



BESSER VERNETZT

■ KUNDENREPORT 2021

Versicherte wollen ihre Gesundheitsdaten für bessere Versorgung nutzen.

■ ARZNEIMITTELPREISE

Das Prinzip Preis folgt Evidenz und faire Kriterien der Preisbildung.

Editorial

Welche gesellschaftliche Aufgabe lösen die Gesetzlichen Krankenkassen? Wir sichern Menschen gegen die Gefahr der persönlichen und wirtschaftlichen Existenzbedrohung durch Erkrankung ab. Zugleich obliegt es der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kooperation mit ihren Partnern im Gesundheitswesen Versorgungsstrukturen und -prozesse zu organisieren und so den Menschen Zugang zu einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen. Versicherte in allen Lebenslagen zu begleiten und dabei Bedarfe und Bedürfnisse der Versicherten zu erforschen, bestimmt den Kern des Wettbewerbs der Krankenkassen. Der BKK Kundenreport 2021 holt die Sicht der Versicherten auf das Gesundheitswesen in Deutschland auf die politische Bühne. Unser Kundenreport zeigt, dass der Preiswettbewerb um den Zusatzbeitrag für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht die entscheidende Größe ist. Es geht vielmehr um das Sicherungsversprechen der Kasse im Krankheitsfall und darum, wie gut eine Kasse es organisieren kann, dieses Versprechen auch tatsächlich einzuhalten. Die Qualität von Krankenkassen soll also messbar und damit vergleichbar werden.

In der Pandemie ist die Bedeutung von Netzwerken und kollegialer Zusammenarbeit auf Augenhöhe allen bewusst geworden, die vor Ort um das Leben von Covid-19-Erkrankten gekämpft haben. Es ist an vielen Stellen in unserem Gesundheitssystem tatsächlich rasch gelungen, in der Krise eine strukturierte Versorgung zu organisieren, die den Pfad des Top-down verlassen hat zugunsten funktionierender Netzwerke. Die beharrliche Bürokratie, die bisher viele vernünftige Lösungen ausgebremst und zu absonderlichen Fehlanreizen geführt hat, kann diesen Trend nicht mehr stoppen. Das Zeitalter der Hierarchien geht zu Ende, das Zeitalter der Netzwerke hat begonnen. Das Anfang Juni vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrats zwingt uns, viele Dinge neu zu denken. Es enthält einen Masterplan für die Entwicklung eines Gesundheitswesens, das vernetzt, digital integriert ist. und das niemanden ausschließt vom Zugang zu einer Versorgung, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand und die mögliche medizinische Qualität an die Patienten bringt. Die zentrale Frage in einem freiheitlichen und solidarischen Gesundheitswesen ist: Wie schaffen wir Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger am medizinischen Fortschritt, der immer stärker datengetrieben ist? Nicht allein seltene Erkrankungen werden durch Nutzung von Daten aus ganz Deutschland – und noch besser im europäischen Datenraum – besser verstanden und dadurch besser behandelbar. Die Therapie chronischer Krankheiten ist nicht die Frage eines einzigen stationären Aufenthalts. Sie erfordert ein kontinuierliches Zusammenwirken verschiedener Partner im Gesundheitswesen, einschließlich des Patienten. Das Gutachten des Sachverständigenrats verlangt ein neues Grundverständnis: Alle Beteiligten müssen den Nutzen von Datenmanagement verstehen.



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

Der BKK Kundenreport enthält dazu eine zentrale zukunftsweisende Aussage: Mehr als die Hälfte der Versicherten wünschen sich eine bessere Nutzung ihrer Gesundheitsdaten für eine bessere Versorgung. Wir müssen verstehen, welche ein Schatz gehoben werden kann, wenn Projekte, die kurz vor der Vollendung stehen, wie die elektronische Patientenakte oder das jetzt gestartete eRezept, auch wirklich spürbaren Nutzen für Versicherte und Patienten stiften. Es geht also um nichts weniger, als das Sicherungsversprechen der GKV ins digitale Zeitalter zu überführen. Eine interprofessionelle, vernetzte und patientenzentrierte Versorgung muss die Regel werden, Silodenken muss sich als Ausnahme rechtfertigen. Versicherte erwarten, dass Krankenkassen sie durch das Angebot im Gesundheitswesen führen, als Lotse, als Coach, als verlässlicher Partner an ihrer Seite, die im Krankheitsfall funktionierende individuelle Netzwerke um jeden Patienten herum aktivieren können. Die Krankenversicherer werden künftig für sich andere Strukturen entwickeln und neue Rollen einnehmen. Der Gesetzgeber muss nach der Bundestagswahl rasch dafür Rahmen und Handlungsspielräume schaffen. Krankenkassen müssen neue Wege ausprobieren können. Die Stelle, die dann entscheidet, ob und wie solche neuen Angebote angenommen werden, darf nicht eine Aufsichtsbehörde in Bund oder Ländern sein, sondern die Nutzerin, der Nutzer in ihren Rollen als Versicherte und Patienten.

Eine wesentliche Lektion der weltweiten Pandemie ist sicher die Wahrnehmung, dass wir in globaler Verantwortung stehen für die Gesundheit von Menschen. Globale Verantwortung bedeutet auch, sich nicht wegzuducken vor den Herausforderungen des Klimawandels, der neue gesundheitliche und ökologische Gefahren bringt, die nicht an Landesgrenzen halt machen. Betriebskrankenkassen und ihre global aufgestellten Trägerunternehmen sind auch hier die richtigen Partner für die, die Dinge verändern können und wollen.

Ihr Franz Knieps

GESUNDHEIT UND POLITIK

**BKK KUNDENREPORT 2021:
VERSICHERTE GUT VERNETZT.**

Was wünschen sich die Versicherten von ihrer Kasse? Eine systematische Analyse der Betriebskrankenkassen holt die Sicht der Versicherten auf das Gesundheitswesen in Deutschland auf die politische Bühne und zeigt: Der Wettbewerb um den Zusatzbeitrag ist für die Versicherten nicht die entscheidende Größe. Die Qualität von Krankenkassen kann messbar und vergleichbar werden, wenn die Versicherten in den Blickpunkt rücken. Denn der Wettbewerb soll sich endlich um die drehen, für die das Gesundheitswesen geschaffen wurde.

Seite 6



GESUNDHEIT UND POLITIK

Werkstattgespräch:
Arzneimittelpreise neu gedacht

Die Höhe der Einstiegspreise für Gentherapien zeigt: Wir brauchen ein neues Modell zur Preisbildung von neuen Arzneimitteln. Schneller Marktzugang in Deutschland ist für Hersteller wichtiger Ankerpunkt hinsichtlich der Arzneimittelpreise in der EU. Alle Player müssen an den Tisch, zentrales Prinzip ist: Preis folgt der Evidenz. **Seite 36**



LEUCHTTÜRME

Wieviel Internetnutzung ist gesund?

Eine Gruppe von Betriebskrankenkassen unterstützt ein Projekt, um Instrumente für das Personalmanagement zu entwickeln. SCAVIS hilft Teilnehmenden dabei, das eigene Internet-Nutzungsverhalten selbstkritisch auf den Prüfstand zu stellen. **Seite 46**



LEUCHTTÜRME

Familiengesundheit:
Unterstützung für Eltern

Vom Kinderwunsch über Schwangerschaftsmedizin bis zur App für Kinder mit Artikulationsstörungen: Betriebskrankenkassen unterstützen werdende Eltern, denn in der Schwangerschaft, bei der Geburt und in den ersten Lebensjahren werden die Weichen für spätere Gesundheit gestellt. **Seite 58**

6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
BKK Kundenreport 2021:
Versicherte gut vernetzt.

24 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Smarte Bürgerbeteiligung: Von den
„Civic hackers“ zur Digitalministerin

18 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
BKK INNOVATIV – Impulse für die
Regelversorgung

36 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Werkstattgespräch:
Arzneimittelpreise neu gedacht

46 **LEUCHTTÜRME**
Wieviel Internetnutzung ist gesund?
Instrumente für das Personalmanagement

68 **REGAL ODERTONNE**
Global Health: Das Konzept der
globalen Gesundheit

58 **LEUCHTTÜRME**
Familiengesundheit:
Unterstützung für Eltern

70 **RAUS**
Impressum



VERSICHERTE GUT VERNETZT

BKK KUNDENREPORT 2021

Von Florian Sado, Politik & Kommunikation

14 Millionen Ergebnisse liefert eine Google-Suche nach der „Qualität von Krankenkassen“. Zahlreich wie zweifelhaft sind die dort zu findenden Krankenkassenvergleiche und Rankings. Die Ergebnisse der von den Krankenkassen durchgeführten Umfragen zur Erwartungshaltung, Zielgenauigkeit und Qualität ihres Service eignen sich besser, erreichen die breite Öffentlichkeit jedoch nur selten. Eine Antwort auf die Frage „Was wünschen sich die Versicherten von ihrer Kasse?“ in Form einer systematischen Analyse des Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehens aus Sicht der Versicherten gibt nun der BKK Kundenreport 2021 „Qualität von Krankenkassen – Fokus Versichertenperspektive“.



© Luis Alvarez/Digital Vision/Getty Images

„Die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“, so lautet der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Qualität und Wirksamkeit ihrer Leistungen muss dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Um dabei Potenziale einer wettbewerbsfähigen Ausrichtung wie Innovationsförderung und Serviceorientierung zugänglich zu machen, befinden sich die Krankenkassen seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1993) und der Kassenwahlfreiheit (1996) miteinander in einem Wettbewerb um Versicherte.

95 Prozent der Leistungen, die eine Krankenkasse ihren Versicherten anbietet, sind gesetzlich vorgegeben. Unterschiede gibt es vorrangig in den Bereichen der Satzungsleistungen, Wahltarife und Selektivverträge sowie bei Bonusprogrammen. Die primäre Dimension

dieses Wettbewerbs ist heute jedoch der Preis beziehungsweise lediglich der Zusatzbeitrag. Erkundigt man sich im persönlichen Umfeld außerhalb des Gesundheitswesens nach den Gründen für die Auswahl der Krankenkasse bestätigt sich dieser Eindruck häufig. Dr. Gertrud Demmler zeigt jedoch durch den Beitrag „Wandel der Qualitätskultur in der GKV“ im BKK Kundenreport 2021 eindrücklich: Der Preiswettbewerb in der GKV ist de facto sehr begrenzt und hat zudem wenig mit der Managementleistung einer Krankenkasse zu tun! Im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung und einer hohen Versorgungsqualität sollte daher der Preis niemals als alleiniges unterscheidendes Wettbewerbsmerkmal dienen.

WAS ZEICHNET EINE HOHE VERSICHERUNGSQUALITÄT AUS?

Diese zentrale Frage kann als Kern der in letzter Zeit wieder lauter zu vernehmenden Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen betrachtet werden. Die gesetzlichen Krankenkassen veröffentlichen bisher auf Diagnose- und Abrechnungsdaten basierende, regelmäßig erscheinende Reports, die sich wissenschaftlich und politisch mit dem Versorgungsgeschehen auseinandersetzen. So bündeln beispielsweise die Betriebskrankenkassen die empirischen Analysen aus den Routinedaten und politische Schwerpunktthemen im jährlich publizierten BKK Gesundheitsreport, spezifischere Fragestellungen werden im BKK Gesundheitsatlas beantwortet. So werden Rückschlüsse auf Entwicklungen im Versorgungsgeschehen möglich. Ein Problem jedoch gibt es mit dieser Art der Daten: Sie beinhalten selten konkrete Erfahrungen und Anforderungen aus der Perspektive der Versicherten. Dabei liegt der echte Unterschied für die Versicherten vielmehr im tatsächlichen Agieren der Krankenkasse in ihrem Alltag. Die Suche nach diesen Unterschieden ist für die Versicherten jedoch mühsam bis unmöglich. Im Netz und in Zeitschriften zahlreich zu findende Krankenkassenvergleiche und Rankings, die Versicherten einen Qualitätsvergleich suggerieren, haben einen zweifelhaften Ruf. Durch abweichende Bewertungskriterien und Gewichtung gelangen sie trotz gleicher Datenbasis oft zu gänzlich verschiedenen Ergebnissen. Zumindest fragwürdig bleiben die Glaubwürdigkeit und Neutralität, die Finanzierung solcher Vergleiche ist häufig nicht öffentlich einsehbar. Als Grundlage für Wahlentscheidungen taugen sie daher nicht. Wie wichtig jedoch Qualitätstransparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher im Krankenkassenwettbewerb ist, beschreiben Petra Fuhrmann und Thomas Moormann im BKK Kundenreport 2021.

Die Betriebskrankenkassen zeichnen sich seit jeher neben ihrer Einbindung in Unternehmen durch die besondere Versichertennähe aus. Um die Qualität als Krankenkassen aus Versichtersicht transparent zu machen, weiterzuentwickeln und einen systemischen Verbesserungsprozess zu etablieren, schloss sich eine Vielzahl von Betriebskrankenkassen zur BKK Qualitätsinitiative zusammen (siehe Magazin Betriebskrankenkassen 1/21). Wie von Dr. Demmler beschrieben, ist vielen der genannten Krankenkassenvergleiche gemein, dass theoretische Leistungs- und Angebotsinhalte verglichen werden und nicht das tatsächliche Leistungsgeschehen. Die von einigen Betriebskrankenkassen im Rahmen der Initiative veröffentlichten Leistungskennzahlen gehen einen Schritt weiter. Beispielsweise lassen Indikatoren, die aus den versichertenbezogenen Ausgaben zu ausgewählten Leistungen gebildet werden, Rückschlüsse darauf zu, wie viele Versicherte tatsächlich von einer Leistung profitieren. Sie sind daher ein wichtiges Instrument zur transparenten Darstellung der Qualität einer Krankenkasse. Gleichwohl ist ihre Aussagekraft auf Grund der kasseninternen Regelungen zur Erhebung limitiert, insbesondere bei Vergleichen zwischen Krankenkassen. Es wird deutlich: Bei der Qualitätssicherung führt kein Weg am direkten Feedback der Versicherten vorbei. So unterschiedlich wie die diversen Lebenslagen der Versicherten sind auch deren Bedürfnisse. Im gesundheitswissenschaftlichen Bereich sind die sog. PROMS (Patient-Reported-Outcome-Measures) alles andere als unbekannt. Prof. Dr. Matthias Schrappe beleuchtet im BKK Kundenreport 2021, warum die Betrachtung von verschiedenen Perspektiven für eine Bewertung von Qualität unerlässlich ist.

