogene Ernährung, mentale Gesundheit, Medienkompetenz und körperliche Entspannung erweitern.

MENTALE GESUNDHEIT NICHT VERGESSEN

Inflation, Mobbing, Leistungsdruck – natürlich hat auch die mentale und soziale Gesundheit Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Und auch hier gibt es Handlungsbedarf: So fühlen sich nach der aktuellen Studie „Zukunft Gesundheit“ 68 Prozent junger Heranwachsender in Deutschland häufig gestresst.

Bis es bundesweit ein eigenständiges Schulfach Gesundheit gibt, brauchen junge Menschen daher in diesem Bereich Unterstützung. „Smog. Nicht mit mir“ – ein Projekt der SMOG e. V. gemeinsam mit der vivida bkk – setzt hier schon bei Grundschulen an. Über Verhaltenstrainings und Selbstverteidigung unterstützen wir die Resilienz und das Selbstbewusstsein der Jüngsten.

Das Projekt „Digitale Helden“, das wir als vivida bkk in der 7. und 8. Klasse gemeinsam mit Eltern und Lehrkräften umgesetzt haben, legt den Fokus auf Cybermobbing, Medienkonsum und Gefahren im Internet – ein weiterer Aspekt auf dem Weg zu einer resilienten Generation. Denn vor allem Heranwachsende brauchen Unterstützung auf dem Weg zu einem bewussten, gesunden Umgang mit sozialen Netzwerken, dem Internet und anderen digitalen Medien.

Kindergesundheitsbericht 2022

Am Weltkindertag, dem 20. September 2022, hat die Stiftung Kindergesundheit in Berlin einen umfassenden Bericht zur Kindergesundheit vorgelegt. Dieser zeigt detailliert auf, an welchen Stellen Kinder und Jugendliche Unterstützung benötigen, damit sie von Anfang an ein gesundes und ausgeglichenes Leben führen können.

THEMEN

- Mentale Gesundheit
- Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Chronische Erkrankungen
- Klimawandel
- Sozioökonomischer Status
- Ernährung und Bewegung
- und mehr

PROJEKTPARTNER

- Stiftung Kindergesundheit
- Stiftung „Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit“
- vivida bkk
- MSD Sharp & Dohme GmbH
- Novartis Pharma GmbH

AUTOREN

Dr. Carolin Ruther, Prof. Dr. Christoph Klein, Dr. Franziska Reiß, Dr. Ester Orban, Ann-Kathrin Napp, Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Franziska Beck, Isabel Marzi, Clara Tristram, Prof. Dr. Yolanda Demetriou, Prof. Dr. Anne Kerstin Reimers, Dr. Christian Roeßler, Dr. Julia Schoierer, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Prof. Dr. Berthold Koletzko, Alicia Steffel, Anna Philippi sowie das Team der Stiftung Kindergesundheit.



STUDIE „ZUKUNFT GESUNDHEIT“

Seit 2012 führt die vivida bkk – ehemals Schwenninger Krankenkasse – die repräsentative Studie „Zukunft Gesundheit – Jungen Bundesbürgern auf den Puls gefühlt“ durch. Dafür werden jährlich etwa 1.000 junge Bundesbürger zwischen 14 und 34 Jahren unter anderem zu den Themen Prävention, Ernährung, Bewegung, Entspannung befragt.



ALLE UMFRAGEERGEBNISSE VON 2012 BIS 2022
www.vividabkk.de/studie

GESUNDHEIT FÜR ALLE: VIELFÄLTIGE HERAUSFORDERUNG, GROSSE CHANCEN

Wir wissen: Um Kinder und Jugendliche auf den Weg zu einer gesunden Lebensführung zu bringen, der die mentale, soziale und körperliche Gesundheit umfasst, gibt es viel zu tun.

Die Diskrepanz der Gesundheitschancen heranwachsender Generationen muss stärker in den Fokus der Sozial- und Gesundheitspolitik rücken. Denn die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nicht nur für die jungen Menschen und ihre Familien enorm wichtig, sondern auch gesamtgesellschaftlich und nicht zuletzt für den Arbeitsmarkt mit dem sich in Deutschland zuspitzenden Fachkräftemangel. Wir können es uns schlichtweg nicht leisten, einen so großen Teil nachfolgender Generationen zurückzulassen.

Es gibt zahlreiche Ansatzmöglichkeiten, dem entgegenzuwirken. Am effektivsten sicherlich über ein entsprechend gestaltetes Schulfach, das sich von der 1. Klasse bis zum Schulabschluss durchzieht. So könnten wir der sozialen Ungerechtigkeit gerade beim Thema Gesundheit begegnen: Durch ein Schulfach Gesundheit würden wir tatsächlich alle Kinder von klein auf altersgerecht erreichen – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, familiärem und sozialem Hintergrund. Durch die Festlegung als Pflichtfach, unabhängig von Schulart und Jahrgangsstufe, wäre die Nachhaltigkeit der Inhalte garantiert.

Gelingt es uns, Gesundheitsbildung in Schulen oder sogar noch früher – in Kitas und Kindergärten – zu verankern, können davon ebenfalls gesamtgesellschaftliche Impulse ausgehen. Kinder beeinflussen ihre Eltern, Geschwister, vielleicht auch die Großeltern, Freunde oder andere Verwandte. Nicht zuletzt profitiert unsere Gesellschaft wirtschaftlich durch weniger krankheitsbedingte Ausfälle und eine gesteigerte Produktivität – gesundheitsbewusste Kinder werden motivierte, fitte Auszubildende oder Studierende und später Beschäftigte. Davon profitiert schließlich unsere ganze Gesellschaft und dies nicht nur wirtschaftlich. ■

BKK DACHVERBAND VOR ORT

MODERNE TECHNIK UND IHRE GRENZEN

Von Torsten Dittkuhn, Politik und Kommunikation

Mit Schienen- und Bahntechnik verbindet längst niemand mehr analoge oder manuelle Technik. Die Digitalisierung ist mittlerweile weit fortgeschritten und die Technik ebenso. Das Siemens-Mobility-Werk in Braunschweig fungiert dabei als Denkfabrik für Signaltechnik und den digitalisierten Schienenverkehr. Hier werden Hightech-Lösungen für die Bahnautomatisierung entwickelt. Aber es gibt auch Parallelen zu unserem Gesundheitswesen. Denn wie bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen gibt es auch bei der Entwicklung des Schienennetzes Limitierungen, die nicht sein müssten. Ein inspirierender Besuch und Austausch.



© Siemens AG

Der Werksbesuch des mit rund 3.600 Beschäftigten weltweit größten Standorts für die Entwicklung von Signaltechnik fand im Rahmen des Projekts diabetes@work statt. Einem Projekt, das es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Diabetes-Erkrankung ermöglicht, ihre berufliche Tätigkeit weiter auszuüben. Um sich sozusagen aus erster Hand ein Bild zu verschaffen, wie das Projekt und auch Gesundheitsprävention im betrieblichen Alltag im Werk umgesetzt werden, waren neben Dr. Gertrud Demmler, Vorständin der Siemens Betriebskrankenkasse und Anne-Kathrin Klemm, Vorständin des BKK Dachverbands, auch Dr. Christos Pantazis, Bundestagsabgeordneter mit Sitz im Ausschuss für Gesundheit und Abgeordneter des Wahlkreises Braunschweig Nord, vor Ort.

» LötKolben, Kabelstränge und High-Tech Roboter am weltweit größten Standort für Entwicklung von Signaltechnik.«

INNOVATIVE TECHNIK TRIFFT AUF REALITÄT

Der Rundgang durch die Werkshallen und die Ausführungen des Werksleiters machten den Kontrast zwischen der Zukunftstechnik und der Technik, die teilweise immer noch in Gebrauch ist und damit auch die Parallelen zum Gesundheitswesen sehr deutlich.

Die erste Station der Tour über den Siemens-Campus ist das neue Lager, der sogenannte „Autostore“. Hier erkennt man bereits, was Technologie und Digitalisierung leisten können. Ein Hochregal mit Staplerfahrer sucht man vergebens. Auf einer relativ kleinen Fläche stapeln sich auf 13 Stockwerken mehr als 32.000 kleine schwarze Boxen, die von 16 Robotern angesteuert werden. Der Inhalt wird über das interne Logistiksystem verteilt. Koordiniert wird das gesamte System, das rund 40 Prozent Lagefläche einspart, über einen Algorithmus. Obwohl die Roboter kein Crash-Safety-System besitzen, ist es nicht möglich, dass sie miteinander kollidieren, da jeder Roboter die „Route“ der anderen kennt und bei einem möglichen Ausfall durch einen der anderen Roboter ersetzt werden kann.

Die zweite Station der Besichtigung findet unter der Überschrift „Norwegen“ statt und liefert einen weiteren Hinweis innovativer Technik, die in Braunschweig entwickelt wird. In einem kleinen Showroom steht in einer Ecke ein Schrank mit einer Glasfront. Er hat

die Maße eines großen Kühlschranks mit Gefrierfach: Etwa 60 Zentimeter breit, 60 Zentimeter tief und etwa zwei Meter hoch. Mit einigen Luftschlitzen bestückt, wirkt der grau-beige Kasten sehr unscheinbar. Und auch der Blick durch die Glastür lässt den Betrachter nicht erahnen, welche Technik in dem Schrank steckt. Aber im Volksmund spricht man ja auch nicht von ungefähr von den „inneren Werten“, auf die es ankommt. Das gilt hier auch. Das Original dieses Kastens steht in Norwegen und steuert den gesamten Schienenverkehr des skandinavischen Landes – das entspricht ungefähr der Größe des Schienennetzes von Niedersachsen, nur auf einer sehr viel größeren Fläche. Es ist also ein Stellwerk, das alle Informationen per Funk von kleinen gelben Platten erhält, die wie Fußballtreter aussehen und die in Sekundenbruchteilen Daten erfassen und übertragen, wenn der Zug mit einer Geschwindigkeit von 67 km/h über sie hinwegrollt.

EIN WERK MIT HIGHTECH UND ANALOGEN ARBEITSPLÄTZEN

Diese Technik sorgt beim Werksbesuch für großes Staunen. Und zwangsläufig auch zu der Frage, warum der Einsatz solcher technischen Lösungen in Deutschland nicht möglich ist. Die Antwort wird beim weiteren Rundgang durch das Werk und dem Blick auf manche Arbeitsplätze in den Werkshallen deutlich: Es ist nicht alles Hightech! Hier existieren auch noch ausgedruckte Schaltpläne, die an Stellwände gepinnt sind, LötKolben, Plastikboxen mit Ersatzteilen und Kabelstränge, die manuell verbaut werden müssen. Notwendig ist dies, weil sich im deutschen Streckennetz der Bahn noch Schientechnik aus den 1950er Jahren befindet, die gewartet bzw. erneuert werden muss. Hier schließt sich der Kreis zum Gesundheitswesen.

ABGLEICH MIT UNSEREM GESUNDHEITSSYSTEM

Auch unser Gesundheitswesen pflegt und erhält Technik und Strukturen, die veraltet sind. Die Hürden legen der Gesetzgeber und/oder auch einzelne Akteure im System fest, die dem Fortschritt im Weg stehen. Die Beispiele sind zahlreich. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist eines davon. Die ePA ist im Prinzip so ein Stellwerk-Schrank im Hosentaschenformat. Sie könnte lückenlos die Krankheitsgeschichte von Versicherten dokumentieren, dadurch unnötige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermeiden, das gesamte Gesundheitsmanagement in die Hände von Patientinnen und Patienten legen und Effizienzreserven durch Digitalisierung heben. Stattdessen sind die Leistungserbringer in Deutschland immer noch nicht vernetzt und Praxen und Gesundheitsämter nutzen weiterhin Faxgeräte. Und die Abrechnungsdaten von Ärztinnen und Ärzten werden auch nicht, wie bei den „kleinen gelben Fußabtretern“, in Echtzeit übertragen, sondern kommen mit bis zu neun Monaten Verzögerung dort an, wo sie verarbeitet werden müssen.

GESUNDHEITSSYSTEM HINKT BEI INNOVATIONEN HINTERHER

Das sind nur zwei Beispiele, die im Widerspruch zu den Möglichkeiten stehen, die vieles erlauben und vieles möglich machen würden. Visionen, wie beispielsweise der Einsatz von Künstlicher Intelligenz oder Big Data im Bereich von Disease Interception, um perspektivisch ein präventives Gesundheitssystem zu ermöglichen und nicht ein reagierendes Krankheitssystem, sind hier noch ganz weit weg. Über diese „Trasse“ denken andere allerdings längst nach, während wir noch darum streiten, über welchen (Um)Weg Versicherte ihren Zugang zur ePA legitimieren können. Der Widerspruch zur Technik, die wir alle ganz selbstverständlich privat nutzen, könnte nicht größer sein. Umso erstaunlicher, dass die Digitalisierung nicht mit mehr Verve von verschiedenen Akteuren selbst getrieben wird. Stattdessen erleben wir gerade im Social Media-Bereich unter dem Hashtag #PatientendatenInGefahr eine Kampagne aus Gesundheitsberufen gegen die Nutzung von Versichertendaten.

DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG NEU DENKEN

Um die elektronische Patientenakte, den Präventionsansatz sowie die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung drehte sich auch der Austausch der Werksbesucherinnen und Werksbesucher vor und nach dem Rundgang über das Werksgelände. Dabei stellte Dr. Pantazis heraus, dass die Gesundheitspolitik einen Ansatz benötige, der die Verhinderung von Krankheitsereignissen in den Fokus stelle: „Prävention muss integraler Bestandteil von Gesundheitspolitik werden. Es müssen die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden, dass die präventiven Ansätze in den Betrieben unterstützt und gestärkt werden.“ Die elektronischen Patientenakte könne – so seine Überzeugung – eine entscheidende Rolle spielen, um die Verhinderung von Krankheiten deutlich zielgenauer anzugehen. Das ist im Prinzip der Kerngedanke der Qualitätsoffensive der Betriebskrankenkassen: Den Wettbewerb nicht über den Beitrag zu fördern, sondern über die Versorgungsqualität, die sich auch durch erfolgreiche Präventionsprojekte „messen“ lässt. Der Schlüssel liegt dabei in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung. Diese fehlt und dies macht das System ineffizient und gemessen an den Kosten, die entstehen, die Outcomes durchschnittlich bis unterdurchschnittlich. Dazu tragen unter anderem auch Regelungen des Gesetzgebers bei. Dr. Demmler verdeutlicht dies an dem Beispiel, dass Betriebsärzte in der Überleitung von Prävention keine digitalen Gesundheitsanwendungen verordnen dürfen und Mitarbeitende hierfür an die ambulante Praxis verweisen müssen, obwohl das Präventionsprogramm im Betrieb angesiedelt ist. Ihre Forderung ist unmissverständlich: „Wir müssen Gesundheitsversorgung neu denken. Prävention in übergreifenden Settings denken und auch den Arbeitsplatz, die Betriebsmedizin und die Gesundheitsförderung in die Kette der Gesundheitsversorgung integrieren.“ Ein Plädoyer für eine patienten- bzw. menschenzentrierte Versorgung. Die Relevanz dieser, nicht nur perspektivisch, sondern schon jetzt, stellt Frau Klemm noch einmal heraus, indem sie das Thema Prävention in den Kontext des Klimawandels stellt. Viele Möglichkeiten können aktuell nicht ausgeschöpft werden, da

die gesetzlichen Rahmenbedingungen das nicht hergeben. Das schränkt die Krankenkassen in ihrem Handlungsspielraum beispielsweise in Leistungsverträgen mit Versicherten stark ein. „Da benötigen wir deutlich mehr Freiheit, deutlich mehr Vernetzung und deutlich mehr Möglichkeiten, um das, was wir an Klimaveränderungen sehen, im Zusammenhang mit Prävention und Versorgung zu gestalten und umzusetzen“, betont sie. Im Prinzip greifen alle genannten Punkte ineinander und lassen sich zu einer gesundheitspolitischen Leitlinie ausarbeiten.

EINE PERSPEKTIVE FÜR DIE ZUKUNFT

Denken wir Gesundheit patientenzentriert, also aus der Perspektive der/des einzelnen Versicherten, liegt es auf der Hand, das Umfeld – Arbeitsplatz, Bildung, Wohnort, Einkommen – und dadurch bedingte mögliche Gesundheitsrisiken zu berücksichtigen. Damit verliert Gesundheit jedoch nicht wieder den kollektiven und solidarischen Charakter, der im Laufe der Pandemie, den Trend der Eigenverantwortung der letzten Jahre etwas verdrängt hat. Im Gegenteil. Wenn das Gesundheitswesen den präventiven Ansatz stärkt, sodass jede oder jeder Einzelne Verhaltensmuster beispielsweise in den Bereichen Ernährung und Bewegung ändert, trägt dies zu Kosten- bzw. Ressourceneinsparungen bei und hat damit Einfluss auf das Gesundheitssystem wie auch auf unser Klima. Das heißt, dass der persönliche Lebensstil, die eigene Gesundheitskompetenz und auch das betriebliche Setting elementare Einflussfaktoren auf die kollektive Gesundheit sind. Das individuelle Gesundheitsverhalten geht in der „Solidargemeinschaft Gesundheit“ insofern auf, dass jeder quasi als „Social-Healthcare-Clickworker“ seinen (kleinen) Teil zum Gelingen des großen „Projekts“ planetare Gesundheit beiträgt: Gesundheits-Crowdsourcing, wenn man so will! Dabei kommt neben dem einzelnen Akteur der Digitalisierung eine entscheidende Rolle zu. Sie schafft durch Früherkennung, Big Data und dem Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Diagnose die Grundlage für eine dezidierte Analyse, die uns anleitet woran wir – abgesehen von unserem Lebenswandel – an uns „arbeiten“ müssen. Die Digitalisierung gibt dann jedem Einzelnen Tools in Form von Wearables, Fitness-apps oder digitalen Gesundheitsanwendungen an die Hand um das umzusetzen oder zu

kontrollieren. Und letztendlich ist ohne die Digitalisierung kein Gesundheitsmanagement möglich, weshalb den Krankenkassen die Kompetenz erteilt werden muss, Versicherten so nutzen zu können, dass eine individuelle Ansprache möglich ist, damit sie ihre Rolle als Lotse durch den Gesundheitsdschungel wahrnehmen können. Das ist elementar, denn nur dann können Krankenkassen aktiv gestalten.

KEINE COPY & PASTE-VERSORGUNG

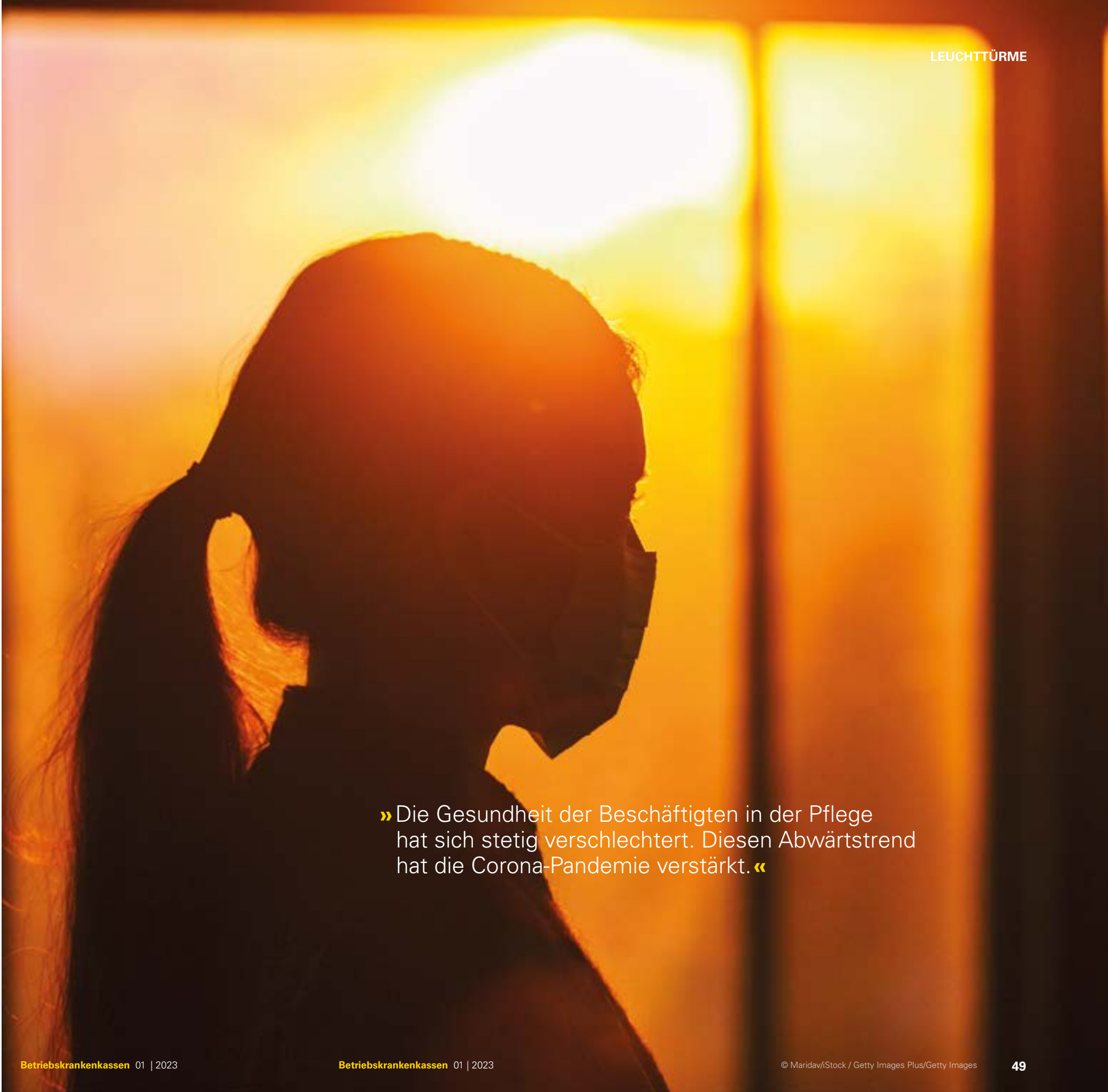
Bisher hatte man häufig den Eindruck in unserem Gesundheitssystem wird immer nach Blaupausen gesucht. Die galten lange Zeit als moderne technische Reproduktionslösung. Zum Beispiel für Schaltpläne. Damit wurde das Wort Blaupause populär. Aber mit der Popularität kam auch die Kritik an der Massenproduktion und Normung. Auch im Gesundheitswesen war man lange der Meinung – teilweise ist man es noch – Bewährtes einfach übertragen zu können. Warum nicht kopieren, was Erfolg hat? Aber das Mindset hat sich geändert. One size fits all – oder Präventions-Lösungen „von der Stange“ wollen wir Krankenkassen längst nicht mehr, weil wir erkannt haben, dass Erfolgsfaktoren und geschaffene Strukturen keine Allgemeingültigkeit besitzen. Wir wollen die Weichen stellen für ein modernes Gesundheitswesen, das über den Tellerrand hinausschaut und eine aktive, gestaltende Rolle einnimmt. Dafür benötigen wir in einigen Bereichen dringende Reformen und im Prinzip so einen grau-beigen Kasten, der das alles steuert. Digital. Ist besser. ■

BKK GESUNDHEITSREPORT 2022

PFLEGEFALL PFLEGE?