EIN IMPULS FÜR EINE VERSICHERTENORIENTIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

An dieser Stelle setzt der BKK Kundenreport 2021 an. Die Ergebnisse der Versichertenumfrage sollen zum einen deutlich machen, an welchen Stellen Krankenversicherte Qualitätsverbesserungen von ihren Krankenversicherungen erwarten. Zum anderen sollen sie eine intensive Qualitätsdiskussion anregen, die zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit Qualitätsthemen der Krankenversicherung in der öffentlichen Debatte führt. Ganz in unserem Selbstverständnis als Betriebskrankenkassen setzen wir damit einen Akzent in Richtung einer stärkeren Versichertenorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Prof. Dr. Claudia Schmidtke bringt es prägnant auf den Punkt: „Der neue BKK Kundenreport analysiert das Versorgungs-, Leistungs- und Servicegeschehen aus Sicht der Versicherten und stellt somit die Sicht der Versicherten in den Mittelpunkt. Das ist der richtige Weg zu einer nutzerorientierten Transparenz.“

FRAGEN

Für den Kundenreport wurden im Oktober und November 2020 über das Online-Access-Panel 4.728 Krankenversicherte im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland befragt. Die Konzeptionierung wurde in enger Zusammenarbeit des BKK Dachverbands mit dem Institut für angewandte Marketing- und Kommunikationsforschung (IMK) erarbeitet. Im Fokus der Versichertenbefragung standen insbesondere die von Sören Schiller und Sarah-Maria Steppe analysierten Fragen:

- **Wie zufrieden sind die Versicherten insgesamt mit ihrer Krankenversicherung?**
- **Wie versichertenorientiert agieren die Krankenversicherungen bei Service und Beratung sowie im Rahmen von Leistungsentscheidungen aus Sicht ihrer Mitglieder?**
- **Fühlen sich die Versicherten bereits individuell und bedarfsgerecht beraten und betreut?**
- **Kennen die Versicherten konkrete Gesundheitsangebote ihrer Krankenversicherung und nehmen sie wahr?**
- **Erwarten die Versicherten, dass ihre Krankenversicherung Einfluss auf Umfang und Qualität von regionalen Versorgungsstrukturen nimmt?**
- **Wie digitalaffin sind Versicherte, wenn es um ihre gesundheitliche Versorgung und Kontakte mit ihrer Krankenversicherung geht?**
- **Wie stehen die Versicherten einer intensiveren Datennutzung durch ihre Krankenversicherung gegenüber?**
- **Erwarten die Versicherten von ihrer Krankenversicherung lediglich, dass sie Behandlungskosten übernimmt oder fordern sie auch eine beratende und organisatorische Rolle in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ein?**
- **Wie ist es um die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten bestellt? Wie hoch ist der Beitrag der Krankenversicherung dazu, dass Versicherte gesundheitsrelevante Entscheidungen selbstständig und ausreichend informiert treffen können?**

Die im Rahmen der Studie untersuchten und miteinander vernetzten Qualitätsdimensionen berühren die Bereiche, in denen das Handeln der Krankenversicherung direkt erlebbar wird:

BEREICHE

1

Das Servicegeschehen, welches die Bemühungen der Krankenversicherung umfasst, eine hohe Versichertenorientierung an allen relevanten Schnittstellen sicherzustellen,

2

die Versorgungsgestaltung, welche das Bestreben der Krankenversicherung umfasst, den Versicherten einen strukturierten Zugang zu einer bestmöglichen Versorgung zu bieten,

3

die Leistungsbereitschaft, welche die Maßnahmen der Krankenversicherung beschreibt, Leistungsbeantragungs- und Entscheidungsprozesse mit einer hohen Qualität und Versichertenorientierung auszugestalten.

Zusätzlich wurden die Versicherten zu weiteren Aspekten wie zum Beispiel der Architektur des Gesundheitssystems und diesbezüglichen Einstellungen befragt, die die Qualitätswahrnehmung ebenfalls maßgeblich beeinflussen.

ERSTE ERGEBNISSE

Eins wird in der Befragung deutlich: Die Versicherten sind grundsätzlich zufrieden mit ihrer Krankenversicherung. Mehr als 80 Prozent der Befragten nehmen ihre Krankenversicherung insgesamt positiv wahr. Dies gilt weniger ausgeprägt auch bei einer isolierten Betrachtung der in der Realität miteinander vernetzten oben genannten drei Qualitätsdimensionen. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Zielgruppen: junge Menschen und Personen mit einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand sind deutlich weniger zufrieden. Es gilt, auf die unterschiedlichen Anforderungen von Versicherungstragern intensiver und sichtbar einzugehen. Das Gießkannenprinzip hat ausgedient. Die Versicherten schätzen Individualität, Kompetenz und Einfachheit. Dann sind sie auch bereit, ihre Krankenversicherung weiterzuempfehlen. Handlungsbedarf besteht laut den Versicherten auch bei den Gesundheitsangeboten. Vielen Versicherten sind die Angebote ihrer Krankenversicherung – beispielsweise die Hilfe bei der Suche nach passenden Ärzten oder Krankenhäusern – schlicht nicht bekannt. Und selbst bei den Informierten erzielen sie nur mittlere Zufriedenheitswerte. Zum einen müssen also Versicherte mehr über Existenz, Funktionsweise und Nutzen der Gesundheitsangebote informiert werden. Zum anderen wünschen sie sich offensichtlich auch eine verbesserte Ausgestaltung.

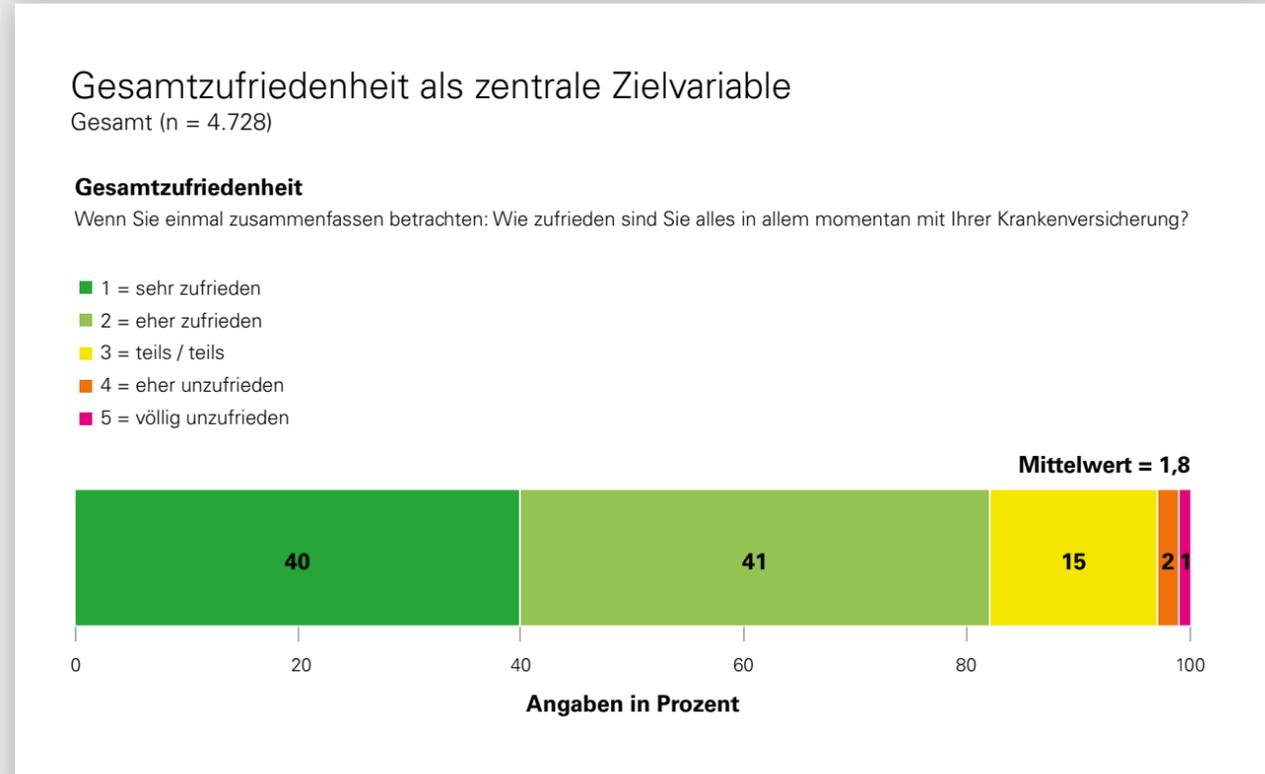


Abbildung 1 Gesamtzufriedenheit als zentrale Zielvariable

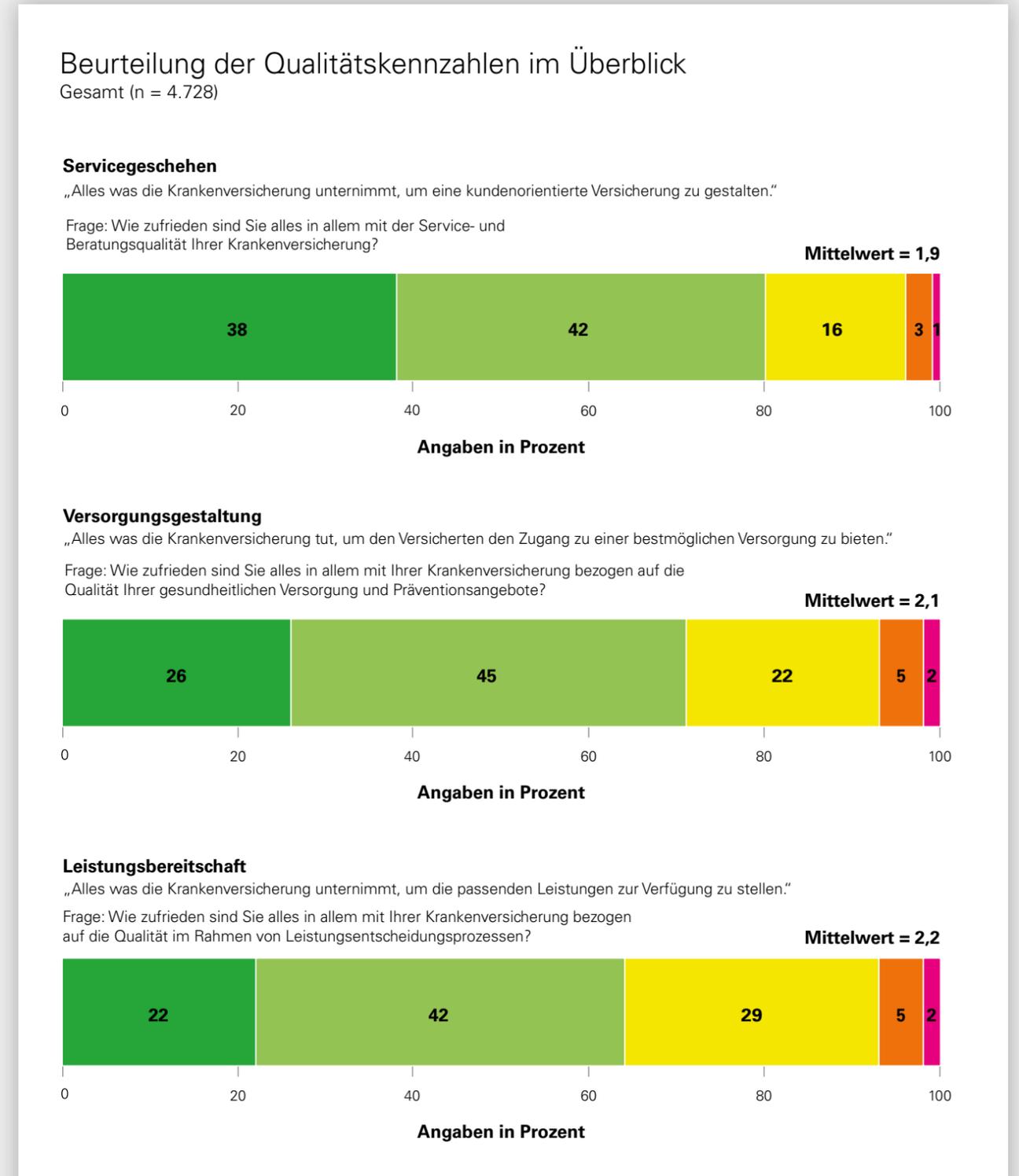
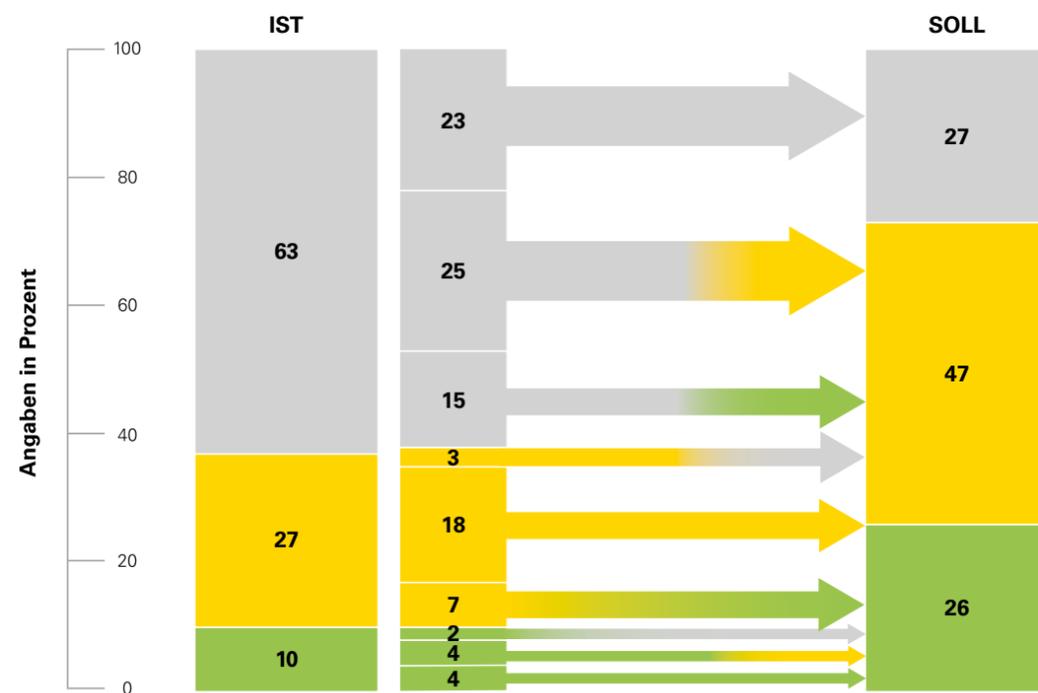


Abbildung 2 Beurteilung der Qualitätskennzahlen im Überblick

Neue Rolle der Krankenversicherung

Gesamt (n = 4.728)

- Bezahler = Meine Krankenversicherung bezahlt Leistungen, die ich benötige. Mehr Kontakt gibt es nicht.
- Kümmerer = Meine Krankenversicherung betreut mich und bietet mir gute Angebote und Leistungen, wenn ich sie brauche.
- Lotse = Meine Krankenversicherung hilft mir aktiv, mich im Gesundheitssystem gut zurechtzufinden, organisiert und vernetzt Gesundheitsleistungen für mich.



Welche der folgenden Rollen **nimmt** Ihre Krankenversicherung **aktuell** aus Ihrer Sicht am ehesten ein?
 Welche der folgenden Rollen **sollte** Ihre Krankenversicherung **zukünftig** aus Ihrer Sicht am ehesten einnehmen?

» Deutlich mehr Versicherte wollen eine neue Rolle der Krankenversicherung: Die Kasse soll aktiv helfen, sich im Gesundheitssystem gut zurechtzufinden und Gesundheitsleistungen organisieren und vernetzen. «

Die Informiertheit der Versicherten ist auch für deren Gesundheitskompetenz unerlässlich. Die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden hilft den Versicherten, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und mit guten Entscheidungen ihren eigenen Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen. Marie-Luise Dierks beschreibt dies ausführlich in einem Beitrag im BKK Kundenreport 2021. Für die Krankenkassen handelt es sich um ein vergleichsweise junges Aufgabenfeld, spätestens mit Einführung des §20k SGB V gleichwohl um ein bedeutsames. Die Ergebnisse zeigen, dass viele Befragte hier noch keine ausreichende Unterstützung erhalten. Dabei können und sollten Krankenkassen wichtige Partner der Versicherten sein, wenn es darum geht, die adäquate Versorgung zu finden, Gesundheitsinformationen und Arztanweisungen zu verstehen, Therapieangebote zu beurteilen und Entscheidungen zu treffen oder die richtigen digitalen Unterstützungsangebote auszuwählen und anzuwenden. Große Unkenntnis gibt es auch bezüglich dieser digitalen Unterstützungsangebote. Je nach Angebot rangiert die Bekanntheit zwischen 36 Prozent und 49 Prozent, einzig das Vorhandensein einer Online-Geschäftsstelle überzeugt. Dabei wünschen sich – je nach Anlass – bis zu drei Viertel aller Befragten zukünftig eine digitale Kontaktmöglichkeit zu ihrer Krankenversicherung. Ein klares „Ja“ zur digitalen Transformation. Doch Vorsicht: Persönliche Kontaktmöglichkeiten dürfen nicht ersatzlos wegdigitalisiert werden. Bei komplexen Themen, zu denen eine umfassende Beratung nötig ist, zählen die Versicherten weiterhin auf persönliche Kontaktpersonen, vorzugsweise via Telefon oder in einer Filiale. Einflüsse der Corona-Pandemie sind hier anzunehmen. Grünes Licht geben viele Befragte für die Nutzung

Abbildung 3 Aktuelle und zukünftige Rolle der eigenen Krankenversicherung

von personenbezogenen Daten durch die eigene Krankenversicherung mit dem Ziel einer individuelleren und bedarfsgerechteren Versorgung. Hier ist auch der Gesetzgeber gefragt, mehr Freiräume zu schaffen. Denn bisher fühlt sich lediglich die Hälfte der Befragten diesbezüglich versorgt und informiert.