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

Pflege steht heute mehr denn je im Spannungsfeld zwischen fortschreitendem demografischen Wandel der Gesellschaft und zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dabei bleiben am Ende nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern auch die professionellen Pflegekräfte auf der Strecke. Die Corona-Pandemie hat diesen Trend zusätzlich verstärkt, wie man deutlich an Fehlzeiten sowie auch der Selbsteinschätzung der Beschäftigten in der Pflege ablesen kann. Es braucht jetzt substantielle strukturelle und systemische Reformen, um eine Trendumkehr dieser Entwicklung herbeizuführen.



» Die Gesundheit der Beschäftigten in der Pflege hat sich stetig verschlechtert. Diesen Abwärtstrend hat die Corona-Pandemie verstärkt. «

DIE PFLEGE STEHT BEREITS SEIT JAHREN IM FOKUS

Bereits im BKK Gesundheitsatlas 2017 wurde deutlich, dass die Beschäftigten in der Pflege nicht nur besonders hohen physischen und mentalen Belastungen, sondern zudem oftmals schlechteren Arbeitsbedingungen als Beschäftigte in anderen Berufen ausgesetzt sind. Es ist deshalb wenig verwunderlich, dass es um die Gesundheit der Pflegekräfte nicht zum Besten bestellt ist, wie anhand der damaligen Analysen deutlich gezeigt werden konnte. Konsequenterweise sind vor allem in den letzten Jahren zahlreiche Anstrengungen seitens des Gesetzgebers (bspw. Konzertierte Aktion Pflege) sowie explizit im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (bspw. BKK Initiative Wertgeschätzt) unternommen worden, um die Rahmen- und Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitliche Lage der Pflegekräfte zu verbessern. Anlass genug also, um im Rahmen des BKK Gesundheitsreports 2022 zu überprüfen, ob diese Bemühungen bereits Wirkung zeigen.

GESUNDE PFLEGE I: DIE GESUNDHEITLICHE LAGE IN DER PFLEGE AM BEISPIEL ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ein wichtiges Merkmal der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten sind deren krankheitsbedingte Fehlzeiten. Wie sich diese in den Pflegeberufen im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt in den vergangenen Jahren entwickelt haben, ist in **Abbildung 1** zu sehen.

Altenpflegekräfte weisen durchweg über alle Jahre die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf. Die entsprechenden Werte der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte liegen zwar darunter, sind aber immer noch deutlich höher als die der Beschäftigten insgesamt. Die Differenz zwischen den Fehltagen der Pflegekräfte und der Beschäftigten insgesamt hat dabei in den letzten Jahren sogar zugenommen, wobei ein besonders sprunghafter Anstieg vor allem im zweiten Jahr der Pandemie erkennbar wird. Im Durchschnitt haben Gesundheits- und Krankenpflegekräfte eine Kalenderwoche (+7,5 AU-Tage) sowie Altenpflegekräfte sogar mehr als zwei Kalenderwochen (+15,0 AU-Tage) mehr krankheitsbedingte Fehltag als alle Beschäftigten im Jahr 2021.

AU-TAGE DER PFLEGEKRÄFTE IM VERGLEICH ZU DEN BESCHÄFTIGTEN INSGESAMT
IM ZEITVERLAUF 2016–2021

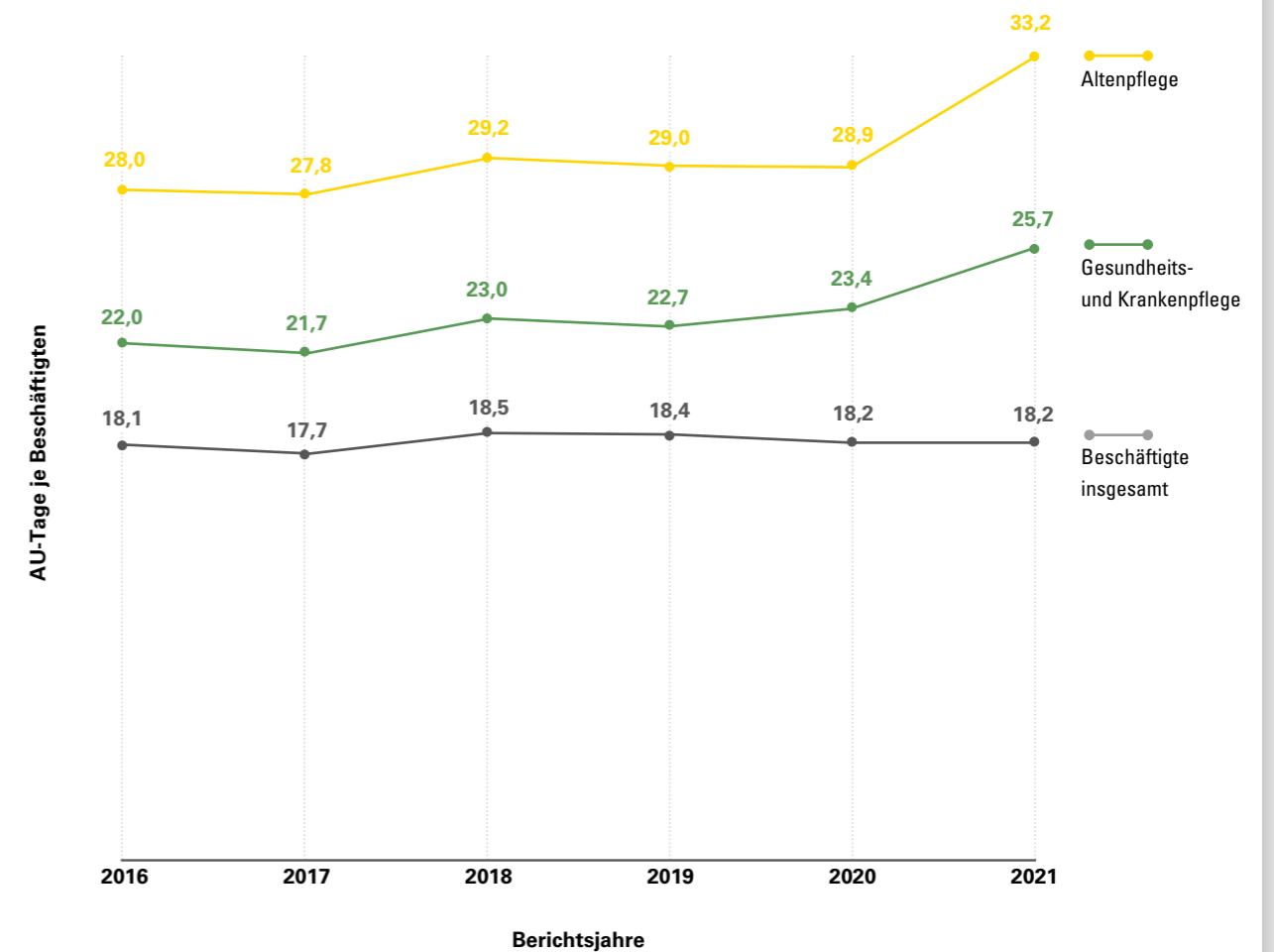
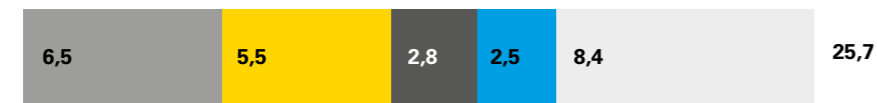


Abbildung 1: AU-Tage der Pflegekräfte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt im Zeitverlauf (2016–2021)

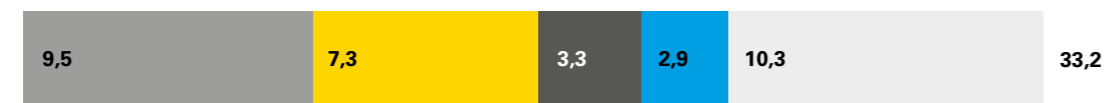
AU-TAGE DER PFLEGEKRÄFTE IM VERGLEICH ZU DEN BESCHÄFTIGTEN INSGESAMT NACH AUSGEWÄHLTEN KRANKHEITSARTEN

BERICHTSJAHR 2021

Gesundheits- und Krankenpflege



Altenpflege



Beschäftigte insgesamt

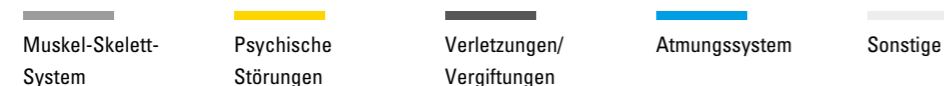
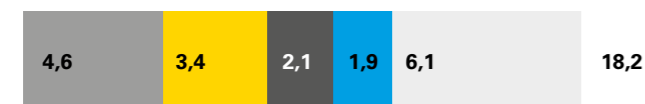


Abbildung 2: AU-Tage der Pflegekräfte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt nach ausgewählten Krankheitsarten (Berichtsjahr 2021)

Worauf diese überdurchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehlzeiten hauptsächlich zurückzuführen ist, wird in **Abbildung 2** sichtbar.

Deutlich zu erkennen ist, dass zwei Krankheitsarten das AU-Geschehen bei den Pflegekräften dominieren: Bei Fehltagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen die Werte der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte um rund das 1,5-Fache und die der Altenpflegekräfte um mehr als das Doppelte über den Werten der Beschäftigten insgesamt. Gleiche Relationen zeigen sich auch für die psychischen Störungen. Diese beiden Krankheitsarten stehen dabei exemplarisch für die gesundheitlichen Auswirkungen der hohen physischen und mentalen Belastungen in den Pflegeberufen.

GESUNDE PFLEGE II: DIE CORONA-PANDEMIE ALS BRANDBESCHLEUNIGER

Der Einfluss der Corona-Pandemie ist mittlerweile in allen Lebensbereichen sichtbar. Allerdings gibt es nahezu keine andere Berufsgruppe, die wie die Pflegekräfte so stark davon betroffen sind. Dass in den letzten beiden Jahren nicht nur die Fehlzeiten bei den

BESCHÄFTIGTENBEFRAGUNG 2022

Einfluss der Corona-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte sowie das Arbeitsleben nach ausgewählten Berufsgruppen.

Altenpflege



Gesundheits- und Krankenpflege



Beschäftigte insgesamt



Abbildung 3: Beschäftigtenbefragung 2022 – Einfluss der Corona-Pandemie auf ausgewählte Gesundheitsaspekte sowie das Arbeitsleben nach ausgewählten Berufsgruppen.