Dies spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der eigenen Krankenversicherung wider. Aktuell betrachten fast zwei Drittel der Versicherten ihre Krankenversicherung als reinen „Bezahler“ von Leistungen. Lediglich 27 Prozent erklären, dass ihre Krankenversicherung mit einer aktiven Betreuung und individuellen Leistungsangeboten bei Bedarf für sie die Rolle eines „Kümmers“ einnimmt. Nur 10 Prozent sehen ihre Krankenversicherung als „Lotsen“, der Gesundheitsleistungen organisiert und vernetzt und ihnen aktiv dabei hilft, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Für die Zukunft wünscht sich fast die Hälfte der Befragten einen „Kümmers“ an der Seite, ca. ein Viertel präferiert anstelle des reinen „Bezahlers“ sogar eine Lotsenfunktion. Die Versicherten sprechen den Krankenversicherungen also nicht nur die Kompetenz zu, eine vernetzende und koordinierende Aufgabe im Gesundheitssystem zu übernehmen. Sie werden auch als kompetent erachtet, Hilfestellungen beispielsweise bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode zu geben.

WIE HAST DU'S NUN MIT DER QUALITÄTSTRANSparenZ?

Ein wesentliches Ergebnis der Befragung bekräftigt die zu Beginn geäußerte Vermutung: Nur ein Drittel der befragten Versicherten kann Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenkassen nach eigener Meinung sicher beurteilen. Das ist nicht verwunderlich, denn wir haben festgestellt: gebündelte und neutral aufbereitete Informationen zum Leistungsumfang und zur Qualität der Leistungen der Krankenkassen gibt es nicht. Wer den

Wettbewerb der Krankenkassen in eine sinnvolle Richtung lenken will, muss Transparenz über das Kassenhandeln schaffen. Den Versicherten müssen über den Zusatzbeitragssatz hinausgehende Parameter an die Hand gegeben werden, die einen Vergleich der Kassen überhaupt erst möglich machen. Die Überwindung des reinen Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen kann nur gelingen, wenn die Nutzer, die Versicherten in das Blickfeld rücken. Damit der Wettbewerb sich endlich um diejenigen dreht, für die das Gesundheitswesen geschaffen wurde. ■



Ausführliche Analysen, insbesondere zu den Qualitätsdimensionen Servicegeschehen, Versorgungsgestaltung und Leistungsbereitschaft finden Sie im **BKK Kundenreport 2021 „Qualität von Krankenkassen – Fokus Versichertenperspektive“**. Online verfügbar unter www.bkk-dachverband.de



BKK INNOVATIV

IMPULSE FÜR DIE REGELVERSORGUNG

Von Sarah Kramer und Andrea Röder, Politik und Kommunikation

Zu schwerfällig, zu wenig vernetzt, zu wenige Kapazitäten: Die Corona-Pandemie hat im ansonsten gut funktionierenden deutschen Gesundheitssystem Schwächen offenbart. Die Zeit ist reif für Innovationen – auch und besonders in der Versorgung von Patienten. An welchen Lösungen für die Zukunft die Betriebskrankenkassen zusammen mit Wissenschaftlern und verschiedenen Kooperationspartnern arbeiten, zeigt die Veranstaltungsreihe BKK Innovativ des BKK Dachverbands.



© Cavan Images/Cavan/Getty Images

» Es ist nicht hinnehmbar, dass wir hierzulande eine unzureichende Versorgung zulassen, obwohl wir es doch besser könnten «

Nicht immer funktioniert die sogenannte Regelversorgung so wie sie soll. Sie kontinuierlich zu verbessern, haben sich die Betriebskrankenkassen zum Ziel gesetzt. Was genau schief oder nicht optimal läuft bei jener ambulanten oder stationären Versorgung gesetzlich Versicherter, analysieren der BKK Dachverband und seine Mitgliedskassen im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte und mithilfe von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser hat zum Ziel, die bestehende Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern und im Sinne der Versicherten weiterzuentwickeln.

Mit der Steuerung von Notfallpatientinnen und -patienten mit Herzinfarkt oder Schlaganfall in die für ihren medizinischen Fall passende Versorgungseinrichtung befasst sich etwa das Forschungsprojekt „Optimale Zuordnung von Patienten zu Fachabteilungen in Krankenhäusern nach Strukturqualität“ (**OptiStruk**). Kooperationspartner sind das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), der BKK Dachverband, die Hochschule Anhalt sowie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi).

Von den Projektpartnern analysierte Versichertendaten ergaben, dass viele Notfallpatienten in der – wie in der Regelversorgung vorgesehen – vom Rettungsdienst angesteuerten

nächst gelegenen Klinik oft nur unzureichend behandelt und nicht ihrem jeweiligen Krankheitsbild entsprechend versorgt werden konnten. So verfügten zahlreiche der von den Notfallsanitätern angefahrenen Krankenhäuser beispielsweise nicht über eine speziell auf Schlaganfallpatienten ausgerichtete Stroke Unit, in der sich ein Team verschiedener Fachärzte und Pflegekräfte vor allem um Akuttherapie kümmert. Expertinnen und Experten zufolge steigen die Überlebens- und Genesungschancen von Schlaganfallpatienten, wenn diese in einer entsprechend ausgestatteten Facheinrichtung mit Operationsmöglichkeiten versorgt werden.

Welche Schlüsse aber lassen sich aus der in dem Projekt festgestellten Fehlsteuerung so mancher Rettungsfahrt ableiten? Die Kooperationspartner von OptiStruk haben im Rahmen des Forschungsprojektes einen Algorithmus entwickelt, der bei der künftigen Krankenhausplanung zum Einsatz kommen könnte. „Es ist nicht hinnehmbar, dass wir hierzulande eine unzureichende Versorgung zulassen, obwohl wir es doch besser könnten“, sagt Anne-Katrin Klemm, Vertreterin des Vorstandes des BKK Dachverbands. „Der Algorithmus muss daher so bald wie möglich in die Krankenhausplanung einfließen.“ Ob und gegebenenfalls wann das neue Werkzeug Teil der Regelversorgung wird, ist derzeit noch offen.

Rund 500.000 Menschen pro Jahr erhalten in Deutschland eine erschütternde Diagnose: Sie haben Krebs. Für viele Patientinnen und Patienten bedeutet eine solche Erkrankung einen existenziellen Einschnitt – oftmals verbunden mit weitreichenden gesundheitlichen und sozialen Entbehrungen durch kräftezehrende und häufig langwierige Therapien. In einer solchen Ausnahmesituation sind menschliche Zuwendung, medizinische Aufklärung und soziale Unterstützung besonders gefragt.

Hier setzte das **Onkologische Social Care Projekt (OSCAR)** der Betriebskrankenkassen an. Die provva BKK hatte das Innovationsfondsprojekt zur Verbesserung der Lebensqualität

von Krebspatienten initiiert und zwischen den Jahren 2017 und 2020 zusammen mit der BKKVBU, der Novitas BKK, der BKK Pfalz, 37 weiteren Betriebskrankenkassen, der Sächsischen Krebsgesellschaft und mehreren Kliniken umgesetzt. Der BKK Dachverband war in dem Projekt unter anderem für die Datenanalyse verantwortlich.

Kern von OSCAR: Sogenannte Social Care Nurses, speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, begleiteten die Krebspatientinnen und -patienten in verschiedenen Phasen ihrer Erkrankung und fungierten als Schnittstelle zwischen Ärztinnen, Pflegenden, Therapeuten und Sozialdienstbeschäftigten. So kümmerten sie sich beispielsweise um die Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen von Kranken- und Pflegekasse sowie dem Rentenversicherungsträger. Eine Entlastung insbesondere für Schwerstkranke, denen durch den Einsatz der Social Care Nurses kostbare Lebenszeit geschenkt und zusätzlicher Aufenthalt in Wartezimmern und Kliniken erspart blieb.

Neben der Betreuung durch die Social Care Nurses beinhaltete das Projekt auch eine Befragung zur Lebensqualität und Gesundheitskompetenz der Erkrankten. „Wir wollten wissen, wie es den Patientinnen und Patienten bei ihren zum Teil sehr belastenden Chemotherapien oder Bestrahlungen wirklich geht und ihnen möglichst individuelle Beratung und Unterstützung zukommen lassen“, sagt Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands. Das Ergebnis der Befragung gibt den Initiatoren recht: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie spürten insbesondere in den ersten sechs Monaten der Unterstützung der Social Care Nurses eine deutliche Verbesserung ihrer Lebenssituation.

VON DÄNEMARKS KRANKENHAUSREFORM LERNEN: DAS PROJEKT K:IDD

Digital, spezialisiert, zentral: Dänemark gilt bei der Modernisierung des Gesundheitswesens und insbesondere der Krankenhäuser international als Vorreiter. Was Deutschland diesbezüglich und mit Blick auf eine Klinikreform im eigenen Land von den Dänen lernen

kann, ist Gegenstand des Innovationsfondsprojektes „**K:IDD – Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark**“. Konsortialführer des Projekts ist die Technische Universität Berlin (TUB), beteiligt sind neben dem BKK Dachverband das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi) und das Deutsche Krankenhausinstitut.

Um Schlüsse für den Umbau der bestehenden deutschen Krankenhauslandschaft zu ziehen, werteten die Projektpartner Interviews aus, die sie vorab und vor Ort mit dänischen Gesundheitsexpertinnen und -experten geführt hatten. Die Bestandsaufnahme lieferte die Grundlage für weiterführende Workshops mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen, Krankenhausverbänden und weiteren Gesundheitsexperten. Ein Ergebnis aus den Gesprächen: In Dänemark konnten Verfechter und Gegner, Patientinnen und Praktiker aus der Gesundheitswirtschaft eine gemeinsame Vision vom Krankenhaus der Zukunft um die Jahrtausendwende nur deswegen entwickeln, weil der politische Druck im Land zu diesem Zeitpunkt groß genug war und mehrere Regierungen über mehrere Legislaturperioden hinweg das Projekt vorangetrieben haben.

Im Einzelnen ergeben sich durch den Vergleich mit Dänemarks Krankenhauslandschaft für die Projektpartner von K:IDD vor allem vier Punkte, die eine Reform der Kliniken hierzulande in den Blick nehmen muss. Zum einen sollte Deutschlands Krankenhausplanung auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes auch die künftige Personalausstattung sowie die Spezialisierung einzelner Kliniken auf die Behandlung bestimmter Krankheiten beinhalten. Zum anderen halten die Konsortialpartner einen klaren Vorrang ambulanter Therapien vor stationärer Behandlung für essentiell. Zudem sollten Patientenfeste im deutschen Krankenhaus der Zukunft wie in Dänemark so digitalisiert sein, dass eine Akutversorgung schneller und besser möglich ist. Auch sollte die Politik für die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote werben. Darüber hinaus müssten Informationen über die Qualität von Therapien von der Gesundheitswirtschaft bereitgestellt werden. ■

SMARTE BÜRGERBETEILIGUNG

VON DEN „CIVIC HACKERS“ ZUR DIGITALMINISTERIN

Von Selvi Ceyhan, Referentin Digitalisierung, Versorgungsmanagement und
Sara Klinkebiel, Politik und Kommunikation

Taiwans Digitalministerin Audrey Tang ist uns in der Pandemie aufgefallen als Digital Leadership Heldin. Taiwan ist bemerkenswerter Innovationstreiber und positioniert sich bewusst als Gegenspieler der digitalen Social Credit Diktatur im riesigen China. Das ist bemerkenswert – weil Taiwan von den Kommunisten in Peking als abtrünnige Provinz gesehen wird. Wir sehen eine bemerkenswerte demokratische Kultur der digitalen Transformation. Was kann Deutschland, das seine digitalen Potenziale nur unzureichend ausschöpft, gerade in der Pandemie von dieser bemerkenswerten Ministerin lernen? Die Bürger nicht zu bevormunden, sagt Audrey Tang: „Den Staat für die Bevölkerung transparent zu machen, sollte das Ziel jeder liberalen Demokratie sein.“ Bürgerbeteiligung überwindet Sektorengrenzen, Echtzeit-Daten stehen zur Verfügung und agile Kommunikationsplattformen werden genutzt. Audrey Tang will Menschen in eine Welt der globalen Ziele und Nachhaltigkeit führen.



© Bloomberg/Getty Images

Jüngst wird zunehmend deutlich, dass erheblicher Nachholbedarf in der Entwicklung eines digitalen Gesundheitswesens in Deutschland besteht. Eine digitale Transformation lässt sich bisher nicht erkennen. Derzeit dominieren eher analoge Strukturen, die zu Versorgungsbrüchen, ineffizienten und intransparenten Strukturen führen sowie dazu, dass fehlende Daten die gängige Praxis sind.

Die großen Akteure der Digitalisierung kennen wir alle – Google, Facebook, Apple, Microsoft und Amazon. Diese globalen Akteure machen den Digitalisierungsschub aus, befinden sich allerdings außerhalb der Grenzen Deutschlands und sind somit erst seit dem Inkrafttreten des GWB-Digitalisierungsgesetz es am 19. Januar 2021 an einen digitalen Ordnungsrahmen gebunden. Diesen bereits existierenden Digitalisierungsimpulsgebern auf dem Markt stellen wir oftmals selbstverständlich und dazu noch freiwillig unsere Daten zur Verfügung. Aber sollen diese globalen Akteure auch Daten aus dem Gesundheitswesen erhalten? Beim Übertragen von privaten Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten auf die großen digitalen Akteure, ist auf die Schädigungspotenziale hinzuweisen, die zu Stigmatisierung, Diskriminierung und Benachteiligung von Personengruppen führen könnten. Schließlich geht es bei Gesundheitsdaten auch immer um sensible und wertvolle Daten, die Informationen über das eigene Leben und damit das informationelle Selbstbestimmungsrecht miteinschließen und zur Dimension des Privaten zählen. Über dessen Kenntnissgabe hat jede Person zu Recht selbst zu entscheiden. Aber wohin mit den erkenntnisgewinnenden Gesundheitsdaten, wenn diejenigen, die Digitalisierung vorantreiben, Schädigungspotenziale aufweisen? Das GWB-Digitalisierungsgesetz und seine weitreichenden Missbrauchsvorschriften veranlassen zur Hoffnung, dass statt der bekannten Tech-Riesen vertrauensvolle Digitalisierungsimpulsgeber sich stärker auf dem Markt etablieren und Bedenken durch die Missbrauchsaufsichten besser ausgeräumt werden können. Es existieren zwar Gesetze zur Digitalisierung, aber in der Umsetzung gestaltet sich das immer noch zögerlich.

Was konkret schief läuft, zeigt sich am bekannten Beispiel der Datenübermittlung von Corona infizierten Personen und deren Kontaktnachverfolgung von Seiten der Gesundheitsämter. Ehrlich gesagt – ein derzeitiges Trauerspiel begleitet von Papier, Stift und Faxgeräten. Auch unabhängig von Corona gehört der Versand wichtiger Dokumente per Fax immer noch zum Arbeitsalltag im Gesundheitswesen. Hierzu zählen im ambulanten Sektor insbesondere die innerärztliche Übermittlung von Arztbriefen, Befunde für die weiterbehandelnden Leistungserbringenden, ebenso Bescheinigungen. Teilweise werden auch noch Rezepte an kooperierende Apotheken gefaxt. Im Klinikumfeld sieht es nicht viel besser aus, hier kommt das Fax weiterhin insbesondere bei Arztbriefen, Anmeldungen für Untersuchungen, Laborergebnissen sowie EKGs zum Einsatz. In den meisten medizinischen Einrichtungen werden sensible Patientendaten per Fax versendet, ohne dass mögliche Sicherheitslücken dabei reflektiert werden und ein Austausch auf eine einseitige Kommunikation begrenzt ist. Ein Scheitern in der sektorenübergreifenden Kommunikation im Gesundheitswesen ist ersichtlich und versorgungsrelevante Daten sind nicht gebündelt an einem Ort wiederzufinden. In der Konsequenz hat das Folgen für die Gesundheit aller Nutzenden.

Als Patient oder Patientin bekommt man derzeit wenig mit von den bereits existierenden Bestrebungen in Richtung Digitalisierung. Man fragt sich, welche Hinderungsgründe für die erfolgreiche Umsetzung bestehen. Sind es schlichtweg Kompetenzen, Strukturen oder gar die nötige Hardware, die uns fehlt, um den Willen zum digitalen Transformationsprozess auszubilden?

Für Alternativen in Richtung digitale Transformation bietet ein Blick nach Taiwan wertvolle Impulse. Taiwan gilt derzeit als Vorzeigebispiel der digitalen Transformation. In Zusammenarbeit mit IT-Fachleuten und der Zivilgesellschaft werden digitale Innovationen mithilfe aktiver Bürgerbeteiligung entwickelt. Quasi aus der Mitte der Zivilgesellschaft entstehen bemerkenswerte digitale Innovationen.

5 ASPEKTE, DIE DEUTSCHLAND VON TAIWAN LERNEN KANN:

- Konsequente Anwendung von digitalen Technologien
- Digitale partizipative Demokratie mithilfe von (Kommunikations-) Plattformen
- Digital Leader
- Internetzugang als Grundrecht
- Fehlerkultur

Der Schlüssel zum taiwanesischen Erfolgsmodell liegt in der konsequenten Anwendung von digitalen Technologien. So wird beispielsweise im Umgang mit Covid-19 die Strategie der Bereitstellung von Technologien in der taiwanesischen Bevölkerung verfolgt und Akzeptanz hin zu einer digitalen Transformation befördert. Dabei wird die künstliche Intelligenz als Frühwarnsystem genutzt, um in Echtzeit Krankenhaus- und Medienberichte sowie Beiträge auf Social-Media-Plattformen zu beobachten, um bei pandemischen Anzeichen schnell reagieren zu können. Des Weiteren werden Datenbanken von Behörden mit denen des staatlichen Gesundheitssystems verknüpft. Hierbei wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefördert und die Gesundheitsversorgung

durch Datennutzung optimiert. Zudem zeigt Taiwan, dass es möglich ist, schnell auf Versorgungsprobleme mithilfe von digitalen Tools zu reagieren. Ein Beispiel hierfür ist, dass bei aufkommenden knappen Ressourcen, wie beispielsweise rationierte Masken, schnell eine App entwickelt wurde, die den Menschen hilft, Apotheken ausfindig zu machen, die Masken vorrätig haben, so dass die gesamte Bevölkerung effektiv versorgt werden konnte. Der Abriss stellt nur einige Mittel und deren Anwendung im taiwanesischen Alltag vor. Jedoch lohnt es sich genauer hinzuschauen, um Potenziale der digitalen Transformation durch die konsequente Anwendung von digitalen Technologien im eigenen Land umzusetzen.

Angesichts der Tatsache, dass einer der prägnantesten taiwanesischen Erfolgsfaktoren die aktive Einbindung der Bürger und Bürgerinnen ist, nimmt die Digitale Demokratie einen zentralen Stellenwert ein. Digitale Partizipationswerkzeuge sind zu einem Grundpfeiler der taiwanesischen Demokratie geworden und wird von einer Gruppe politisch engagierter „Bürgerhacker“ forciert, um neue Ansätze zur Bürgerbeteiligung umzusetzen. So bindet Taiwan Millionen von Bürger und Bürgerinnen aktiv in die Politik mit ein. Dazu gehören viele Programmierer und Programmierinnen. Folglich entstehen Ideen für Gesetze direkt aus der Mitte der Gesellschaft. Transparenz wird mithilfe von digitalen Tools erzeugt, so dass beispielsweise Einsichten in den taiwanesischen Haushalt oder Crowdsourcing-Projekte in Bezug auf Parteispenden auf Plattformen offenlegt werden. Über effektive digitalen Beteiligungsplattformen können Bürger und Bürgerinnen mit öffentlichen Amtsträgern in Kontakt treten und in den politischen

Entscheidungsprozess einbezogen werden. Join zum Beispiel wurde direkt vom Nationalen Entwicklungsrat der Regierung geschaffen und ist eine umfassende Plattform, auf der Bürger und Bürgerinnen offen mit verschiedenen Regierungsebenen interagieren können. Gleichzeitig wird mit bestehenden Politikern diskutiert, sich über die Regierungspolitik informiert, Gesetzesinitiativen mittels Petitionen vorgeschlagen und den Leitern der Regierungsbehörden kann via Join direkt Feedback gegeben werden. Insgesamt sind die Beteiligungszahlen stark ausgeprägt – knapp die Hälfte der Bevölkerung Taiwans war bereits auf der Onlineplattform aktiv. Zusätzlich werden fast täglich öffentliche Informationsveranstaltungen abgehalten, die auf Recherchen von Experten und Expertinnen sowie Bürger und Bürgerinnen basieren. Anhand der auf der Plattform basierenden digitalen partizipativen Demokratie ist Transparenz geboten und eine aktive Mitwirkung zentrales Merkmal der taiwanesischen digitalen Transformation.

Eine der digitalen Leader und Impulsgeberin von zahlreichen Innovationen in der taiwanesischen digitalen Kultur ist die Digitalministerin Audrey Tang. Audrey Tang ist jedoch keine klassische Berufspolitikerin. Sie stammt selbst aus der Szene der sogenannten „Civic hackers“. Ihr Hauptzeitvertreib gilt dem „Social Innovation Lab“. Ihre Meetings streamt sie zudem im Netz und lässt Know-How und Ideen von außen ins Zentrum der Macht einfließen. Zusätzlich findet jedes Jahr in Taiwan ein „präsidentieller Hackathon“ statt. Der Hackathon ist ein internationaler Wettbewerb und dient für innovative Ideen und Lösungen zur Förderung der nachhaltigen Entwicklung. Zudem ist der Hackathon eine wichtige Plattform für die Tech-Community sowie für die Regierung in Taiwan, um schließlich neue Wege zur Lösung wichtiger gesellschaftlicher Probleme zu finden. Eins kann man festhalten: Taiwan wäre ohne eine innovative, agile und visionäre Audrey Tang nicht derart erfolgreich in der digitalen Transformation. Es braucht digital Leader, die auf Augenhöhe mit den Bürgern und Bürgerinnen agieren.

Um dem Problem des verwehrteten Zugangs zum Internet zu lösen, beschloss die taiwanesischen Regierung 2017, den „Internetzugang als grundlegendes Menschenrecht“ einzufordern. In diesem Zusammenhang unterstützte die Regierung insbesondere Initiativen zum Internetzugang für benachteiligte Gruppen sowie der technischen Aufrüstung. Infolgedessen entstanden zahlreiche Projekte wie beispielsweise die Erhöhung der Internetqualität bei öffentlichen Gesundheitsämtern und Kliniken in Randregionen, die Verbesserung des Breitbandzugangs für Menschen in ländlichen Gebieten und die Ermutigung aller Bürger und Bürgerinnen auf Breitbandverbindungen umzurüsten. In diesem Zusammenhang beschreibt ein Grundrecht auf Internetzugang eine Richtung, die auch in Deutschland als Teil einer digitalen Transformationsstrategie eine wertvolle Ressource darstellt und in Form einer öffentlichen Diskussion weiterverfolgt werden sollte.

Ein Aspekt ist, dass Taiwan Bezugnehmend auf eine Fehlerkultur eine ganz andere Mentalität als Deutschland aufweist. Während in unserem Breitengrad Scheitern gesellschaftlich als Misserfolg und Schwäche gewertet wird, wurde in Taiwan angepackt und sich ausprobiert. Fehler sind da, um aus ihnen zu lernen. Selbstverständlich ehrt es, dass Deutschland mit Tugenden wie Sicherheit und Perfektionismus im Zusammenhang steht. Doch bremst dies im Problemmanagement schnelle Lösungen von zeitkritischen Entscheidungen aus. Selbst, wenn eine agile Regierung viel versprechen könnte, würde sie spätestens an der verhindernden Bürokratie vor Mauern stehen. Durch die Integration einer Fehlerkultur und den Abbau von Bürokratien könnte die digitale Transformation leichter in Deutschland vorangetrieben werden.

Eins ist sicher: Ein transparenter Dialog bietet die Möglichkeit, aktiv zu werden und das Ruder der Digitalisierung selbst in die Hand zu nehmen. Es ist höchste Zeit, den Aufsprung zu schaffen sowie Vertrauen in die Digitalisierung gemeinsam auszubilden. Aktivismus ist hierbei gefragt. Es sind also mutige Entscheidungen zu treffen, um endlich die bekannten Versorgungsdefizite mit Hilfe einer digitalen Transformation zu beheben. Wo noch viel ungeregt erscheint, stecken viele Chancen dahinter. Mit Transparenz, Aufklärung, Partizipation, digitalen Kompetenzen und Führungspersönlichkeiten, die die digitale Transformation in allen Bereichen des Gesundheitswesens sowie sektorübergreifend vermarkten, könnte die Digitale Transformation zügig vorangetrieben werden.

Die Corona-Pandemie sorgt für einen Mentalitätswandel. Wie wertvoll digitale Ressourcen in Pandemiezeiten sind und welchen Beitrag sie zur Gesundheitsversorgung leisten, ist auch in Deutschland deutlich geworden. Als Beispiel ist hier die Videobehandlung hervorzuheben, die einen enormen Zuwachs in der Inanspruchnahme erfährt. In Zeiten, in denen die Ansteckungsgefahr in überfüllten Praxen hoch ist, ermöglicht unter anderem die Videosprechstunde die Sicherstellung der ambulant ärztlichen Versorgung. Ortsungebunden leistet die Videosprechstunde insbesondere in ländlichen Regionen einen niedrigschwelligen Zugang zu spezialisierter Versorgung. In diesem Zuge wurde schnell veranlasst, dass Patienten und Patientinnen mit bestimmten Leistungen per Videobehandlung versorgt werden und diese auch weiterhin erhalten, wenn eine persönliche Behandlung aufgrund der Pandemielage nicht erfolgen kann. Diese Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden unter anderem in der häuslichen Krankenpflege und der Versorgung mit Heilmitteln unbürokratisch umgesetzt. In vielen Fällen wird verhindert, dass sich der Gesundheitszustand aufgrund einer längeren



© Mongkol Chuewong/Moment/Getty Images

Leistungsunterbrechung verschlechtert. Eine zusätzliche Erleichterung wurde dadurch erreicht, dass zum Beispiel Verordnungen und auch Folgeverordnungen dieser Leistungen telefonisch erfolgten, um schließlich den zu versorgenden Personen den Weg in die Praxen zu ersparen. Vorausgesetzt die Zustimmung der Patienten und Patientinnen liegt vor, damit digitale Lösungen in der Versorgung auch die Inanspruchnahme erfahren.

Zusätzlich haben viele Krankenkassen dafür gesorgt, dass ihre Versicherten schnell und unbürokratisch die Leistungen bewilligt bekommen, die sie benötigen, um den Service am Kunden ohne Einschränkungen sicherzustellen. Einige Krankenkassen sind dazu übergegangen, den Kundenkontakt per Videotelefonie zu ermöglichen. Gründe dafür waren die geschlossenen Geschäftsstellen sowie die Vermeidung einer Ansteckung

bei direktem Kundenkontakt. Am Beispiel der Anhebung der Kinderkrankengeldtage und der unkomplizierten Beantragungswege wird deutlich, wie schnell gesetzgeberische Änderungen oftmals innerhalb von wenigen Tagen bei den Krankenkassen umgesetzt wurden. Unterstützend aktiv waren dabei Plattformen zur Beantragung der Leistungen in Form einer App oder in einem geschützten, webbasierten Kundenbereich. Mit den aufkommenden Anforderungen einer schnellen Umsetzung sind digitale Lösungen hilfreich und der Situation anzupassen. So haben Krankenkassen ihre bisherigen Kommunikationswege erweitert und die digitalen Beantragungswege vervielfacht. Krankenkassen spielen eine aktive Rolle als kreativer Innovator der Digitalisierung.

Angesichts der positiven Beispiele ist Deutschland auf dem richtigen Weg. Um jedoch Deutschland am digitalen Transformationsprozess teilhaben zu lassen, sind Blicke zu Vorreitern von großem Nutzen. Dabei sollte die digitale Entwicklung in der Bundesrepublik reflektiert, sollen Schnittstellen aufgebaut und Innovationen gefördert werden. Um dem Zielbild näher zu kommen, ist es grundlegend und notwendig, eine umfassende, sich dynamisch entwickelnde Digitalstrategie zu entwickeln. Dabei können die vielfältigen Herausforderungen, die wir im Gesundheitswesen haben, als eine Krise gesehen oder auch als eine Chance begriffen werden. Patienten und Patientinnen sowie deren Bedarfe haben im Mittelpunkt zu stehen. Eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung ist die Brücke, um Medienbrüche zu vermeiden und Vernetzung statt Agieren in Silos als zugrundeliegende Strukturprinzip stringent zu verfolgen – egal ob in der Prävention, Versorgung oder Pflege.

» Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung in Prävention, Versorgung und Pflege vermeidet Medienbrüche und stärkt Vernetzung statt Agieren in Silos. «

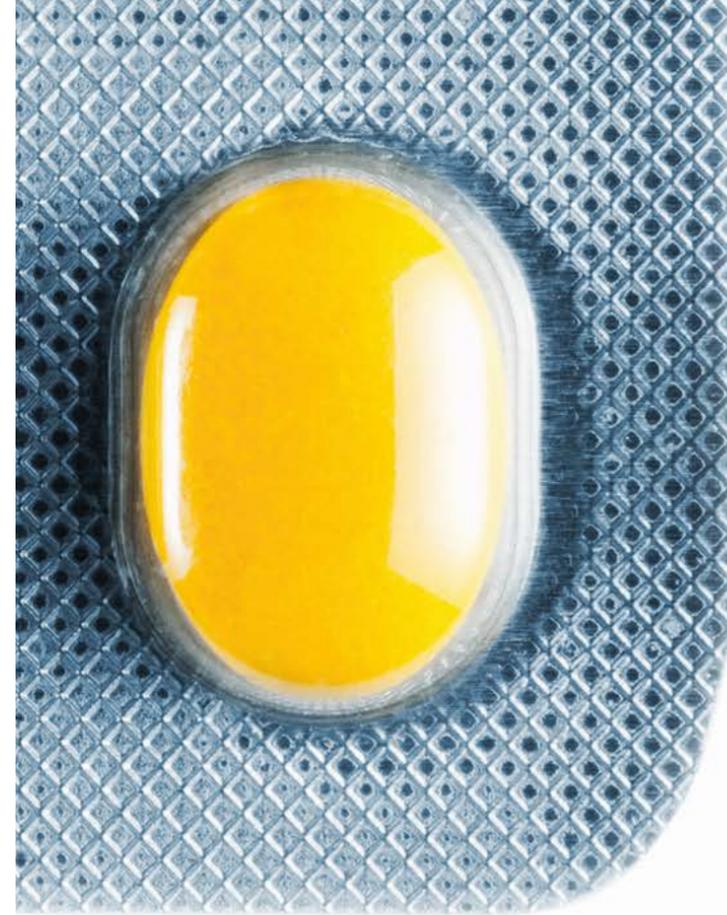
Schließlich müssen wir uns von einer Überregulierung der Gesundheit als öffentliches Gut verabschieden und hin zu einer Förderung von (Gesundheits-) Innovationen durch weniger Bürokratie bewegen. Impulse von digitalen Vorreitern bieten dazu eine ideale Grundlage. Hinzu kommt, dass der dringende digitale Transformationsprozess im Gesundheitswesen alle betrifft. Um einen Veränderungsprozess zu bewirken, sollte die Politik genauso wie die Bevölkerung, die Krankenkassen, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und ebenfalls die Fachkräfte aus der IT beteiligt werden. Es gilt, die Akteure zu vernetzen und zu verzahnen, um eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu erreichen. Ressourcen, die Ideen und die Expertise dieser Akteure sind bereits heute vorhanden. Diese gilt es nun zu nutzen, zugänglich zu machen und voneinander zu profitieren. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen wir es schaffen, die Digitale Transformation als ein Treiber dieses Prozesses zu sehen. ■

WERKSTATTGESPRÄCH

ARZNEIMITTELPREISE NEU GEDACHT

Von Dr. Christina Diessel und Natalie Kohzer, Versorgungsmanagement

Seit dem letzten Jahr stehen neben steigenden Arzneimittelausgaben immer mehr auch hohe Einstiegspreise einzelner Arzneimittel im Fokus. Mit neuartigen Gentherapien, wie Zolgensma®, sind Preisdimensionen erreicht, die bislang undenkbar schienen. Wegen massiver finanzieller Belastungen der GKV der letzten Jahre unter den Ministern Gröhe und Spahn sind Einsparungen auch im Arzneimittelbereich zukünftig unvermeidbar. Statt nur auf vermeintlich einfache Lösungen wie einer Anhebung des Herstellerabschlages zu setzen, gilt es, sich frühzeitig auch zu neuen Preismodellen Gedanken zu machen. Erste konstruktive Ideen hat der BKK Dachverband mit verschiedenen Arzneimittelexperten und -expertinnen in einem Werkstattgespräch entwickelt und diskutiert. Der Fokus lag dabei auf der Gewährleistung der Bezahlbarkeit der Arzneimittelversorgung für alle Patienten und Patientinnen.