Pflegekräften besonders stark angestiegen sind (vgl. **Abbildung 1**), sondern sich dieser negative Trend auch in der persönlichen Wahrnehmung der dort Beschäftigten widerspiegelt, zeigen die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2022, die im Mai/Juni 2022 unter insgesamt 6.000 sozialversicherungspflichtigen Berufstätigen durchgeführt wurde. In **Abbildung 3** ist die Einschätzung des Einflusses der Corona-Pandemie auf die Gesundheit sowie auf das Arbeitsleben im Allgemeinen für die Pflegekräfte im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt dargestellt. Für die körperliche und vor allem für die psychische Gesundheit gibt ein wesentlich größerer Anteil der Pflegekräfte (+5,3 bis +16,4 Prozentpunkte) im Vergleich zu allen Beschäftigten eine Verschlechterung durch die Corona-Pandemie an. Noch deutlicher wird der Unterschied bei der Frage nach dem Einfluss der Pandemie auf das Arbeitsleben allgemein. Hier geben knapp (Altenpflege: 48,6%) bzw. deutlich mehr (Gesundheits- und Krankenpflege: 59,6%) als die Hälfte der Befragten in dieser Berufsgruppe einen sehr negativen Einfluss durch die Pandemie an, während dieser Anteil mit 26,5% bei allen Beschäftigten wesentlich niedriger ausfällt. Die Corona-Pandemie hat also den ohnehin schon sehr hohen Grad an Belastungen bei den Pflegekräften noch zusätzlich verstärkt.

BESCHÄFTIGTENBEFRAGUNG 2022

Geplanter Berufs- bzw. Arbeitgeberwechsel in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen

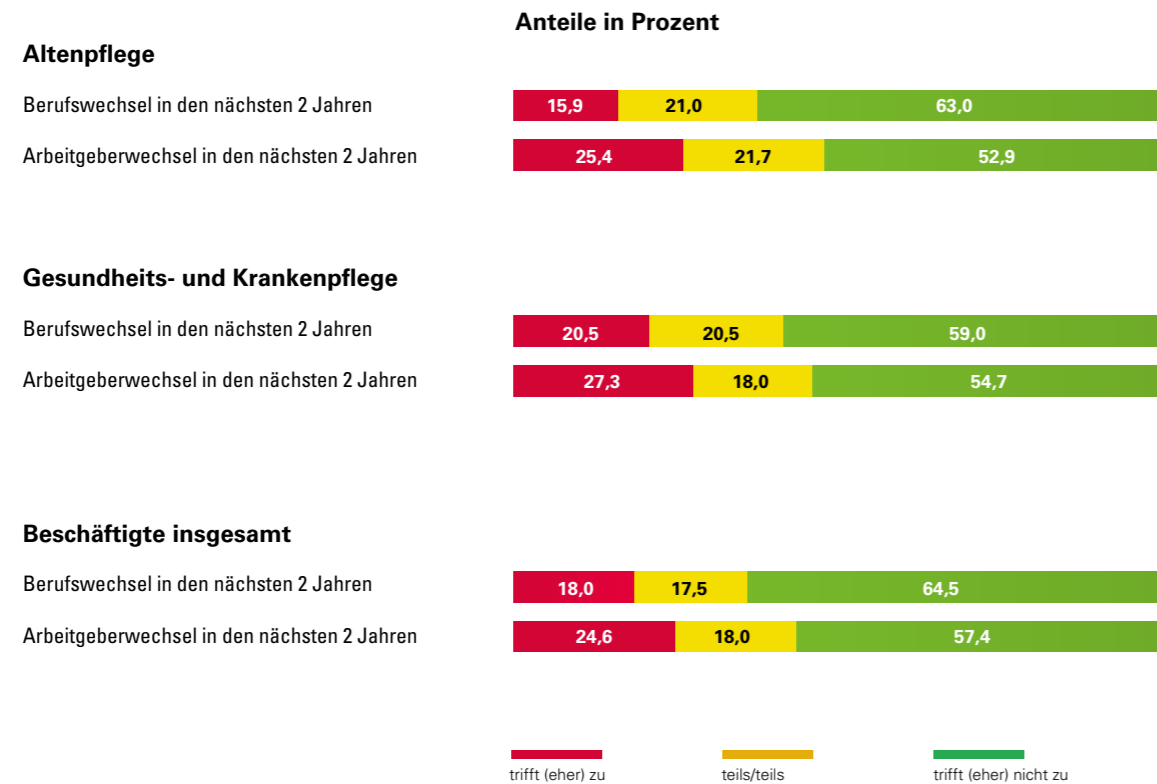


Abbildung 4: Beschäftigtenbefragung 2022 – Geplanter Berufs- bzw. Arbeitgeberwechsel in den nächsten 2 Jahren nach ausgewählten Berufsgruppen.

GESUNDE PFLEGE III: PFLEXIT ODER ALLGEMEINER WECHSELTREND?

Der Begriff „Pflexit“ steht als Synonym für den Weggang professioneller Pflegekräfte aus ihrem aktuellen Berufs- bzw. Tätigkeitsfeld. Ob bzw. wie stark dieses Phänomen bei den Pflegekräften im Vergleich zu allen Beschäftigten ausgeprägt ist, wurde ebenfalls im Rahmen der Beschäftigtenbefragung 2022 erhoben (**Abbildung 4**).

Aktuell spielt rund jede fünfte Gesundheits- und Krankenpflegekraft (20,5%) sowie etwa jede sechste Altenpflegekraft (15,9%) mit dem Gedanken, den derzeitigen Beruf in den kommenden 2 Jahren zu wechseln. Die Wechselbereitschaft ist allerdings nicht wesentlich höher als bei den Beschäftigten insgesamt ausgeprägt (18,0%), weshalb ein besonders auffälliger Trend in den Pflegeberufen - also der besagte „Pflexit“ - anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden kann. Allerdings wird die relative hohe Wechselbereitschaft im Hinblick auf den Fachkräftemangel im Allgemeinen sowie insbesondere im Pflegebereich die Arbeitswelt in naher Zukunft vor neue Herausforderungen stellen. Wesentlich höher ist hingegen die Wechselbereitschaft bezogen auf den aktuellen Arbeitgeber ausgeprägt. Etwa jede bzw. jeder vierte Beschäftigte plant, den derzeitigen Arbeitgeber in den kommenden beiden Jahren zu verlassen. Dabei ist dieser Trend bei

BESCHÄFTIGTENBEFRAGUNG 2022

Bewertung verschiedener Aspekte des Pflegeberufs

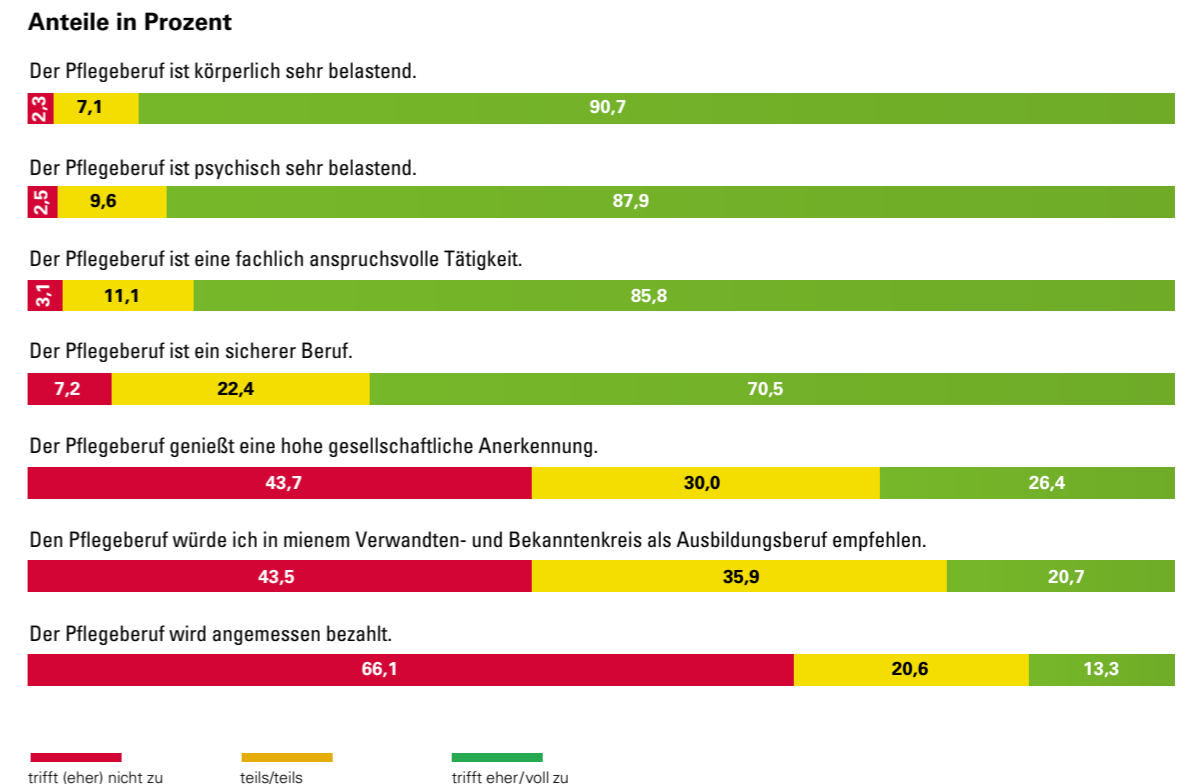


Abbildung 5: Beschäftigtenbefragung 2022 – Bewertung verschiedener Aspekte des Pflegeberufs

den Gesundheits- und Krankenpflegekräften tendenziell am stärksten ausgeprägt. Es sind also eher die Arbeitsbedingungen und -belastungen als die aktuelle Tätigkeit, die bei den Beschäftigten zu einer relativ hohen Wechselbereitschaft bezogen auf den Arbeitgeber führen (vgl. hierzu ergänzend den Artikel von Fuchs et al. im BKK Gesundheitsreport 2022).

GESUNDE PFLEGE IV: DAS IMAGE DES PFLEGEBERUFS

Neben der Perspektive der Pflegekräfte soll abschließend noch ergänzend ein Blick auf das Image der Pflege im Allgemeinen geworfen werden. Hierzu wurden alle Befragungsteilnehmer gebeten, eine Reihe von Aussagen zum Thema Pflege zu bewerten (**Abbildung 5**).

Dass der Pflegeberuf ein körperlich und psychisch sehr belastender sowie insgesamt ein anspruchsvoller, aber auch sicherer Beruf ist, wird von der überwiegenden Mehrheit aller Beschäftigten (70,5% - 90,7%) bejaht. Dagegen stimmt nur etwa jeder vierte Befragte (26,4%) der Aussage zu, dass der Pflegeberuf eine hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt, sogar nur jeder Fünfte (20,7%) würde den Pflegeberuf als Ausbildungsberuf weiterempfehlen. Am schlechtesten fällt die Bewertung der Bezahlung in der Pflege aus,

knapp zwei Drittel (66,1%) der Befragten halten diese für nicht angemessen. Dieses insgesamt eher negative Image der Pflege trägt sicherlich nicht dazu bei, dass sich zukünftig mehr Menschen für die Ausbildung als Pflegekraft entscheiden.

QUO VADIS PFLEGE?