ARZNEIMITTELPREISE – EIN UNGLÜCKLICHER STATUS-QUO

Die Preise von Arzneimitteln mit guter Datenlage und Konkurrenz durch andere Hersteller orientieren sich meist an den bereits verfügbaren Arzneimitteln auf dem Therapiegebiet. Bei neuen Arzneimitteln für bisher nicht behandelbare Krankheiten steigen die Preise allerdings in astronomische Höhen. Im Jahr 2014 konnte das Medikament Sovaldi® noch mit einem Preis von gut 800 Euro je Tablette die Öffentlichkeit schockieren. Seit dem Jahr 2020 spielt das neue Gentherapie Zolgensma® mit einem Preis von mehr als 2 Millionen Euro für eine Einmalanwendung in einer ganz anderen Liga. Die postulierten Heilversprechen der Gentherapien konnten langfristig noch nicht nachgewiesen werden. In den Pipelines der Hersteller befinden sich nach Schätzungen derzeit allein 3.500 weitere Gentherapien. Es wird längst nicht nur an seltenen Erkrankungen, sondern auch an Therapien für Volkskrankheiten geforscht. Nicht alle Therapien werden ihren Weg in die Versorgung finden. Jedoch hat auch ein Bruchteil dieser innovativen Therapien unter dem aktuellen freien Preisbildungsmechanismus das Potential, die Grenzen der Belastbarkeit des GKV-Systems zu sprengen. Beispielsweise soll ein zukünftiges Arzneimittel gegen Hämophilie laut Börsenberichten um die 2,5 Mio. Euro kosten

DIE SITUATION IN DEUTSCHLAND

In Deutschland können Patienten meist früh mit neuen Arzneimitteln versorgt werden. In anderen europäischen Ländern warten sie deutlich länger auf neue Therapien. Der sogenannte W.A.I.T. Indicator gibt an, wie lange Patienten und Patientinnen warten, bis ein Arzneimittel verordnet werden kann: Zwischen der Zulassung und dem Marktzugang vergeht in Deutschland mit nur 53 Tagen (Median) am wenigsten Zeit. In Österreich sind es bereits 273 Tage und in Portugal warten Patienten und Patientinnen im Schnitt zwei Jahre auf neue Arzneimittel.

Dieser schnelle Marktzugang in Deutschland ist einzigartig und für die Hersteller ein wichtiger Ankerpunkt, um Eckpfeiler hinsichtlich der Arzneimittelpreise in der EU zu setzen. Ein weiterer wesentlicher Faktor hierbei ist die freie Preisbildung im ersten Vermarktungsjahr, weil der zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband verhandelte und meist niedrigere Erstattungspreis erst ab dem zweiten Jahr gilt. Durch den hohen Einstiegspreis ist das Preisniveau für das jeweilige Arzneimittel gesetzt. Zusätzlich kann der Hersteller die zu erwartenden Preisnachlässe nach dem ersten Jahr vorab einpreisen. Auch das ist international einzigartig. Bei extrem hohen Einstiegspreisen stößt das aktuelle System an seine Grenzen. Viele Hersteller begründen hohe Preise, indem sie Kosten einer Einmalanwendung mit denen einer Dauertherapie vergleichen. Zusätzlich führen sie hohe Einsparungen an, die sich durch eine einmalig angewendete Gentherapie ergeben würden. Dabei wird oftmals auch der „Wert“ einer Therapie im Sinne eines weiteren Nutzens, z. B. hinsichtlich des Erhalts der Arbeitsfähigkeit oder einer vermiedenen Pflegebedürftigkeit angeführt. Es stellt sich aber die Frage: wem gehören diese Einsparungen – dem Hersteller, der Krankenkasse oder nicht doch der Gesellschaft? Daher ist es erforderlich, andere und neue Wege der Finanzierung zu finden, um die Bezahlbarkeit von Arzneimitteln weiterhin zu erhalten.

DER PREIS MUSS DER EVIDENZ FOLGEN!

In dem Werkstattgespräch des BKK Dachverbands stuften die Arzneimittelexperten und -expertinnen vor allem die Evidenz als wichtigstes Preiskriterium ein. Die Evidenz beschreibt den Nutzen und die Risiken eines neuen Arzneimittels, wobei auch die Zuverlässigkeit der getroffenen Aussage berücksichtigt wird. Aus ethischer Sicht ist die Evidenz das führende Instrument für die Patientenversorgung.

DIE ARZNEIMITTELZULASSUNGSBEHÖRDEN LASSEN IMMER MEHR NEUE ARZNEIMITTEL AUF SONDERWEGEN ZU

Für Arzneimittel mit einer Sonderzulassung ist die Datenlage meist nicht ausreichend gesichert. Der Anteil dieser Zulassungen beträgt bereits 25 Prozent. Die Hersteller legen wenig aussagesichere Daten für nur eine kleine Zahl von Patienten vor. Medizinische Erkenntnisse werden erst nach der Zulassung in der Echt-Anwendung an Patientinnen gewonnen. Das führt zu Herausforderungen bei der Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln. Als Instrument zur Berücksichtigung des zusätzlichen Nutzens von Arzneimitteln im Vergleich zu alternativen Therapieoptionen wurde in Deutschland die frühe Nutzenbewertung etabliert. Dabei bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht nur klinische Daten aus der Zulassung, sondern vergleicht auch deren Nutzen mit dem Nutzen älterer Medikamente.

Bei 43% aller Verfahren zwischen 2011 und 2019 konnte keinerlei Zusatznutzen festgestellt werden. Zukünftig werden Hersteller auch Daten aus der Echt-Anwendung erheben. Diese Daten sollen helfen, zusätzliche Erkenntnisse zum Nutzen eines neuen Arzneimittels zu gewinnen. Wichtig sind auch die vom G-BA definierten qualitätssichernden Anforderungen für die Anwendung. Dabei geht es vor allem um die Fachkompetenz, die vorhandenen Erfahrungen und die räumliche und medizintechnische Ausstattung, die die Krankenhäuser und Praxen erfüllen müssen, um Patientinnen behandeln zu dürfen.

EVIDENZ ALS DREH- UND ANGELPUNKT

Bei einer Vielzahl an Arzneimitteln liegen beim Marktzugang keine ausreichend gesicherten Daten vor. Für diese ist die freie Preisfestsetzung durch den Hersteller zu hinterfragen. Nur für Arzneimittel mit stichhaltiger Evidenz sollte der Hersteller weiterhin frei seinen

Einstiegspreis bestimmen dürfen, so eine Expertin im Werkstattgespräch. Wenn nicht genügend Daten zum Zeitpunkt des Marktzugangs in Deutschland vorliegen und zu wenig über das Arzneimittel im Vergleich zu herkömmlichen Therapien bekannt ist, sollten Alternativen in der Preisbildung gefunden werden.

Eine Möglichkeit ist, den freien Einstiegspreis durch einen niedrigeren Startpreis zu ersetzen. Erst wenn ausreichende Daten vorhanden sind, wird ein – vermutlich höherer – neuer Erstattungsbetrag verhandelt. Wichtig ist: Der Preis muss der Evidenz folgen! Der Gedanke, für die Datenunsicherheit einen Abschlag vom Preis einzufordern, ist nicht neu. Auf Seiten der Hersteller wurde über ein derartiges System bereits nachgedacht. Ein Abschlag hätte allerdings den Nachteil, dass dieser vorab von dem Hersteller eingepreist werden kann. Die Teilnehmenden des Werkstattgesprächs favorisieren daher einen alternativen Mechanismus zur Festlegung eines fairen Einstiegspreises. Ein Kriterium für den Einstiegspreis könnte das Preisniveau in anderen europäischen Ländern sein. Zum Zeitpunkt der Preisfestsetzung sind aber oftmals nur sogenannte „Schaufensterpreise“ bekannt. Die tatsächlich gezahlten Preise sind aufgrund von vertraulichen Verhandlungen über Preisnachlässe unbekannt. Hier kann nur die Transparenz über reale Preise weiterhelfen.

Auch denkbar ist ein Vergleich mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie, also die Standardtherapie in der betroffenen Erkrankung nach aktuellem Stand des Wissens. Die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie dienen dabei als Basis, um einen angemessenen Preis zu finden. Für einige neue Arzneimittel gibt es keine zweckmäßige Vergleichstherapie, weil das neue Arzneimittel Krankheiten behandelt, die bislang nicht therapierbar waren. Auch hierfür müssen Lösungen gefunden werden.



© Westend61/Getty Images

TRANSPARENTE F&E-KOSTEN KÖNNEN EIN FAIRES KRITERIUM DER PREISBILDUNG WERDEN

In der Diskussion mit den Experten wurde die Möglichkeit der Berücksichtigung der Forschungs- und Entwicklungskosten (F&E-Kosten) für neue Arzneimittel genannt. Gelänge es, die F&E-Kosten konkret auf ein Arzneimittel für Deutschland herunter zu rechnen, wäre ein anteiliger Aufschlag auf den niedrigen Einstiegspreis für ein Arzneimittel mit nicht ausreichender Evidenz denkbar.

Leider besteht über die F&E-Kosten derzeit keine Transparenz. Hersteller müssen „ihre Bücher“ nicht so detailliert offenlegen, als dass die Ausgaben spezifisch für jeden einzelnen Wirkstoff bekannt wären. Untersuchungen zufolge investieren die TOP 10 Pharmaunternehmen der USA 22 Cents pro US-Dollar in F&E-Kosten. Doppelt so viel entfällt auf Werbung, Verwaltung und Gewinne.

Erste Hinweise auf die tatsächlichen F&E-Kosten könnten aus Informationen zu den Aufkäufen von kleineren (Biotechnologie-)Unternehmen gefunden werden. Die Pharmazeutische Industrie ergänzt ihre eigene Forschung durch milliardenschwere Aufkäufe kleinerer Unternehmen. Diese haben oft nur an einem einzigen Wirkstoff geforscht, so dass durch den Verkauf konkrete Zahlen zu den F&E-Kosten, abzüglich staatlicher Fördergelder, abgeleitet werden können. So hat Gilead das Arzneimittel Sovaldi® nicht selbst entwickelt, sondern durch Kauf des kleinen Start-ups Pharmasset erworben. Zur Zeit der Übernahme beliefen sich die Entwicklungskosten auf 53 Mio. Euro. Selbst wenn die Kosten für die gescheiterten Wirkstoffentwicklungen mit einbezogen würden, lagen die F&E-Kosten bei circa 220 Mio. Euro. Gekauft wurde das Unternehmen für 9 Mrd. Euro. Alleine im Jahr 2014 hat der weltweite Umsatz mit Sovaldi® diese Ausgabe überkompensiert.

Die Berücksichtigung von F&E-Kosten könnte auch für die pharmazeutische Industrie einen wichtigen Beitrag für eine faire Preisbildung leisten. Aus ihrer Perspektive sollten aber auch Herstellungs- und Vertriebskosten sowie Ausgaben für administrative Vorgänge rund um ihr neues Arzneimittel berücksichtigt werden. Zuletzt wird auch ein gewisses Maß an

Profit für vergangene Erfolge und zukünftige Entwicklungsaktivitäten innovativer Arzneimittel gefordert. Für die Gesellschaft dagegen sind die Bezahlbarkeit, der therapeutische Nutzen und die Versorgungssicherheit von größerer Bedeutung. Es gilt, ein Preiskonzept zu finden, das den Bedürfnissen der pharmazeutischen Industrie und den Krankenkassen Rechnung trägt. Dabei wäre ein Wissen um die wirklichen Zahlen hilfreich, um einen fairen Preis für beide Seiten zu erreichen. Auch andere Länder stehen vor sehr ähnlichen Herausforderungen.

BEST-PRACTICE BEISPIEL AUS AUSTRALIEN

Im Werkstattgespräch wurde ein Blick über den deutschen Horizont auf ein neues Preismodell in Australien gelenkt. In dem sogenannten „Netflix-Modell“ wird eine pauschale Zahlung vereinbart, wobei die tatsächlich verbrauchten Mengen der Medikamente nicht berücksichtigt werden. Die australische Regierung und vier pharmazeutische Unternehmer einigten sich in einem Pilotprojekt (Laufzeit 2015-2020) auf ein fixes 5-Jahres-Budget für die neu zugelassenen Arzneimittel gegen Hepatitis C. Die beteiligten Hersteller waren Gilead, Bristol-Myers Squibb, Merck und AbbVie. Die vereinbarte Pauschale in Höhe von knapp 630 Mio. Euro galt für alle an Hepatitis C Erkrankten. Die Auswertung des australischen

Pilotprojekts ist bereits erfolgt und einige grobe Fakten sind publiziert. Die genauen Vertragsinhalte bleiben jedoch geheim. Wesentlich ist: Die Behandlungskosten in Australien fielen weit unter den eigentlichen Einstiegspreis der Therapie. Nach Schätzungen bezahlte die australische Regierung im Rahmen des Piloten je Patient im Durchschnitt gut 6.000 Euro. Das liegt weit unter dem sonst üblichen Preis in Australien und auch weit unter den Arzneimittelkosten in Deutschland. Beispielsweise führte Gilead im Jahr 2014 sein Präparat Harvoni® für gut 18.000 Euro in Deutschland ein. Harvoni® ist ein innovatives Arzneimittel zur Therapie der Hepatitis C und war auch Bestandteil des „Netflix-Modells“. Für eine Therapie über zwölf Wochen ergaben sich je Patient Kosten von gut 60.000 Euro bei Markteintritt.

AUCH ANDERE LÄNDER TESTEN MODELLE MIT PAUSCHALEN

Neben Australien testen auch andere Gesundheitssysteme ähnliche Modelle. In Europa werden zwei Pilotmodelle für Reserveantibiotika (RAB) ausprobiert. Bei beiden Piloten steht die Bekämpfung der Antibiotika-Resistenzen im Vordergrund. Eine pauschale Vergütung soll die Vermarktung von RAB für die Hersteller lukrativer machen. Im Vereinigten Königreich (UK) zahlt das Nationale Gesundheitssystem an die Hersteller einen festen jährlichen Betrag zur Behandlung aller Patientinnen mit zwei ausgewählten RAB. Dieser Betrag ist von der tatsächlich verbrauchten Menge unabhängig. Das Modell ist auf England begrenzt.

Auch in Schweden wird ein neues Erstattungsmodell für RAB in einer Pilotphase von 2018 bis 2022 getestet. Die schwedische Gesundheitsbehörde garantiert dem Hersteller einen minimalen jährlichen Gewinn. Sollte die vereinbarte Menge überschritten werden, wird dem Hersteller zusätzlich Geld bereitgestellt. Damit bleibt dieses Modell aus Sicht der pharmazeutischen Industrie attraktiv. In beiden Fällen ist mit einer Zunahme der Kosten pro Arzneimittelpackung im Vergleich zur Standardversorgung zu rechnen. Ziel bei den Projekten ist weniger eine Kostenersparnis als eine sinnvolle Verordnung von RAB und eine Forschungsförderung in diesem wichtigen Sektor. Ergebnisse zu den beiden europäischen Piloten stehen noch aus.

NETFLIX-MODELL EINE MÖGLICHE ALTERNATIVE FÜR DEUTSCHLAND?

Diese Beispiele machen deutlich, dass für bestimmte Anwendungen definierter Arzneimittelgruppen ein „Netflix-Modell“ medizinisch oder auch finanziell sinnvoll sein kann. Dabei können, aber müssen die Arzneimittel nicht günstiger als in der bisherigen Erstattung werden. Darüber hinaus bestehen keine Anreize, Arzneimittel zu lange oder bei nicht geeigneten Patienten einzusetzen. Gerade im zweiten Beispiel der RAB ist das besonders wichtig. Antibiotika sollen gezielt und nur so lange wie nötig eingesetzt werden. Für bestimmte Erkrankungen kann dieses Modell auch für Deutschland interessant werden.

Folgende Kriterien sollten erfüllt sein. Erstens muss eine medizinische Notwendigkeit für die Arzneimitteltherapie bestehen. Zweitens muss die Wirksamkeit der Arzneimitteltherapie nachgewiesen sein. Drittens muss es einen klaren und begrenzten Anwendungsbereich geben, um die Patientenzahl richtig abschätzen zu können. Ein Nachteil des „Netflix-Modells“ besteht jedoch: Der Preis je Arzneimittel bleibt intransparent. Zu Beginn des Projekts ist nicht bekannt, wie viele Patientinnen behandelt werden. Erst nach der Schlussabrechnung kann die Ausgabe je Patient ermittelt werden.

FAZIT DES BKK WERKSTATTGESPRÄCHS

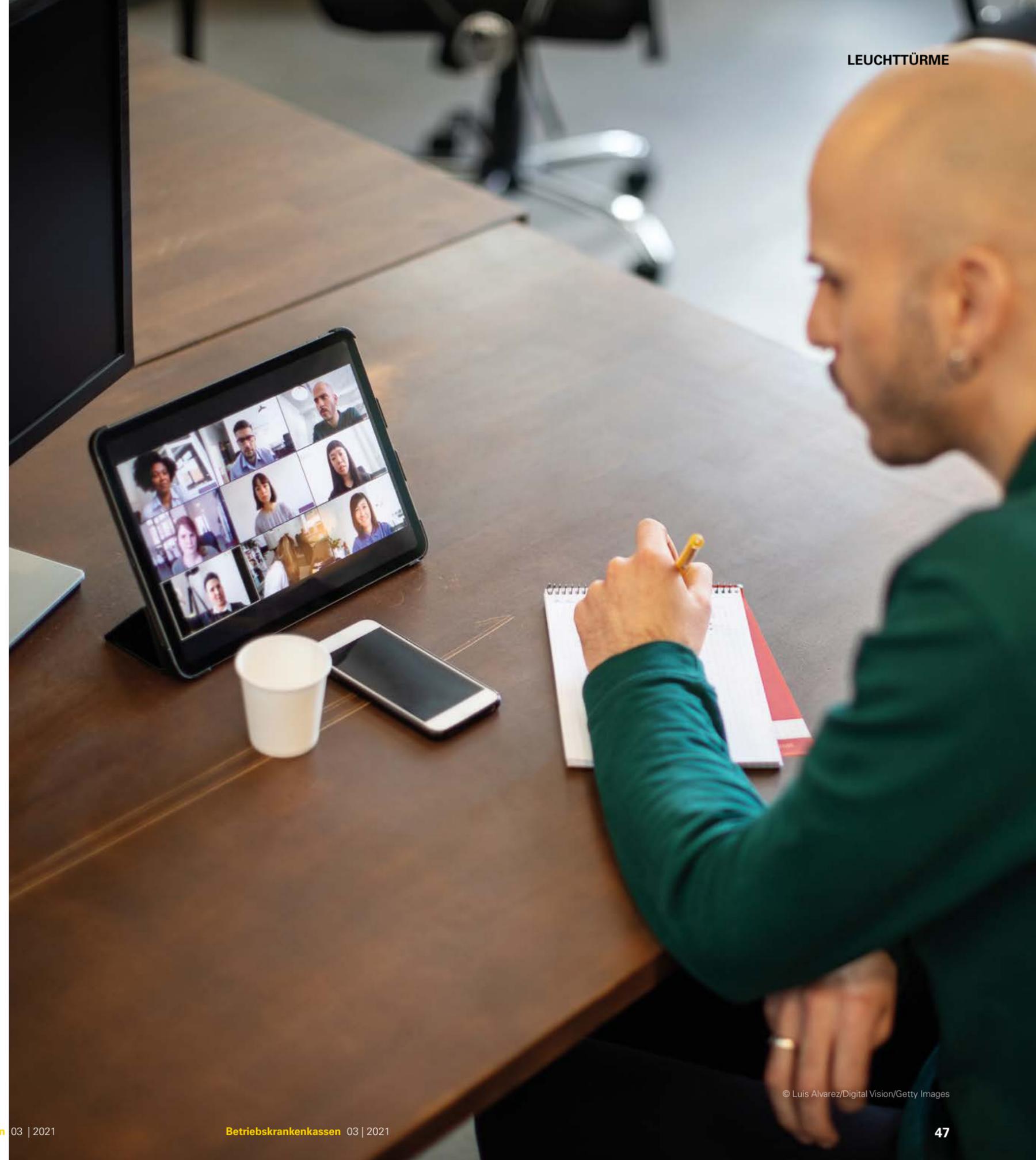
Die Zeit ist reif. Wir brauchen ein neues Modell zur Preisbildung von neuen Arzneimitteln. Das Prinzip – Preis folgt der Evidenz – muss dabei zentral sein. Dabei müssen alle Player zu Wort kommen, um eine tragbare Lösung zu finden. Der BKK Dachverband wird die Ideenfindung weiter aktiv vorantreiben. ■

WIEVIEL INTERNETNUTZUNG IST GESUND?

INSTRUMENTE FÜR DAS PERSONALMANAGEMENT

Von Adrian Schmidt, Katrin Beck, CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Prof. Dr. rer. medic. Harriet Salbach, start: Psychotherapie & Coaching, Prof. Dr. Christian Montag Universität Ulm, Dr. Klaus Wöfing, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Priv-Doz. Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Universität zu Lübeck

Internetbezogene Störungen sind längst keine Seltenheit mehr. Übermäßiger Internetkonsum kann zu beruflichen, sozifamiliären und psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Da für die Betriebskrankenkassen und ihre Trägerbetriebe dieses Thema zunehmend an Bedeutung gewinnt, haben die Konsortialpartner von SCAVIS im Rahmen einer vom BKK Dachverband initiierten Projektgruppe das Innovationsfondsprojekt SCAVIS entwickelt. Der von einem Expertenteam der Universität zu Lübeck, den Universitäten Mainz und Ulm, dem Verein Media Protect sowie start: Psychotherapie & Coaching erarbeitete Stepped Care Ansatz zur Versorgung internetbezogener Störungen hat im Herbst 2019 die Förderzusage erhalten, so dass das Projekt schließlich im April 2020 starten konnte.



1. Was ist der konkrete Nutzen für Versicherte bzw. Patientinnen?

1.1. Welche Bedeutung hat Internetsucht?

Internetsucht ist ein relativ neues Erkrankungsbild und in Bezug auf die Entwicklung von dieser Indikation angepassten Unterstützungs- und Behandlungskonzepten besteht dringender Handlungsbedarf, um präventive Möglichkeiten zu nutzen und Betroffenen frühzeitig zu helfen. Neben „Internetsucht“ wird häufig auch der Begriff „Internetbezogene Störungen“ genutzt, der auch Frühformen – also problematisches, aber noch nicht süchtiges Verhalten – miteinschließt. Bisher mangelt es an störungsspezifischen Versorgungskonzepten und präventiven Interventionsmaßnahmen in diesem Bereich. Suchtforscherinnen schätzen, dass etwa 1 bis 2,5 Prozent der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland ein riskantes Internetverhalten zeigen, wobei der Anteil an Betroffenen in jüngeren Altersgruppen bei bis zu 4,8 % liegt. Die Covid-19-Pandemie hat mit dem verstärkten Einsatz von Home-Office und anderen onlinebasierten Arbeitsmodellen einen Rahmen geschaffen, der die in privaten Online-Zeiten entstehenden internetbezogenen Störungen begünstigen kann. Insbesondere aus diesem Grund kommt dem Projekt SCAVIS und seinem großen Spektrum an präventiven und interventionellen Komponenten eine hohe wissenschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung zu. Übermäßiger Internetkonsum kann zu beruflichen, soziodfamiliären und psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Weiter belegen vorangegangene Studien Assoziationen zwischen pathologischer Internetnutzung und verminderter Lebensqualität, Schlafstörungen, Emotionsregulationsdefiziten, Ängstlichkeit und Depressivität. Welche drastischen Auswirkungen ein solches Krankheitsbild im Einzelfall haben kann, illustrierte das Zugunglück von Bad Aibling. Bei diesem war der zuständige Fahrdienstleiter von einem Handyspiel so stark abgelenkt, dass er durch falsch gestellte Signale die Kollision zweier Züge verursachte. In der Folge starben 12 Menschen und 90 Passagiere wurden teils lebensgefährlich verletzt.

Der Übergang von einem intensiven Internetkonsum zu einer klinisch bedeutsamen Abhängigkeit erfolgt meist schleichend. Charakteristische Anzeichen für internetbezogene Störungen sind eine Zunahme der zeitlichen Beschäftigung und affektive Symptome wie Ängstlichkeit bei einer Reduktion der Internetnutzung. Auch ein vermindertes Interesse an alternativen Beschäftigungen, sozialer Rückzug und eine Weiterführung des Konsums trotz resultierender psychosozialer Beeinträchtigungen deuten auf eine Internetabhängigkeit hin.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Computerspielabhängigkeit als Störung in die Internationalen Klassifikationen der Erkrankungen (ICD-11) aufgenommen und beschreibt drei Hauptmerkmale, die sich auch auf andere Internetanwendungen übertragen lassen:

- **Kontrollverlust:** Die Häufigkeit, Dauer und der Kontext, wann gespielt oder eine andere Aktivität im Netz ausgeübt wird, kann nicht mehr frei bestimmt werden, die willentliche Kontrolle ist reduziert oder gänzlich aufgehoben.
- **Priorität im Leben:** Das Spielen oder die Internetaktivität wird zum Lebensmittelpunkt und bestimmt den Alltag. Die Bedeutung anderer Aktivitäten tritt in den Hintergrund.
- **Fortgesetztes Verhalten trotz negativer Konsequenzen:** Die Person nimmt negative Konsequenzen des Spielens oder der Internetnutzung wahr, ist aber nicht in der Lage das Verhalten zu ändern und führt es unvermindert fort.

Neben den drei Kriterien verlangt die Diagnose, dass eine funktionale Beeinträchtigung im Alltag vorliegt. Das kann sich z. B. auf Leistungseinbußen in Schule oder Beruf oder auf Probleme mit anderen Menschen (besonders Freunde, Partner oder Familie) beziehen.

Darüber hinaus werden oft weitere Merkmale genannt wie:

- **Entzugserscheinungen:** Der unfreiwillige Verzicht auf einen Internetzugang geht häufig mit Symptomen wie Reizbarkeit, Ruhe- und Schlaflosigkeit oder Konzentrationsstörungen einher. Dieser Zusammenhang konnte allerdings wissenschaftlich noch nicht abschließend nachgewiesen werden.
- **Nachlassende Belohnung:** Um den Belohnungseffekt weiter erleben zu können, muss oft die Dauer der Nutzung oder deren Intensität fortlaufend gesteigert werden.

Gleichzeitig leugnen Menschen, die von internetbezogenen Störungen betroffen sind, häufig vor sich selbst und ihrem Umfeld die Probleme, die durch ihre Internetnutzung entstehen, und ziehen sich zurück. In einigen Fällen führt dies in einen Teufelskreis aus einer Flucht in die Onlinewelt und einer fortschreitenden Vereinsamung. Internetbezogene Störungen gehen dabei auf ein komplexes Geflecht aus sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren zurück, denn beispielsweise kann Einsamkeit die Internetsucht auslösen und gleichermaßen als aufrechterhaltender Faktor fungieren.

Aus Sicht von Arbeitgebern können durch internetbezogene Störungen die Arbeitsleistungen von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Mitleidenschaft gezogen werden. Insbesondere bei einer hohen Erkrankungsschwere bzw. starker Abhängigkeit besteht das Risiko, dass arbeitsbezogene Pflichten aufgrund des Suchtverhaltens vernachlässigt werden. Die genauen diesbezüglichen Auswirkungen sind dabei schwer zu ermitteln, denn Produktivität ist nicht leicht zu messen. Ein Grund für diese Schwierigkeit ist sicherlich darin zu finden, dass sich produktives Arbeiten an unterschiedlichen Arbeitsplätzen in diversen Kriterien widerspiegelt. In journalistischen Berufen könnte Produktivität beispielsweise die geschriebene Wortanzahl pro Tag darstellen. Im Call-Center würde man vielleicht die Anzahl an erfolgreich geführten Kundengesprächen zu Rate ziehen. Wichtige Voraussetzungen für produktives Arbeiten sind aber in jedem Fall Aufmerksamkeit und Konzentration auf die vorliegende Tätigkeit.

In empirischen Arbeiten mehren sich die Beispiele dafür, dass diese für die Produktivität wichtigen psychischen Prozesse zunehmend durch die „Fragmentierung des Alltags“ gestört werden können. Die Fragmentierung des Alltags beschreibt die Zerstückelung der täglichen (Arbeits-)Zeit durch die vielen Mikrounterbrechungen: In einer Studie bei knapp 100 Studierenden wurden die täglichen Unterbrechungen durch das Smartphone gemessen. Im Durchschnitt ergaben sich in etwa 95 Screen-Ons und ca. 50 Screen-Unlocks. Ein Screen-On wäre das kurze Aktivieren des Smartphones, um beispielsweise die Uhrzeit nachzuschauen. Ein Screen-Unlock bedeutet das Freischalten des Smartphones, um auf einen Inhalt des Geräts tiefer zuzugreifen. Die hohe Frequenz der Screen-Ons/Screen-Unlocks deutet darauf hin, dass die Abstände zwischen den Unterbrechungen durch das Smartphone sehr kurz geworden sind. In dem „Menthal-Projekt“, wo die Smartphone-Nutzung von zig Tausenden Nutzerinnen in Deutschland untersucht wurde, ergaben sich alle 18 Minuten solche Unterbrechungen durch das Gerät. Mit anderen Worten wird vertieftes Arbeiten zunehmend schwieriger, da die nächste Unterbrechung durch die Nutzung eines Handys bzw. internetfähiger Mobilfunkgeräte schon wieder kurz bevorsteht. Passend dazu ist der Befund, dass eine problematische Nutzung des Smartphones mit oberflächlichen Lernstrategien (Superficial Learning) assoziiert ist. Konzentriertes Arbeiten bedeutet aber in Zustände des Deep Learning oder Flow abzutauchen. Vor diesem Hintergrund verwundert es sicherlich nicht, dass deutliche Zusammenhänge zwischen problematischer Smartphone-Nutzung und selbstberichteten Produktivitätseinbußen beobachtet werden konnten. Da das Smartphone nur eine von vielen Möglichkeiten des Internetkonsums darstellt, um auf viele Inhalte zurückzugreifen, untersuchte eine Folgestudie den Zusammenhang zwischen problematischer Social-Media-Nutzung und der Produktivität am Arbeitsplatz und im Alltag. Viele Personen, die einen Fragebogen über ihre (problematische) Smartphone-Nutzung ausfüllen, scheinen dabei interessanterweise besonders an WhatsApp zu denken. Passenderweise gaben Personen mit einer problematischen WhatsApp-Nutzung an, verstärkt Probleme im Produktivitätsbereich bei der Arbeit und im Alltag aufgrund ihrer Messenger-Nutzung zu haben. Auch hier sind die Zusammenhänge im moderaten bis hohen Bereich. Passend dazu wurde belegt, dass die reine Anwesenheit eines Smartphones neben der Tastatur am Arbeitsplatz bereits eine verminderte Konzentrationsfähigkeit bedingen kann.