Trotz aller Bemühungen der letzten Jahre zeigt sich, dass sich die gesundheitliche Lage der Beschäftigten in der Pflege eher noch weiter verschlechtert hat, wobei dieser Trend durch die Corona-Pandemie sogar noch verstärkt wurde. Die Tendenz den Beruf aufzugeben ist dabei nicht nur bei den Pflegekräften, sondern allgemein bei allen Beschäftigten relativ hoch ausgeprägt. Ein spezifischer Trend im Sinne eines „Pflexit“ ist hierbei allerdings nicht erkennbar. Dagegen ist die generelle Tendenz den aktuellen Arbeitgeber zu wechseln wesentlich höher ausgeprägt. Insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels in vielen Bereichen müssen Unternehmen mehr denn je daran arbeiten, die Arbeitsbedingungen noch stärker auf die Bedürfnisse ihrer Beschäftigten auszurichten. Für die Pflege stellt dabei der demografische Wandel in zweifacher Hinsicht eine zusätzliche Herausforderung dar: Einerseits wird der Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung in den kommenden Jahren abnehmen, andererseits nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen in gleichem Maße zu. Um diese Schere zu schließen, braucht es grundlegende strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie in der Pflege im Speziellen, und zwar weg von der reinen Gewinnorientierung und Ökonomisierung hin zu Gemeinwohl und Daseinsfürsorge als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (vgl. hierzu auch die Artikel von Dr. Bernadette Klapper und Franz Knieps im BKK Gesundheitsreport 2022). Nur so kann die Pflege die zukünftigen Herausforderungen meistern und der Pflegeberuf sowohl für aktuelle als auch zukünftige Beschäftigte an Attraktivität gewinnen. ■



MEHR DETAILS? – IM BKK GESUNDHEITSREPORT 2022! PFLEGEFALL PFLEGE

Welche zusätzlichen Erkenntnisse hat die Beschäftigtenbefragung 2022 zu Tage gefördert? Welche Entwicklungen zeichnen sich in der ambulanten und stationären Versorgung sowie im Bereich der Arzneimittelverordnungen bei den rund 9 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2021 ab? Detaillierte Informationen finden Sie im aktuellen BKK Gesundheitsreport. Darüber hinaus freuen wir uns sehr über die zahlreichen Beiträge unserer Gastautorinnen und Gastautoren, welche die Datenperspektive um die Blickwinkel der Politik, Wissenschaft und Praxis erweitern und bereichern. Und nicht zuletzt gibt es, zusätzlich zur digitalen Variante des Reports, wieder zahlreiche interaktive Statistiken auf der Internetseite des BKK Dachverbands.



AUF DER WEBSITE
www.bkk-dachverband.de

JUNIORCAMPUS

DER SCHOKOKUSS IM VAKUUM

Von Simone Gutsche, Georg Stamelos, VIACTIV

Um unserer Verantwortung als Unternehmen gerecht zu werden, übernehmen wir jedes Jahr mit zahlreichen Aktionen und viel Engagement soziale und gesellschaftliche Verantwortung – bundesweit und in den Regionen. So auch in Lübeck. Dort bietet die VIACTIV Krankenkasse gemeinsam mit dem JuniorCampus der Technischen Hochschule Lübeck Grund- und Vorschulkindern seit mehr als zehn Jahren die Möglichkeit, die Welt zu entdecken und gleichzeitig dem Forschergeist zu frönen. Die Kids können dabei nach Herzenslust fragen und experimentieren. Sie erleben hautnah, wie ihr Körper funktioniert und worauf es in Sachen Gesundheit wirklich ankommt. Kein Wunder, dass eines der Projekte „Kids forschen“ heißt.



© JuniorCampus TH Lübeck

Ende Oktober war es wieder einmal soweit: VIACTIV Kids forschen am JuniorCampus. Einmal im Jahr sind VIACTIV versicherte Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren eingeladen, am JuniorCampus Fragen nachzugehen, die sich um den menschlichen Körper drehen und alle Elemente zu beleuchten, die für sein Funktionieren und die Gesundheit wichtig sind. In zwei Forschergruppen – unterteilt nach Altersstufen (5 bis 7 Jahre und 8 bis 10 Jahre) – erkundeten die jungen Forscherinnen und Forscher das Wunder Atmung. Was ist Luft? Was ist Sauerstoff? Atmen alle Lebewesen? Woher weiß die Luft, wo sie hinmuss, wie sie in uns hinein und wieder herauskommt? Sind Luft, Wind und Sauerstoff das Gleiche? Was ist eine Lunge, wie sieht eine Lunge aus, haben wir alle eine Lunge



und was macht diese den ganzen Tag? Fragen über Fragen, zu denen sich die kleinen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter Anleitung ihrer erwachsenen Pendants auf die Suche nach Antworten machten. Und so begaben sich dieses Mal 30 Kinder voller Begeisterung, Spaß und Neugierde an die Entdeckung des Wunders Atmung. Glänzende Augen, Ahs und Ohs gab es, als sie herausfanden, was mit einem Schokokuss im Vakuum passiert. Warum dehnt sich der Schokokuss aus und warum platzt die Schokoladenhülle? Wie viele Schokoküsse in den kleinen Mägen verschwanden, bleibt natürlich ein Geheimnis. Wie aber die Lunge funktioniert, das konnten die Kinder anhand solch einfacher Experimente herausfinden. Gemeinsam wurden Lungenmodelle gebaut und die Kids konnten nachvollziehen, wie die Lunge arbeitet. Da mit Alltagsmaterialien gebastelt wird, können die jungen Forschenden eigenständig experimentieren und die Ergebnisse natürlich mit nach Hause nehmen. Zum Abschluss gab es natürlich für jede und jeden Forscher-T-Shirts und eine Medaille.

Gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Partner Technische Hochschule Lübeck will die VIACTIV bereits Kinder in jungen Jahren altersgerecht mit Spaß am Experimentieren für ihren Körper sensibilisieren und für das Forschen begeistern. Nachwuchsforschende können sich deshalb jedes Jahr für die Entdeckungstour gemeinsam mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vom JuniorCampus der Technischen Hochschule Lübeck anmelden und einen Expeditionsplatz sichern. Für die bei der VIACTIV versicherten Kids ist die Teilnahme natürlich kostenlos.

WAS UNS MOTIVIERT: KINDER FIT MACHEN FÜR DIE ZUKUNFT

Kinder sind unsere Zukunft. Uns ist wichtig, sie gut darauf vorzubereiten – und fit zu machen für alles, was kommt. Dazu zählt eben nicht nur, sie zu körperlicher Aktivität anzuregen. Geistige Fitness schärft ihr Urteilsvermögen und fördert ihre Eigenständigkeit. Außerdem, wie viele Kalorien verbraucht eigentlich der Denksport? Deshalb arbeitet die VIACTIV bereits seit 2008 als Wirtschaftspartner, der soziale und gesellschaftliche Verantwortung in der Region übernimmt, mit dem JuniorCampus der Technischen Hochschule Lübeck zusammen.

Forschendes Lernen orientiert sich am natürlichen Lernverhalten junger Menschen, baut darauf auf. Eigene Fragen und Beobachtungen bilden den Ausgangspunkt zum Lernen. Das Interesse für Naturwissenschaften, Technik und Medizin wird in frühen Lebensjahren geweckt und prägt entscheidend die spätere Berufs- und Studienwahl. Daher ist es wichtig, wissenschaftliches Lernen bereits in Kindertagesstätten und Schulen spielerisch, spannend und zeitgemäß zu gestalten.

Die Experimente sollen vor allem Spaß machen. Gearbeitet wird hauptsächlich mit Materialien aus dem Alltag.

Der JuniorCampus will Kindern und Jugendlichen schon in jungen Jahren vielfältige, praktische Experimentier- und Forschungserfahrungen vermitteln. „Wir fördern den Forschungsgeist, denn Wissenschaft ist kreativ, vielfältig und ein faszinierendes Erlebnis. Neugierde und Spaß stehen hierbei als Motivation im Vordergrund“, sagt Janina Mahncke, Koordinatorin „JuniorCampus – FRAGEN, FORSCHEN UND BEGREIFEN!“.

JuniorCampus TH Lübeck in 2023- Themenschwerpunkt „Mein Körper“ in Kooperation mit der VIACTIV

- **VIACTIV Kids forschen am JuniorCampus**
16.09.2023 | Mensch und Wasser!
Habt Ihr euch mal gefragt, warum wir Menschen trinken müssen? Was passiert mit dem Wasser in unserem Körper? Wieviel Wasser brauchen wir täglich? Ist Wasser gleich Wasser? Wo finden wir Wasser in der Natur und was kann Wasser alles? ...
- **JuniorCampus MINI Phänome 2023 in Lübecks Grundschulen**
Themen: Mein Körper, Optische Welten, Kraft & Bewegung
in Lübecks Kindertagesstätten
Thema: Meine Welt und ich
- **Kita-Zertifizierungen**
Aktuell sind 23 Kindertagesstätten im MINT-Zertifizierungsprozess. „Mein Körper“ stellt in den Kitas ein großes Themenfeld dar, welches sich mit elementaren wissenschaftlichen Bereichen wie Wasser, Luft, Optik, Kraft, Bewegung sehr gut kombinieren lässt.
- **Fortbildungen für Fachkräfte in Kita und Grundschule**
Themen: Was der Körper alles kann – ein gut funktionierendes Netzwerk!, Mein Körper – Wo ein Ohr ist, gibt es hoffentlich auch Schall.
- **Mit Oma & Opa & Enkelkindern forschen**
Thema: Eine Reise in das menschliche Herz!
- **JuniorCampus WeihnachtsExpedition**
Schwerpunkt 2023: Weihnachten mit allen Sinnen erfassen!

JUNIORCAMPUS: FRAGEN, FORSCHEN UND BEGREIFEN – FRÜH KREATIVE IDEEN ENTSTEHEN LASSEN

Naturwissenschaftliche, technische und medizinische Bildung ist ein essentieller Bestandteil der Allgemeinbildung. Deutschland ist das „Land der Forscherinnen und Forscher sowie der Erfinderinnen und Erfinder“. Damit dies langfristig so bleibt, setzt die VIACTIV auf die Zusammenarbeit mit Bildungsinstitutionen, von Kindertagesstätten über Schulen bis zu den Hochschulen. Für eine erfolgreiche Umsetzung, müssen auch Unternehmen, Verbände, Vereine, Eltern und Politik ihren Beitrag leisten. „Das wissenschaftliche Interesse wird nachweislich bereits im frühen Kindesalter gelegt und entwickelt sich mit zunehmendem Alter nur noch geringfügig. Aus diesem Grund ist es wichtig, Kinder bereits in jungen Jahren für Naturwissenschaften, Technik und Medizin zu begeistern. Kontinuierlich entwickeln wir neue Konzepte und Inhalte für Experimentier- und Forschungsvormittage sowie für Schülerlabore“, erklärt Janina Mahncke.

Die Begeisterung des forschenden Nachwuchses zu wecken und aufrecht zu erhalten, braucht fortwährend kreative Ideen, aber auch anregende Orte. Deshalb werden die Veranstaltungsformate auf unterschiedliche Art und Weise gefördert. Die Macherinnen und Macher des JuniorCampus laden immer wieder Unternehmen und Verbände ein, sich aktiv zu beteiligen und einzubringen. Forschendes Lernen weckt früh den Forschergeist, kann überall stattfinden, schafft vielfältige Bezüge zur realen Lebenswelt und kennt keine Altersgrenze. Fragen und Phänomene aus der realen Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen bilden den Ausgangspunkt, sich forschend neues Wissen über die Welt anzueignen. Aktives Bildungsengagement auf breiter Ebene ist gefragt, um gemeinsam etwas zu bewegen.

Allein die Veranstaltungs-Bilanz des JuniorCampus für das erste Halbjahr 2022 ist beeindruckend. Es fanden insgesamt 251 Präsenz-Veranstaltungen und 10 digitale ‚Laboratorien zum Live-Experimentieren‘ mit rund 6300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt.

Für das 2. Halbjahr wurden 170 Präsenz-Veranstaltungen und weitere 10 digitale Veranstaltungen zum „Live-Experimentieren“ geplant. Darunter die ausgebuchte „VIACTIV Kids forschen“ Reihe. Die VIACTIV kooperiert mit dem JuniorCampus der TH Lübeck das ganze Jahr über bei verschiedenen Aktionen.

Beispielsweise ging es im Mai unter dem Motto „MINI-Phänomene“ auf große Schultour. Für jeweils eine Woche verwandelten sich die Sporthallen verschiedener Lübecker Grundschulen in ein Forschungslabor der etwas anderen Art mit vielen spannenden Experimenten rund um den menschlichen Körper.