1.2. Welchen Nutzen bietet SCAVIS für Betroffene?

In ihrem Frühstadium sind internetbezogene Störungen in der Regel noch nicht mit einem hohen Leidensdruck verbunden, Verhaltensänderungen fallen aber dann noch deutlich leichter verglichen mit einer ausgeprägten Internetsucht. Daher bietet SCAVIS den Teilnehmern über die Einstiegsmodule zunächst die Möglichkeit, ihr eigenes Internetverhalten kritisch zu reflektieren, ohne bereits einen starken Bezug zu einem Internetsuchtverhalten herzustellen. Konkret ist das multimodale Vorgehen von SCAVIS für ein großes Spektrum verschiedener Zielgruppen geeignet und bietet die Möglichkeit, frühzeitig eine Einschätzung des eigenen Internetkonsumverhaltens zu erhalten, Resilienzfaktoren – also Widerstandskräfte – zu stärken und bedarfsgerecht Hilfeangebote zu vermitteln.

Der modulare Aufbau sieht im Einzelnen wie folgt aus:

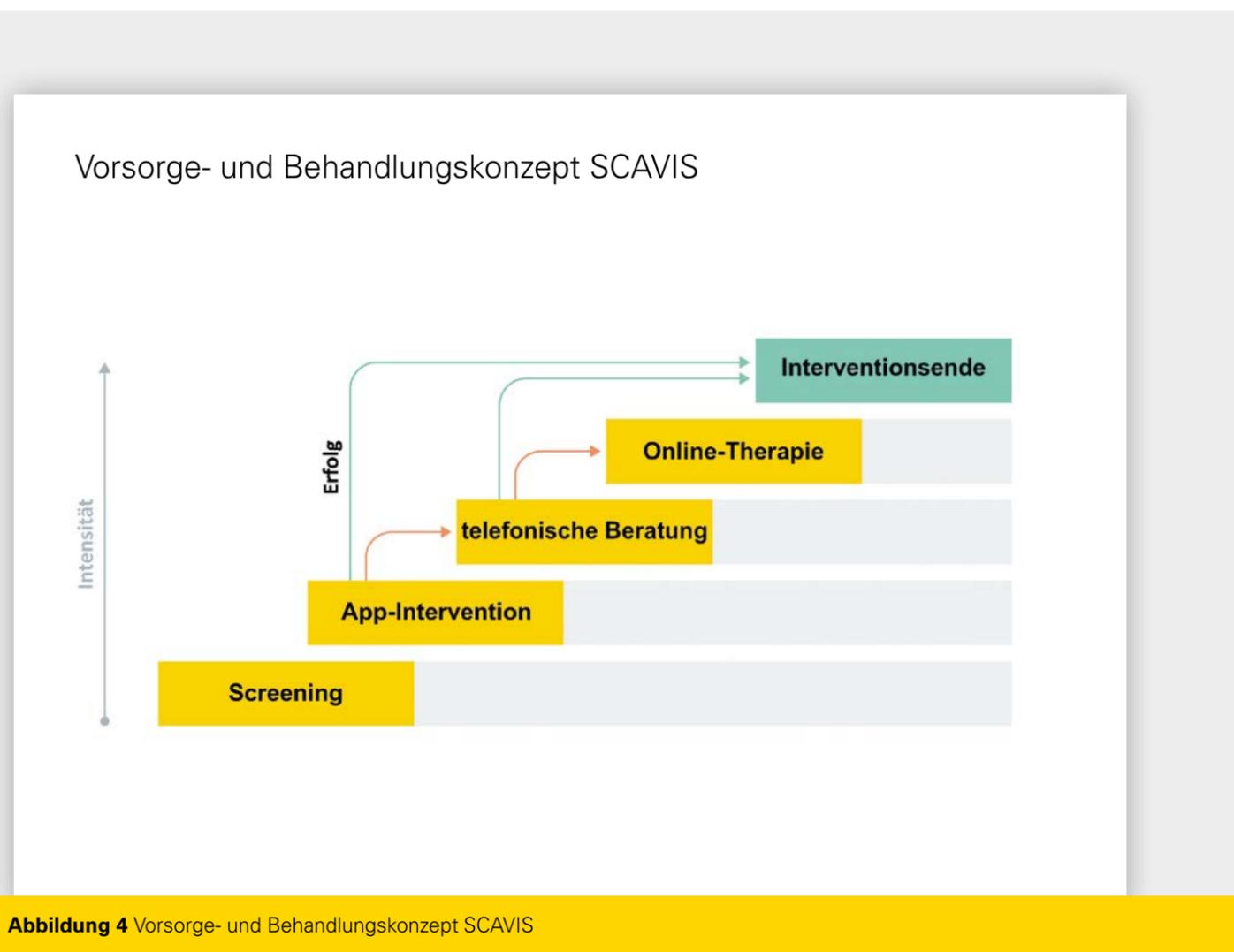


Abbildung 4 Vorsorge- und Behandlungskonzept SCAVIS

Der gestufte Versorgungsansatz beginnt mit einem Screening innerhalb der „smart@net-App“, die exklusiv und basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen für SCAVIS entwickelt wurde. Im Screening geben die Teilnehmenden Auskunft über ihr Internetverhalten. Dieses wird dann anhand gängiger wissenschaftlicher Methoden ausgewertet. Anhand eines Summenwertes im Eingangs-Kurz-Test (Screening anhand der Compulsive Internet Use Scale; CIUS) werden die nachfolgenden Interventionsmaßnahmen determiniert. Der darüber ermittelte Score-Wert entscheidet über die nachfolgende Empfehlung, entweder des Präventionsmoduls oder einer Intervention über eine App. Das Präventionsmodul vermittelt Informationen und ist auf die Stärkung der Resilienzfaktoren und die Sensibilisierung für einen ausgewogenen Internetkonsum ausgerichtet. In diesem Modul stehen die Minimierung von Risikofaktoren und das Erlernen des Umgangs damit im Vordergrund. Die Nutzer suchen sich hier ihre Inhalte eigenständig und nach Bedarf.

Bei einem auffälligen Internetverhalten werden Betroffene der Interventionsgruppe zugeordnet und erhalten Zugang zu einer App. Den Teilnehmenden werden bedarfsabhängig die drei nachfolgenden Stufen angeboten: App-Interventionsmodul (Interventionsstufe 1), telefonische Kurzberatung (Stufe 2) und Online-Therapie (Stufe 3). Lediglich schwer Betroffene werden umgehend an die dritte Stufe verwiesen. Dabei bestimmen vorab definierte Erfolgskriterien das Therapieende oder einen Übergang in die nächste Stufe. Über dieses modulare System sollen zusammen mit den Betroffenen eine geeignete Problemlösungsstrategie und gestärkte Medienkompetenz erarbeitet werden. Alle Interventionen sind E-Health-basiert und beinhalten Smartphone-Applikationen und/oder Telefonberatung und/oder Online-Therapie. Durch den gestuften Versorgungsansatz werden adäquate Hilfen für das gesamte Spektrum der Störung mit allen Schweregraden bereitgestellt.

Konkret profitieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Unternehmen, die an SCAVIS teilnehmen, wie folgt:

- Sensibilisierung für ein ausgewogenes Internetverhalten sowie Erhalt von Informationen hierzu
- Individuelles und anonymes direktes Feedback zum Internetverhalten und anderer Angaben der einzelnen Mitarbeiterin bzw. des einzelnen Mitarbeiters
- Kostenfreie und schnelle Behandlungsmöglichkeiten bei Bedarf und auf den Wunsch der betreffenden Mitarbeiterin bzw. des betreffenden Mitarbeiters
- Gewährleistung von Anonymität – Weder die Arbeitgeber noch die Krankenkassen erhalten Informationen über die Teilnahme der Mitarbeitern bzw. der Versicherten und deren Internetverhalten

SCAVIS bietet jedoch nicht nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern auch den teilnehmenden Betrieben entscheidende Vorteile:

- Kostenneutrale und aufwandsarme Einführung des neuen hochrelevanten Bereichs in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM)
- Reduzierung der negativen Auswirkungen auf die Produktivität ggf. betroffener Mitarbeiterinnen
- Sensibilisierung der Mitarbeiter für eine ausgewogene Internetnutzung
- Gewährleistung von Anonymität – Es erfolgt keine betriebsindividuelle Datenerhebung oder -auswertung
- Präventionssiegel – der Betrieb erhält über das offizielle Siegel „Engagement für ausgewogene Internetnutzung“ die Möglichkeit, die SCAVIS-Aktivitäten im Unternehmen auch im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nach außen darzustellen

2. Wie kommt dieser Nutzen in die Regelversorgung?

Eine Reihe von Initiativen setzt sich für die Weiterentwicklung und bessere Vernetzung der Gesundheitsversorgung ein. In diesem Sinne wirken die Partner im Unternehmensnetzwerk „Unternehmen für Gesundheit“ auf eine Stärkung und den kontinuierlichen Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements hin. Das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ engagiert sich für eine Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und adressiert dabei einen Strukturaufbau sowie Vernetzungsprozesse, in deren Rahmen innovative Konzepte der Gesundheitsversorgung entwickelt und erprobt werden können. Neuartige Therapieformen wie die Kurzintervention und die Online-Therapie können, wenn sie sich im Setting von SCAVIS als wirksam erweisen, in die Regelversorgung überführt werden. Im Sinne eines evidenzbasierten Vorgehens kommen hierbei Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation eine elementare Rolle zu. Diese Elemente werden im Projekt SCAVIS explizit berücksichtigt und begünstigen so den Transfer aus dem selektivvertraglichen Setting in die Regelversorgung.

3. Welche Betriebskrankenkassen treiben das Projekt voran, um es in das eigene Versorgungsangebot zu übernehmen?

Derzeit sind die Continentale BKK, BAHN-BKK, BKK HMR, BKK MTU, BKK Pfalz, BKK Technoform, energie BKK, Merck BKK und pronova BKK als Konsortialpartner beteiligt. Die Beteiligung der BKK VBU, Novitas BKK und Daimler BKK als Kooperationspartner wird derzeit vorbereitet. ■



KURZ-INTERVIEW

INNOVATIVE BGM-PROZESSE FÜR DIE PERSONALFÜHRUNG

Lutz Kaiser, Vorstandsvorsitzender pronova BKK

Ein Learning von Corona mit einer Ausweitung der Arbeit im Home-Office ist: Durch onlinebasierte Arbeit wurde ein Rahmen geschaffen, der übermäßigen Internetkonsum begünstigen kann. Auch ohne problematisch viel Zeit Online zu verbringen, wird vertieftes Arbeiten erschwert. Alle 18 Minuten kann man laut aktuellen Studien in der täglichen Arbeit durch den Blick auf das Smartphone, auf E-Mails und durch Video-Calls unterbrochen werden. Das Projekt SCAVIS untersucht das Phänomen wissenschaftlich und hat Instrumente zur Prävention aber auch zur Intervention im Arbeitsalltag entwickelt. Welchen konkreten Nutzen sehen Sie für Versicherte und Patientinnen und Patienten? Wie können Menschen in den Unternehmen direkt profitieren?

» SCAVIS hilft Teilnehmenden dabei, sich selbst für die Thematik zu sensibilisieren und das eigene Internet-Nutzungsverhalten selbstkritisch auf den Prüfstand zu stellen. Auf Basis der Informationen, die die Beteiligten freiwillig und, ganz wichtig, anonym über ihre Internetnutzung mit der Studie teilen, liefert diese ihnen Impulse, sich mit einem eventuell problematischen Verhaltensmuster auseinanderzusetzen. Mitarbeitende im Unternehmen erhalten durch die Teilnahme an der Studie eine realistische Einschätzung ihres persönlichen Umgangs mit dem Internet. Dabei wird den Menschen jedoch nicht nur der Spiegel vorgehalten: Personen mit einem auffälligen Nutzungsverhalten können direkt von den SCAVIS Präventions- und Hilfsmaßnahmen

profitieren, indem sie zum Beispiel die schnell zugänglichen und kostenlosen Unterstützungs- und Therapieangebote wahrnehmen. «

Eine Gruppe von Betriebskrankenkassen unterstützt das Projekt, um Instrumente für das Personalmanagement zu entwickeln. Wie kann es gelingen, den Transfer der wissenschaftlichen Ergebnisse zu beschleunigen und die entwickelten Module rasch in die Unternehmen und auch in die Regelversorgung zu bringen?

» Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) übernimmt im Kontext einer zeitgemäßen Personalführung eine wichtige Aufgabe. Vor diesem Hintergrund bietet SCAVIS Unternehmen innovative und sinnvolle Anknüpfungspunkte an bestehende BGM-Prozesse. Ähnlich wie bei allen anderen BGM-Projekten ist der Erfolg einer solchen Maßnahme auch davon abhängig, möglichst viele Menschen zur Teilnahme zu bewegen. Arbeitgebende können an diesem Erfolg mitwirken, etwa, indem sie ihren Mitarbeitenden Zugang zur Studie ermöglichen und für eine Teilnahme werben. Die Bereitschaft zur Teilnahme – sowohl von Unternehmen als auch Mitarbeitenden – kann ein entscheidender Beschleuniger sein, um die entwickelten Module so schnell wie möglich in die Regelversorgung zu überführen. Als pronova BKK prüfen wir aktuell ebenfalls, wie wir SCAVIS in unser eigenes Internes Gesundheitsmanagement (IGM) einbinden. «

KINDERWUNSCH, SCHWANGERSCHAFTSMEDIZIN UND BKK STARKE KIDS

FAMILIENGESUNDHEIT: UNTERSTÜTZUNG FÜR ELTERN

Von Manuela Osterloh, Leiterin Kommunikation und Prävention und
Ines Bauer, Referentin VAG Bayern, beide BKK Landesverband Bayern

Den Menschen von Geburt an zu begleiten und dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben oder im Krankheitsfall wieder gesund zu werden, zählt zum Kernauftrag der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Dabei gehören Schwangerschaft und Geburt nicht zum ureigenen Aufgabengebiet der GKV, weil es sich vom Grundsatz her ja nicht um die Verhütung oder Behandlung von Krankheiten handelt. Gleichwohl messen die Betriebskrankenkassen (BKK) wie keine andere Kassenart diesem Versorgungsfeld eine besondere Bedeutung bei. Die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft in Bayern (BKK VAG Bayern) hat ihren Fokus auf das Umfeld Familie gesetzt und baut seit Jahren das Leistungsangebot in diesem Feld auch digital aus. Denn in der Schwangerschaft, bei der Geburt und in den ersten Lebensjahren werden die Weichen für die spätere Gesundheit gestellt. Dabei betreten die meisten werdenden Eltern in dieser Lebensphase Neuland und sind dankbar für jedwede Unterstützung.



© Catherine Falls Commercial/Moment/Getty Images

DIE ZAHL DER UNGEWOLLT KINDERLOSEN STEIGT

Ohne Kinder sind sowohl unsere Gesellschaft als auch unser Solidarsystem nicht vorstellbar. Dabei müssen wir in Deutschland tendenziell eine niedrige Konstanz der Geburten beobachten; ohne Zuwanderung würde die Bevölkerung in Deutschland schrumpfen. Zudem steigt das Durchschnittsalter der Erstgebärenden an und liegt aktuell bei knapp 30 Jahren (Stat. Bundesamt). Nicht nur mit steigendem Alter, auch aufgrund von Umwelteinflüssen wird es für immer mehr Paare zunehmend schwieriger, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Die Folge: In Deutschland gibt es immer mehr kinderlose Erwachsene.