Beim Kita-Wettbewerb „Was bin ich? Mein Körper und Ich“ kamen die Jüngsten voll auf ihre Kosten. Im September 2022 startete ein großes Online-Quiz für Kita- und Grundschulkindern. Auch hier im Mittelpunkt: Unser Körper mit all seinen kleinen und großen Wundern und Geheimnissen. Über 2115 Kinder folgten dem Aufruf. Dabei entstanden spannende und unterhaltsame Videos, in denen Kinder Begriffe umschrieben, die dann erraten werden sollten.

Begeistert schauten sich die teilnehmenden Kitagruppen wöchentlich neu geladene Videos an und versuchten die Begriffe zu erraten. Alle von der jeweiligen Kita-Gruppe gesammelten Begriffe wurden eingesandt. Als Belohnung gab es neben Experimentierkits und Experimentierwochen für die Kita-Gruppen eine von der VIACTIV organisierte Entdeckungsreise zum Ringstedtenhof des Vereins LANDWEGE. „Frisch auf den Teller“ nennt sich das Projekt zum Thema gesunde und nachhaltige Ernährung auf dem Jugend-Naturschutz-Hof in Lübeck. Dort können Kinder erleben, woher Lebensmittel kommen, wie sie produziert und verarbeitet werden. Natürlich bereiten sie hier selbst leckere und gesunde Gerichte aber auch Getränke zu.

WIE ES WEITERGEHT – DIE ZUKUNFT STEHT IN DEN STERNEN

Mit vereinten Kräften und viel Einsatzbereitschaft ist es gelungen, bereits in der ersten Hälfte des Jahres die Anzahl der Veranstaltungen aus den Vorjahren zu toppen und mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßen zu dürfen als jemals zuvor. Doch Forschergeist rastet bekanntlich nicht. Es ist geplant, einen eigenen „JuniorCampus digital“ zu entwickeln und erfolgreich getestete Veranstaltungsformate auf die Bühne zu heben.

Auch im Bereich Kooperationen & Schnittstellen tut sich einiges. Für 2023 sind verschiedene Kooperationen in Sicht, wie zum Beispiel die Fachtage „Forschendes Lernen“ für Multiplikatoren sowie Themenveranstaltungen für die Öffentlichkeit. Dabei stoßen Macherinnen und Macher sogar in die unendlichen Weiten des Weltraums vor. Es wird also auch künftig nie langweilig für unsere jungen Forschenden. Denn bei der VIACTIV sehen wir das so: Kinder sind unsere Zukunft. Uns ist wichtig, sie gut darauf vorzubereiten – und fit zu machen für alles, was kommt. ■



**JUNIORCAMPUS DER TECHNISCHEN
HOCHSCHULE LÜBECK**

<https://www.th-luebeck.de/junior-campus>

ESSSTÖRUNG

PRÄVENTION UND THERAPIE

Von Manuela Osterloh, Leiterin Stabsstelle Kommunikation und Prävention, BKK Landesverband Bayern

Essstörungen sind in unserer Gesellschaft ein zunehmendes Problem. Es handelt sich oftmals um chronisch verlaufende, psychische Erkrankungen, die häufig schon im Kindes- und Jugendalter ihren Anfang nehmen und sich im Erwachsenenalter fortsetzen. Nicht nur die psychischen Belastungen sind enorm, auch die körperlichen Begleiterkrankungen sind erheblich und können unbehandelt lebensbedrohlich werden.



Weil die Krankheit schleichend verläuft und oft erst im chronifizierten Stadium entdeckt wird, ist eine schnelle und professionelle Unterstützung für die Betroffenen essentiell. Für die Erkrankten besteht ein multiprofessioneller Therapiebedarf: Psychologinnen und Psychologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler, Endokrinologinnen und Endokrinologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und viele andere Professionen sind gefragt, weil die Betroffenen auf vielfachen Ebenen Unterstützung in der Bewältigung und bestenfalls Heilung ihrer Erkrankung benötigen.

Anknüpfungspunkte für die Behandlung gibt es viele, aber die Heilungsraten sind weit davon entfernt, zufriedenstellend zu sein: Bei der Anorexia nervosa, umgangssprachlich Magersucht, liegt sie über die Lebenszeit der Betroffenen nur bei 50 Prozent. Dabei bietet grundsätzlich auch das herkömmliche Versorgungsangebot ein hohes Potenzial, die Behandlung Essgestörter zu verbessern, sofern alle notwendigen therapeutischen Fäden zusammenlaufen. Mit dem Therapienetz Essstörung und dessen Expertise hat der BKK Landesverband Bayern Verbesserungspotenziale in der Versorgung identifiziert und 2007 einen wegweisenden Versorgungsvertrag entwickelt.

NIEDRIGSCHWELIGE, SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Der Vertrag, der über die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern geführt und stetig weiterentwickelt wird, setzt niedrigschwellig bei den Betroffenen an und unterstützt die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgung der Erkrankten. Kern dieser Rahmenvereinbarung ist ein multiprofessionelles Clearing, das vom Therapienetz Essstörung koordiniert wird und den Beitrag internistischer, psychosomatischer, psychotherapeutischer, ernährungsspezifischer und anderer Fachrichtungen identifiziert. Über flächendeckende Anlaufstellen in ganz Bayern wird es den Betroffenen leichter gemacht, einen direkten Zugang zu Hilfsangeboten zu finden und den jeweils individuell richtigen Therapieansatz zu identifizieren. Dies gelingt sehr erfolgreich durch die vielfältigen und langjährigen Kontakte des Therapienetzes Essstörung in die Versorgungslandschaft vor Ort. Über einen Zeitraum von in der Regel zwei Jahren werden die Erkrankten durch ein intensives Case Management begleitet und individuell betreut. So soll die Therapietreue durch eine persönlich zugeordnete Ansprechperson erhöht werden.

Der patientenorientierte Ansatz unterstützt im Idealfall die Betroffenen dabei, ihre Erkrankung zu bewältigen und somit stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder im besten Fall, ganz zu vermeiden. Weil es bei der Behandlung von Essstörungen letztlich um eine Verhaltensänderung geht, ist es essentiell, dass die erkrankte Person aktiv an der Behandlung mitwirkt.

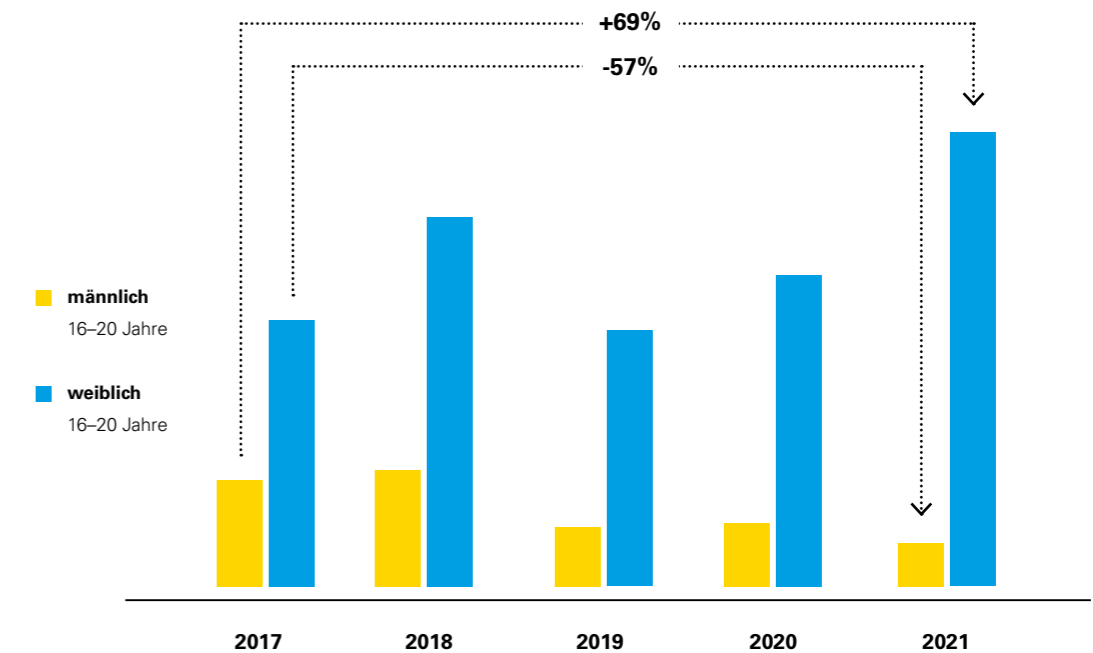
Der Versorgungsvertrag spricht Versicherte ab dem Alter von 10 Jahren (im Ausnahmefall ab 8 Jahren) an, sofern bei ihnen eine Diagnose aus der Gruppe der Essstörungen, also von Mager- bis zur Ess-Brech-Sucht, Essattacken und anderen Essstörungen, festgestellt wurde. Die Corona-Krise hat in den vergangenen, auch gesellschaftlich belastenden Jahren auch bei den Versicherten der Betriebskrankenkassen Spuren in diesen Indikationsgruppen hinterlassen.

Eine Auswertung der Diagnosegruppen Anorexia nervosa, Atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Atypische Bulimia nervosa, Essattacken bei anderen psychischen Störungen, Erbrechen bei anderen psychischen Störungen, sonstige und nicht näher bezeichnete Essstörungen als Erstbefund für BKK Versicherte in Bayern der Altersgruppen 16-20 Jahre zeigt im Verlauf 2017 bis 2021 folgende Entwicklung:

SUMME ERSTBEFUND ESSTÖRUNGSRELEVANTER F50.-DIAGNOSEN

Altersgruppe 16–20 Jahre, männliche und weibliche BKK Versicherte in Bayern 2017–2021

Quelle: BKK Landesverband Bayern



Bekannt und durch die BKK Daten bestätigt ist, dass Mädchen und junge Frauen vielfach häufiger unter Essstörungen leiden und in der ärztlichen Praxis vorstellig werden als männliche Jugendliche und jugendliche Männer. Corona-bedingt sind die Besuche in den ärztlichen Praxen insgesamt zurückgegangen und in diesem Zusammenhang müssen sicherlich auch die Daten interpretiert werden. Während bei den jugendlichen Männern der Altersgruppe 16-20 Jahre das Niveau 2017 der diagnostizierten Essstörungen im Jahr 2021 noch nicht wieder bestätigt wurde, sind bei den jugendlichen Frauen die diagnostizierten Essstörungen im Fünf-Jahresverlauf stark angestiegen. Auch die Daten anderer Kassenarten deuten darauf hin, dass die Bedeutung von Essstörungen – trotz eines Auf und Ab – tendenziell wächst.

Mit Stand Dezember 2022 unterstützen 46 Betriebskrankenkassen die Rahmenvereinbarung zur Verbesserung der Versorgung behandlungsbedürftiger Versicherter mit Essstörungen, die aktuell von der VAG Bayern mit der Therapienetz Essstörung GmbH vertraglich weiterentwickelt wird.

» Es ist immer besser, Krankheiten vorzubeugen, anstatt sie zu behandeln. «

ESSSTÖRUNGEN VORBEUGEN: DAS PRÄVENTIONSPROGRAMM „BAUCHGEFÜHL“

Es ist immer besser, der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen, anstatt sie zu behandeln. In diesem Sinne setzen die Betriebskrankenkassen auch bei der Prävention von Essstörungen an. Seit 2009 unterstützt das BKK System federführend über den BKK Landesverband NORDWEST mit den weiteren BKK Landesverbänden Bayern, Mitte und Süd das Präventionsprojekt „bauchgefühl“. Konzipiert und stetig weiterentwickelt von dem Team Gesundheit GmbH werden mit der Initiative „bauchgefühl“ Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen der Sekundarstufe 1 sowie an Berufsschulen erreicht und motiviert, sich mit dem Thema Essstörungen auseinanderzusetzen.

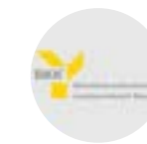
Der Bedarf ist groß: Schätzungen zufolge zeigen zwanzig Prozent der Jugendlichen erste Anzeichen eines essgestörten Verhaltens. Diese Entwicklung wird durch körperfokussierte Castingshows und soziale Medien verschärft. Aber auch im Schulalltag sind Body Shaming und Schlangheitswahn längst zum Dauerthema geworden und verstärken bei den Jugendlichen ein ungesundes Idealbild vom scheinbar perfekten Körper. Das Präventionsprojekt „bauchgefühl“ setzt dabei an, dass Schülerinnen und Schüler lernen, ein gesundes Selbstbild zu erhalten oder zu entwickeln. Die Jugendlichen lernen, ihr „Ich“ und eine positive Einstellung zum eigenen Körper zu stärken sowie sich resilient gegenüber psychischen Belastungen zu stellen.

Das moderne und facettenreiche Unterrichtsprogramm wurde für verschiedene Schulstufen konzipiert und für die Sekundarstufe 1 kürzlich aktualisiert. Lehrende und pädagogische Fachkräfte aus der Sozialarbeit oder der Schulpsychologie werden unter anderem zu den Facetten des Krankheitsbildes fortgebildet. Auch die erfolgsversprechende Ansprache von gefährdeten beziehungsweise betroffenen Schülerinnen und Schülern wird thematisiert.

Das Therapienetz Essstörung ist in dem Projekt „bauchgefühl“ nicht nur ein fester Partner, was die Beratung von Schülerinnen und Schülern angeht, sondern hat auch die fachliche Beratung bei der Entwicklung der Unterrichtsmaterialien übernommen. Die Unterrichtsmaterialien greifen in zehn Unterrichtssequenzen Themen wie Ernährungshypes, Umgang mit Social Media, Stressbewältigung und viele mehr auf. Videos, in denen Jugendliche oft selbst zu Wort kommen, dienen als Einstieg in die Unterrichtsstunden und holen die Schülerinnen und Schüler in ihrer Lebenswirklichkeit ab. Anregungen für

längerfristige Schulprojekte, aber auch Mini-Impulse zum spontanen Einsatz im schulischen Alltag runden das Unterrichtspaket ab.

Emotional abgeholt werden die Jugendlichen mit der begleitenden Konzertlesung „Musik trifft Roman – Batomae & Jana Crämer – Das Mädchen aus der 1. Reihe“. Es handelt sich hierbei um eine musikalische Lesung über Freundschaft, Musik, Mobbing in der Schule und Essstörungen, die von der Autorin Jana Crämer sowie dem Musiker David Sado, alias Batomae eindrucksvoll in Szene gesetzt wird. Das besondere Projekthighlight für teilnehmende Schulen kann von den unterstützenden Betriebskrankenkassen – wie weitere Unterstützungsangebote der Team Gesundheit auch – hinzugebucht werden und bildet einen berührenden Auftakt für ein „bauchgefühl“ – Projekt an einer weiterführenden Schule. ■



BKK Landesverband Bayern
@BKKLVBayern



INTERVIEW MIT JANA CRÄMER
BKK Interview mit Jana Crämer zu Gefühle auf Vimeo

vimeo.com/683208422

NACHHALTIGE BEHANDLUNG

THERAPIENETZ ESSSTÖRUNG

Von Marie-Luise Wilhelm, Leitung Marketing & Kommunikation,
Therapienetz Essstörung

Das Therapienetz Essstörung: ein ganzheitliches und bedarfsorientiertes Angebot zur Beratung, Therapie und Rehabilitation von Essstörungen und Adipositas. Beim Therapienetz Essstörung werden Versicherte der BKK nachhaltig beraten, behandelt und begleitet.

Laut Robert Koch-Institut (RKI) fanden sich in Deutschland 2008 bei einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten. Zu den Krankheitsbildern gehören Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht), Binge Eating Störung (Esssucht) und atypische Essstörungen, wobei all diese häufig von Komorbiditäten (u.a. Adipositas, Angststörung, Depression, Borderline etc.) begleitet werden. Weltweit standen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa unter mehr als 300 erfassten körperlichen und psychischen Erkrankungen an 12. Stelle als primärer Grund für den krankheits- und mortalitätsbedingten Verlust von Lebensjahren bei 15 – 19-jährigen Mädchen, so die Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGEES).

Das Angebot vom Therapienetz Essstörung

- + **REHABILITATION**
 Ambulante Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und Essstörungen
- + **THERAPEUTISCHE WOHNGRUPPEN**
 Für Jungen und Mädchen bis 20 Jahren, für erwachsene Frauen, spezielle Angebote für Betroffene mit Borderline und/oder Traumathematik
- + **EINZELBETREUTES WOHNEN**
 Ab 21 Jahren, ab 18 Jahren im Einzelfall, ab 12 Jahren im Einzelfall regional
- + **BERATUNG**
 Erstgespräche, Weitervermittlung, Ernährungsberatung, Ambulante Gruppen, Elternangebote
- + **BESONDERE VERSORGUNG**
 Langfristige und individuelle Betreuung (Case Management), Vermittlung an Kooperationspartner



»Wir beraten, behandeln, betreuen und begleiten nachhaltig und ganzheitlich, weit über den Standard hinaus. Im Mittelpunkt stehen die Betroffenen mit ihren Bedürfnissen.«

Experten sind sich einig, dass diese Zahlen mit der Pandemie gestiegen sind. Laut eines UNICEF-Berichts aus 2021 leiden mehr als 13 Prozent der Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren weltweit an psychischen Erkrankungen. Neuere Forschungen gehen zudem von einer großen Zahl von an Essstörungen Erkrankten aus, die nicht eindeutig einer der Hauptformen zugeordnet werden können.

Zwar gibt es bundesweit therapeutische und medizinische Angebote für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen, doch im Hinblick auf Qualität und Verteilung bestehen große regionale Unterschiede. Das war der Ausgangspunkt für die Gründung des Therapienetzes Essstörung. Das Ziel: durch ein Netzwerk an professionellen Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen eine besondere Versorgung, also eine Langzeitbetreuung für Menschen mit Essstörungen in Bayern sicherzustellen.

Heute gehören diesem bundesweit einmaligen Netzwerk ambulante Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ernährungstherapeutinnen und -therapeuten sowie verschiedene Kooperationspartner und -kliniken in ganz Bayern an. Aufgrund dieses sektorübergreifenden Behandlungsansatzes, der eine innovative Lösung mit einem Fokus auf das Wohl der Patientinnen und Patienten und einen Mehrwert gegenüber bisherigen Ansätzen bietet, sind Partnerschaften besonders wichtig.

Ärztinnen und Ärzte z.B. sind in ihrem Praxisalltag oftmals die erste wichtige Kontaktperson für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen. Da außerdem gerade in der Anfangsphase ein unspezifisches Symptombild vorhanden ist, ist die Diagnose von Essstörungen vor allem im Frühstadium oft schwierig.

„Durch die strukturelle Vernetzung aller Akteure untereinander gehen wir sowohl in Hinblick auf Qualität als auch Effektivität neue Wege, um Versorgungslücken zu schließen.“

Unser Netzwerk ist über die Jahre stark gewachsen, so dass sehr schnell individuelle Angebote gefunden werden können. Um es mit den Worten der kooperierenden Krankenkassen zu sagen: „Das, was die machen, kann die Regelversorgung nicht leisten“, so Franz Wimmer, geschäftsführender Vorstand im Therapienetze Essstörung.

Seit mehr als 30 Jahren ist das Therapienetze Essstörung ein kompetenter Ansprechpartner mit einem qualitativ hochwertigen Angebot für Menschen mit Essstörungen sowie deren Angehörige. Als therapeutisches Fachzentrum mit einer hohen Spezialisierung unterstützen Expertinnen und Experten ganzheitlich mit einem tiefen Verständnis für die Krankheitsbilder, wobei die Betroffenen mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen. Die erfolgreiche Behandlungsphilosophie des Therapienetzes basiert auf einem lösungsorientierten Ansatz mit einem hilfesystemübergreifenden Netzwerk, das Betroffenen die bestmöglichen Aussichten auf eine frühzeitige Behandlung und langfristige Genesung ermöglicht. Wichtige und erfolgreiche Bausteine sind dabei im Wesentlichen Prävention, Beratung, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung, Therapie sowie Nachsorge.

HILFE SUCHEN – THERAPIE FINDEN: EIN STARKES NETZ, DAS WIRKT

Beratungsstellen sind für Betroffene und Angehörige bei Essstörungen und/oder Adipositas oftmals die erste Anlaufstelle. In kostenfreien persönlichen, telefonischen oder Online-Beratungsgesprächen erfolgen Problemanalysen und eine Motivierung der Betroffenen zur Annahme weiterer professioneller Hilfe. Das Therapienetze Essstörung führt seit den frühen neunziger Jahren eine der größten überregionalen Beratungsstellen für Essstörungen. Dabei unterstützen die zwölf Beratungsstellen des Therapienetzes in ganz Bayern bei der Vermittlung in einer umfassenden Diagnostik und ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung.

Die Behandlung von Essstörungen erfordert vor allem einen multiprofessionellen Ansatz mit medizinischen und psychotherapeutischen Schwerpunkten sowie begleitender Ernährungstherapie und bewegungstherapeutischen und körperorientierten Angeboten. Neben Beratung und ambulanten Angeboten sind ein wichtiger Bestandteil des Angebotes des Therapienetzes Essstörung die intensivtherapeutischen Wohngruppen.



Die langfristige individuelle Betreuung (Besondere Versorgung) von Menschen mit Essstörungen durch das Therapienetz Essstörung reduziert die Essstörungs-Symptomatik

Ergebnisse: Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q8*



Kriterien zur Bewertung der Essstörungs-Symptomatik (Subskalen): Restraint (Besageltes Essen), Eating Concern (Essensbezogene Sorgen), Weight Concern (Gewichtssorgen), Shape Concern (Figursorgen). Zugrunde liegende Skalen: 0: Merkmal war nicht vorhanden bis 9: Merkmal war jeden Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden. Bedingung für Einbezug in Auswertung: alle Subskalen (0) wurden bewertet. *Wilbert, Tuschen-Caffier (2016), EDE-Q8 (Kurzversion), Deutschsprachige Übersetzung, 2. Auflage

© Therapienetz Essstörung, August 2022

Mit den eigenen intensivtherapeutischen Wohngruppen schließt das Therapienetz Essstörung die Lücke zwischen Behandlung und Alltag – Schule, Arbeit und Ausbildung sind weiter möglich – damit Klinikerfolge nachhaltig wirken oder damit ein Klinikaufenthalt ganz vermieden werden kann. Betroffene aus dem gesamten Bundesgebiet können in die intensivtherapeutischen Wohngruppen in München aufgenommen werden. Das Behandlungsangebot für Mädchen, Jungen und junge Erwachsene mit Essstörungen und deren Komorbiditäten wie Borderline-, und/oder Traumathematik umschließt sowohl eine sozialpädagogische Betreuung, psychologische und psychotherapeutische Behandlung, eine ernährungstherapeutische und ergotherapeutische Begleitung als auch eine medizinische Betreuung. Allen gemein ist das Ziel, die Betroffenen zu stabilisieren und somit eine Rückführung in die Familie oder in ein selbstständiges Leben zu ermöglichen.

Mit Essstörungen und/oder Adipositas ist es für die Betroffenen besonders wichtig, so früh wie möglich professionelle Hilfe zu erhalten, um bald zu einem selbstbestimmten Alltag zurückzufinden.

LANGZEITBETREUUNG MIT DER BESONDEREN VERSORGUNG

Seit 2007 wird das Angebot des Therapienetzes Essstörung ergänzt durch die Besondere Versorgung Essstörungen der Betriebskrankenkassen über einen Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern. Aufgabe des Therapienetzes ist hier das Case-Management, also die Organisation der passenden Therapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt, eine Vernetzung der Leistungserbringer und die individuelle Begleitung der Patientinnen und Patienten PatientInnen durch die Behandlung über einen Zeitraum von in der Regel zwei Jahren.

Im Rahmen der Besonderen Versorgung können sich beteiligte Partner (internistische, fachmedizinische, psychotherapeutische Expertinnen und Experten sowie Fachkliniken) optimal vernetzen. Durch das bayernweite Netzwerk des Therapienetzes und der engen erfolgreichen Zusammenarbeit von hochqualifizierten Fachleuten und Fachkliniken über alle Behandlungsebenen hinweg ist es möglich, alle Behandlungsschritte und Therapiemaßnahmen nahtlos miteinander zu verbinden. Dabei sind fundierte Therapiepläne mit geplanten Therapieverläufen gewohnter Standard.

Bei der Besonderen Versorgung und den Maßnahmen, die in diesem Rahmen angeboten werden, handelt es sich um Akutmaßnahmen, bei denen die Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund steht. Eine Auswertung des Therapienetzes Essstörung zeigt im Verlauf 2019 bis 2022 eine Reduktion der Essstörungs-Symptomatik der Betroffenen und damit einen nachhaltigen Behandlungserfolg durch die Besondere Versorgung für Menschen mit Essstörungen:

Neben dem umfangreichen Beratungs- und Betreuungsangebot besteht mit dem Einzelbetreuten Wohnen zudem eine kontinuierliche Unterstützung für die Betroffenen. Patientinnen und Patienten ab dem 21. bzw. 18. Lebensjahr, die selbstständig in einer Wohnung oder z.B. einem Studentenwohnheim leben, werden im Rahmen des Einzelbetreuten Wohnens im Alltag begleitet und in lebenspraktischen Aufgaben unterstützt.

Das Einzelbetreute Wohnen wird in vielen Landkreisen in Bayern angeboten und bietet die Möglichkeit, ein realitätsbezogenes Wohn- und Betreuungsangebot für erwachsene Betroffene zu schaffen. Dieses Angebot versteht sich als Zwischenstufe auf dem Weg zur weiteren Verselbstständigung der Betroffenen, das sozialpädagogisch begleitet wird und an den Bedürfnissen und Zielen der einzelnen Person ausgerichtet ist.

Auch im Bereich der Ambulanten Reha ist das Therapienetz mit passgenauen Angeboten erfolgreich aufgestellt. Das Angebot der ambulanten Nachsorge „Adipositas“ für Kinder und Jugendliche, das die Bereiche Ernährung, Bewegung und Psychoedukation beinhaltet, unterstützt dabei, den Erfolg der stationären Rehabilitation nachhaltig zu sichern und stellt somit eine zusätzliche und entscheidende Hilfe auf dem Weg einer nachhaltigen Genesung dar. Grundsätzlich ist die Rehabilitationsmaßnahme als ein Angebot zu verstehen, das hilft, die Essstörung und/oder Adipositas als psychosomatische Krankheit zu überwinden, die Schul-/Berufsfähigkeit wiederherzustellen und körperliches Wohlbefinden wiederzuerlangen. Eine Erstabklärung der Notwendigkeit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme und eine Informationsvermittlung für diese kann über das eigene Beratungsnetz des Therapienetzes erfolgen.

Zudem setzt eine sekundäre Präventionsarbeit an den altersspezifischen Bedürfnissen und Interessen von Kindern und Jugendlichen an, wobei die Vermittlung von Präventionsinhalten dabei auf sehr unterschiedliche Art und Weise erfolgen kann. Langzeitstudien

haben gezeigt, dass eine frühzeitige Behandlung bei Essstörungen die Heilungschancen deutlich verbessert. Um dies zu gewährleisten, kann die Prävention von Essstörungen in der Schule einen wichtigen Beitrag leisten. Mit Fortbildungen und Lehrvorträgen für Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Schülerinnen und Schüler und der inhaltlichen Begleitung und Mitgestaltung des Unterrichtsprogramms „bauchgefühl“ seit 2009 leistet das Therapienetz Essstörung Aufklärungsarbeit. Dabei unterstützt es mit Expertenwissen und Hilfe für Schülerinnen und Schüler dabei eine positive Einstellung zum eigenen Körper zu festigen und den konstruktiven Umgang mit psychischen Belastungen zu erlernen. Ein weiterer hilfreicher Bestandteil ist – wenn gewünscht – eine anonyme E-Mail-Beratung durch Fachexpertinnen und -experten. ■

**THERAPIENETZ ESSTÖRUNG**

Weitere Informationen zum Beratungs- und Therapieangebot des Vereins finden Sie auf der Website:

www.tness.de



PERSPEKTIVEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

VISIONÄRE DER GESUNDHEIT

Von Stefan B. Lummer

Die digitale Revolution ist da und sie verändert alles. Lässt sie sich als kulturelle Herausforderung verstehen und zugleich als Marktplatz für technische Vehikel, die Menschen stärker in den Mittelpunkt eines innovativen Gesundheitssystems rücken?

Ein Internist auf der Insel Ösel in Estland kann problemlos ein EKG aus der Hauptstadt Tallinn abrufen. In Deutschland raten seltsame Experten für Sicherheit von Gesundheitsdaten, auf Smartphones zu verzichten, als hätte es die Corona Warn-App nie gegeben. Sie machen sich zum Anwalt für technische Lösungen aus einem anderen Jahrzehnt. Wir streiten erbittert über Speicherkarten und Konnektoren. Im Februar 2022 feiert eine große Ersatzkasse eine App, die ein Fax aktiviert. Die Botschafterin für Innovation des Gesundheitsclusters Berlin-Brandenburg hat das Jahr gerettet und im Winter 2022 ein dickes Buch herausgegeben, das die schnellen, klugen, zuversichtlichen und mutigen Köpfe und Antreiber digitaler Lösungen versammelt: VISIONÄRE DER GESUNDHEIT.

Inga Bergen ist seit drei Jahren Gastgeberin eines Podcasts mit demselben Titel. Sie stellt in diesem Format Menschen vor, die Innovationen im Gesundheitswesen tatsächlich ausrollen können. Die Autorinnen und Autoren haben über Visionen und klare Zielbilder hinaus nämlich auch die Position und die Mittel, die digitale Revolution zu nutzen, Patientinnen und Patienten schneller, präziser, individueller zu diagnostizieren und zu behandeln, den Zugang zu neuesten Forschungsergebnissen und innovativen Prozessen zu erleichtern. Aber die digitale Revolution, die Geschäftsmodelle, Industrien und ganze Gesellschaften verändert, wäre keine, hätte sie nicht das Potenzial, auch auf das veränderungsresistente Gesundheitssystem disruptiv zu wirken: Digital Health beschleunigt Transformation, vereinfacht Prozesse radikal und stellt Versicherte und Patienten ins Zentrum multiprofessioneller medizinischer Teams. Dies rückt den Outcome für Patienten in den Fokus, Krankheiten zu verhindern, Nicht krank bleiben, Medikation, chirurgische Eingriffe und belegte Krankenhausbetten mit den entsprechenden finanziellen Anreizen.

Wir sind mächtig stolz, dass Andrea Galle in dieser Reihe der außergewöhnlichen Antreiberinnen und Antreiber eines digitalen Gesundheitssystems dabei ist: Vorständin

Hrsg.: Inga Bergen

VISIONÄRE DER GESUNDHEIT

Verlag:

Medizinische Wissenschaftliche

Verlagsgesellschaft

ISBN: 978-3-95466-767-3

Einband Taschenbuch 320 Seiten



AB INS REGAL

der BKK VBU, die Krankenversicherung weit über Geld und Paragraphen hinausdenkt. Es gibt einen lebendigen digitalen Alltag der Menschen abseits von Arztpraxen und Krankenhäusern. Es gibt auch schon unzählige Digital-Health-Lösungen, allerdings sind viele noch nicht mit unserem Sozialversicherungsmodell vereinbar. Apps zur Prävention und Therapiebegleitung sind auf der DiGA Liste der BfArM. Das Krankenhauszukunftsgesetz hat zuletzt auch Patientenportale angetrieben, die Daten aus unterschiedlichen Quellen zur mobilen und stationären Nutzung verfügbar machen – aber eine Digitalstrategie fehlt. „Uns ist doch mittlerweile klar, dass der Gesundheitsbegriff viel mehr umfasst, als das SGB V vorschreibt“, lesen wir im Kapitel von Andrea Galle. Sie stellt die Frage, die den Finger tief in die Wunde eines entschleunigten Systems legt: „Was verteidigen wir eigentlich in unseren Silos? Budget? Wissen? Macht?“

Es hilft weder Versicherten noch Patientinnen und Patienten, sie noch jahrelang im nicht-digitalen nationalen Wartezimmer einzusperrern und die finanzgetriebenen Silos der Versorgung erbittert zu verteidigen. „Den wirklichen Mehrwert von Digitalisierung über ihren Selbstzweck werden wir erst erfahren, wenn wir aufhören, in Silos zu denken“, schreibt Andrea Galle. Der Kassenchefin ist – ebenso wie den anderen in diesem Band versammelten VISIONÄREN DER GESUNDHEIT klar, dass im Gesundheitssystem der Stellenwert von Kooperationen wachsen wird, dass wir viel besser werden im vernetzten Denken und Handeln. Es geht um neue Partnerschaften, neue Rollen. Es gilt, Geschwindigkeit und Risiko als entscheidende Wettbewerbsvorteile zu erkennen. Denn die Techgiganten haben den gut finanzierten deutschen Gesundheitsmarkt für sich entdeckt. Sie bringen kolossale finanzielle, personelle und technische Mittel sowie enorme digitale Kompetenzen an den Start. Die strategische Basis des Erfolgs der Techgiganten sind riesige Datenmengen. Und Kapazitäten, um personenbezogene Gesundheitsdaten auch außerhalb des Gesundheitssystems zu erheben, zusammenzuführen, aufzubereiten und zu nutzen. Dieser Band aus dem Verlag von Dr. Thomas Hopfe muss in Ihr Regal. Aber vorher griffbereit auf Ihren Schreibtisch, damit Sie rasch das eigene Netzwerk erweitern und nach innen stärken. Denn die Autorinnen und Autoren haben ein Gefühl für die notwendige Beschleunigung und den erforderlichen kulturellen Bogen für ein klares Zielbild. Es gilt – wie Andrea Galle schreibt – „Digitalisierung so zu gestalten, dass sie ihr Versprechen für ein besseres und einfacheres Leben auch einlöst.“ ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 1 | 2023

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 31. Januar 2023
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

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

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

Bildnachweis:
Titelbild: © Martin Barraud/OJO Images/Getty Images,
S. 7, 16, 48, 67, 73: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 26: © Sebastian Gabsch, S. 31: © vivida bkk S. 41: © Siemens AG, S. 59, 60: © JuniorCampus TH Lübeck