Aber nicht alle Kinderlosen haben ihre Situation selbst gewählt. Einer Studie im Auftrag des Bundesfamilienministeriums zufolge bleibt rund ein Drittel der Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren gänzlich ungewollt kinderlos. Dabei wünschen sich viele Betroffene mehr Information und Unterstützung – auch und gerade von ihren Krankenversicherungen, wie die kürzlich vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) veröffentlichte Studie „Ungewollte Kinderlosigkeit 2020“ dokumentiert.

BUNDESWEIT EINMALIG: DIGITALES KINDERWUNSCHKONSIL

„In Deutschland werden jedes Jahr etwa 110 Tausend Kinderwunsch-Behandlungszyklen durchgeführt“, so Dr. Ulrich Knuth, kommissarischer Vorsitzender des Bundesverbands der reproduktionsmedizinischen Zentren zum Start des in Deutschland bislang einmaligen digitalen Kinderwunschkonsils am 1. April 2021. Unerfüllter Kinderwunsch kann viele Ursachen haben: Einen organischen Hintergrund, hormonelle Störungen, aber auch ungünstige Lebensstilfaktoren und bestimmte Umwelteinflüsse können zu einer Verringerung der Fertilität bei Mann und Frau führen. Deshalb ist es besonders wichtig, der Ursache auf den Grund zu gehen und weitere mögliche Optionen zur Erfüllung des Kinderwunsches zu berücksichtigen.

Für viele ungewollt Kinderlose ist eine künstliche Befruchtung zur Option geworden. Bei diesem weitreichenden Schritt fühlen sich die Betroffenen jedoch physisch und psychisch überfordert, wie die BMFSFJ-Studie herausstellt. Mit einem zusätzlichen, digital gestützten Beratungsangebot des Kinderwunschkonsils schließen die BKK als bislang einzige Kassenart eine Informations- und Beratungslücke.

Das Angebot setzt auf eine strukturiert telemedizinische Zusammenarbeit von Gynäkologinnen und Reproduktionsmedizinerinnen und schließt ein begleitendes Monitoring der Frau über die „PraxisApp-Mein Frauenarzt“ mit ein. Diese App ist als eine Art digitales Tagebuch zu verstehen, das Informationen zum Menstruationszyklus, wie Aufwachttemperatur, Zykluslänge, Zervixschleim und andere Daten erfasst. Auf Basis dieser Daten können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit den Betroffenen entscheiden, welche Behandlung auf dem Weg zur Erfüllung des Kinderwunsches der erfolgversprechende und wenig belastende Pfad ist.

PASSGENAUE BEHANDLUNGSPFADE

Das Kinderwunschkonsil unterstützt ungewollt Kinderlose dabei, eine passgenaue Entscheidung zu treffen. Über das Kinderwunschkonsil wird der gynäkologischen Praxis eine strukturierte Anamnese und Datenerhebung über Online-Fragebögen ermöglicht. Kombiniert mit einer telemedizinischen Anfrage an Reproduktionsmedizinerinnen und –mediziner werden die erhobenen Befunde geprüft und bewertet. Dabei werden die Anamnesedaten um aktuelle Daten aus einem digitalgeführten Zykluskalender der Patientin ergänzt. Gemeinsam kann so mit allen Beteiligten analysiert werden, ob etwa der Lebensstil eine spontane Schwangerschaft verhindert oder ob Verhaltensänderungen helfen können, schwanger zu werden.

Ziel ist es, eine künstliche Befruchtung nur dann als Option zu wählen, wenn vorab alle möglichen Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit abgefragt und mögliche organische oder hormonelle Defizite untersucht und bei Bedarf therapiert wurden. Erst, wenn diese Maßnahmen im wahrsten Sinne des Wortes nicht fruchten, wird im zweiten Schritt die weitere reproduktionsmedizinische Diagnostik und Therapie eingesetzt, um eine künstliche Befruchtung zu unterstützen. Insgesamt ist das Unterstützungsangebot darauf ausgerichtet, die psychische und physische Belastung und die Kosten für die Betroffenen möglichst gering zu halten.



© Catherine Falck Commercial/Moment/Getty Images

QUALITÄTSORIENTIERTE KINDERWUNSCHBEHANDLUNG

Bereits 43 Betriebskrankenkassen schlossen sich dem neuen Programm BKK Kinderwunschkonsil an, das den bereits bestehenden VAG-Vertrag BKK Kinderwunsch ergänzt. Bei BKK Kinderwunsch können Paare im Rahmen einer künstlichen Befruchtung über die Leistungen der Regelversorgung hinaus mit Unterstützung ihrer BKK rechnen. So wird die Anzahl der möglichen Behandlungsversuche durch die In-Vitro-Fertilisation (Befruchtung im Reagenzglas) oder eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektion von drei auf vier erweitert. Um das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften infolge der künstlichen Befruchtung möglichst gering zu halten, werden bei der Behandlung durch vertragsmedizinisches Personal maximal zwei anstatt der üblichen drei Embryonen in die Gebärmutter übertragen. Auch auf belastende hormonelle Stimulationstherapien bei der Frau wird soweit wie möglich verzichtet, weil bereits befruchtete Eizellen für gegebenenfalls weitere Transfers konserviert werden.

Die BKK-Versicherten profitieren auch finanziell von dem Vertrag: Der Gesetzgeber sieht eine Beteiligung der Krankenkasse in Höhe von fünfzig Prozent an den Behandlungskosten für die ersten drei Versuche der künstlichen Befruchtung bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres vor. Leistungen wie der Kryozyklus, die Blastozystenkultur, die Erhöhung der Altersgrenze auf Vollendung des 42. Lebensjahres oder der 4. Versuch sind bisher nicht Bestandteil der GKV-Regelleistung und damit Mehrleistungen der BKK. Aktuell unterstützen 52 BKK den Vertrag BKK Kinderwunsch.

RISIKEN IN DER SCHWANGERSCHAFT VERMEIDEN: HALLO BABY

Auch bei der Betreuung von werdenden Müttern gehen die BKK einen Schritt weiter. Weil national und international steigende Frühgeburtenraten zu verzeichnen sind, hat die BKK VAG Bayern mit Hallo Baby schon 2019 ein Unterstützungsprogramm für werdende Mütter aufgelegt. Frühgeburten sind für die betroffenen Familien mit viel Leid verbunden, ein Großteil der Frühgeburten ist jedoch durch rechtzeitige Intervention vermeidbar. Das frühzeitige Erkennen und die Reduktion dieser Risikofaktoren, aber auch die Vermeidung von Geburtskomplikationen zählen zu den wichtigsten Zielen des Versorgungsprogramms.

Denn Geburten vor der 37. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm sind ein zentrales Problem in der Geburtshilfe. Medizinische Risikofaktoren, wie z.B. die bakterielle Vaginose und die Infektion mit Toxoplasmose, können zu einem Anstieg der Frühgeburtenrate führen. Direkt mit der Schwangerschaftsfeststellung wird bei den eingeschriebenen BKK-Versicherten ein Toxoplasmosesuchtest durchgeführt. Das entnommene Blut wird auf das Vorliegen von Antikörpern untersucht. In der Zeit von der 13. bis zur 20. Schwangerschaftswoche erfolgt ein Infektionsscreening mittels eines

Abstriches auf bakterielle Scheidenbesiedelung und gegen Ende der Schwangerschaft wird in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche ein Abstrich auf Streptokokken-B Bakterien durchgeführt. Gegebenenfalls können so rechtzeitig weitere Schritte eingeleitet werden, die einer Frühgeburt vorbeugen. Perspektivisch werden diese Leistungen zum 1. Juli 2021 um einen weiteren medizinisch wichtigen Toxoplasmosesuchtest (für negativ getestete Schwangere 8-10 Wochen nach Ersttestung) und ein ärztliches Beratungsgespräch zur Förderung der natürlichen Geburt ergänzt, welches prioritär im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht wird. 56 BKK setzen den Vertrag HALLO BABY derzeit um.

TOXOPLASMOSE ALS FRÜHGEBURTSRISIKO

Die Wirkung einer in der Schwangerschaft erworbenen aktiven Toxoplasmose ist dabei abhängig von der Schwangerschaftsdauer. Führt eine erworbene aktive Toxoplasmose im 1. Trimenon mit hinreichender Sicherheit zum Abort, so führt der Erwerb der Toxoplasmose im 2. oder 3. Trimenon eher zu Hirn- und Leberschäden; zum Teil in einem Zeitraum bis zu 20 Jahren nach der Geburt. Ein Beispiel hierzu ist die im 3. Trimenon erworbene Infektion, die eine Übertragungsrate auf den Fötus von 72 % hat und hiervon 91 % der Feten Sehstörungen entwickeln (Der Frauenarzt, 9/2014).

Bei frühzeitiger Feststellung der Toxoplasmose und entsprechender antibiotischer Behandlung der Mutter konnte nach einer großen deutschen Studie von 2012 (Der Frauenarzt 6/2014) eine Senkung der konnatalen Infektion auf 4,8% von 685 Säuglingen gesenkt werden. Die Arbeitsgruppe Toxoplasmose der Paul-Ehrlich-Gesellschaft empfiehlt daher eine serologische Abklärung zu Beginn der Schwangerschaft und dann im Abstand von 8-12 Wochen später.

KAISERSCHNITTE SIND GLEICHBLEIBEND ZU HOCH

Ein weiteres Vertragsziel von Hallo Baby ist die Vermeidung von Geburtskomplikationen und die Förderung der natürlichen Geburt. Dies ist umso wichtiger, als dass die Kaiserschnitttrate in Deutschland immer noch vergleichsweise zu hoch ist; unsere europäischen Nachbarn zeigen, dass sie mit deutlich weniger Kaiserschnitten auskommen: Die Kaiserschnitttrate in Deutschland für das Jahr 2019 beträgt 30,85 % (2018: 30,66 %, 2017: 31,18 % laut dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG, 2020). Sie liegt damit seit Jahren über 30 % und wird in der Fachwelt für Deutschland als deutlich zu hoch gesehen. Andere vergleichbare europäische Länder (skandinavische Staaten und die Niederlande) liegen mit der Kaiserschnitttrate bei unter 20 %. Damit ist hinsichtlich der Verhältnisse in Deutschland eine Fehlversorgung zu beobachten, obwohl das perinatale Versorgungsniveau nahezu identisch bzw. vergleichbar ist.

Im internationalen Vergleich aller EU-Mitgliedsstaaten nimmt Deutschland den 9. Platz der 27 EU-Länder mit den meisten Kaiserschnitten ein. Selbst Länder wie Österreich, Tschechien und Kroatien haben eine niedrigere Kaiserschnitttrate. In Finnland liegt diese bei 16,5 % (Eurostat 12/2019). Damit kann für Deutschland ein erhebliches Nachholpotenzial festgestellt werden.

NACH DER GEBURT GEHT ES WEITER

Auch nach der Geburt läuft die Betreuung der BKK Versicherten mit einem erweiterten Leistungsangebot weiter, das sich wiederum digitaler Unterstützungsangebote bedient. Das Programm BKK Starke Kids wurde in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) entwickelt und zählt bislang 14 Leistungsbereiche. Die

zusätzlichen Vorsorgeangebote, die von der Geburt bis zum 17. Lebensjahr reichen, unterstützen Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern dabei, etwaige physische und psychische Defizite rechtzeitig zu erkennen und wenn nötig zu behandeln. Bundesweit über 430.000 Kinder und Jugendliche von 60 BKK profitieren von den vielfältigen Leistungen aus BKK STARKE KIDS.

Zu den Digitalangeboten, die im Rahmen des Programms angeboten werden, zählen zum Beispiel die neolexon App, die Kinder mit Artikulationsstörungen für therapeutische Sprechübungen nutzen können. Oder das telemedizinische Expertenkonsil PädExpert, das zusammen mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten eine niedrighschwellige ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder seltenen Erkrankungen unter Hinzuziehung von weiteren Fachleuten bei Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle ermöglicht. Dieses Modul wird ergänzt um eine App-basierte Möglichkeit zur Führung von Krankheitstagebüchern (z.B. Bauch- oder Kopfschmerztagebücher) kombiniert mit der Möglichkeit der Videosprechstunde zur Besprechung der Ergebnisse aus den Tagebüchern.

Flankiert unterstützen die BKK präventiv die gesundheitliche Entwicklung des Kindes. Zum Beispiel über das Projekt Feinfühligkeit, das der BKK Landesverband Bayern mit dem Bayerischen Staatsinstitut für Frühpädagogik umsetzt. Es vermittelt Eltern und Erziehungsfachkräften die Bedeutung der lebenslang prägenden Wirkung von frühkindlicher Bindung.

Zusammenfassend bieten damit die Betriebskrankenkassen ein umfassendes Familienkonzept mit in sich aufbauenden und abgestimmten Inhalten vom Kinderwunsch bis zur Familie – ganz einfach „BKK für Familie.“ ■

LITERATURVERZEICHNIS

1. Statistisches Bundesamt, Erhebungen für das Jahr 2019. Durchschnittsalter Erstgebärende: 29,8 Jahre. Durchschnittliche Kinderzahl je Frau (Geburtenziffer) in der Altersgruppe 15 bis unter 50 Jahre: 1,54.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Ungewollte Kinderlosigkeit 2020, Prof. Dr. Carsten Wippermann, DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH, Sept. 2020, Seite 37.
3. BKK Landesverband Bayern (für die Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern), Berufsverband der Frauenärzte, Bundesverband der reproduktionsmedizinischen Zentren, Ärztliche Vertragsgemeinschaft, gemeinsame Presseinformation zum Start des Kinderwunschkonsils am 1. April 2021
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Ungewollte Kinderlosigkeit 2020, Prof. Dr. Carsten Wippermann, DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH, Sept. 2020, S. 134ff.
5. Beichert, Matthias und Hlobil, Harald zitiert nach Hotop, Andrea / Hlobil, Harald / Gross, Uwe: Efficacy of rapid treatment initiation following primary *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy; *Clin Infect Dis* 54 (2012) 1545-1552. Doi: 10.1093/cid/cis234. Erstpublikation 29. März 2012. M: in *Der Frauenarzt* 6/2014, S. 545 f. und Exler, S. / Biber, M. / Enders, M: Prä- und perinatale Infektionen in *Der Frauenarzt* 9/2014, S. 873f.
6. Exler, S. / Biber, M. / Enders, M: Prä- und perinatale Infektionen in *Der Frauenarzt* 9/2014, S. 873f.
7. QTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin, Qualitätsreport 2020, https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2020-12-08.pdf, abgerufen am 12. April 2021, S. 154f.
8. Large differences in share of caesarean births, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/-/ddn-20191217-1>, veröffentlicht 17.12.2019, abgerufen am 12. April 2021



BKK STARKE KIDS
www.bkkstarkekids.de
www.bkk-bayern.de



GLOBAL HEALTH

DAS KONZEPT DER GLOBALEN GESUNDHEIT

Von Franz Knieps

Es ist eine Binsenweisheit, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Auch die Abhängigkeit der Gesundheit von sozial-ökologischen Determinanten stellt eigentlich niemand in Frage. Schließlich ist spätestens seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie jedem und jeder klar, dass Gesundheit und Krankheit nicht an nationalen oder kontinentalen Grenzen haltmachen. Von der Umsetzung der banalen Erkenntnisse in politisches Handeln und effektiver Regulierung auf nationaler und supranationaler Ebene ist es jedoch ein weiter Weg. Auch das hat die Pandemie eindrücklich offengelegt. Deutschland, das sonst so gern den moralischen Zeigefinger hebt, ist weder frei von nationaler Überheblichkeit noch ein Musterbeispiel für globales Denken und Handeln.

Damit dies anders wird, haben sich Dr. Mathias Bonk und Prof. Dr. Timo Ulrichs auf den Weg gemacht und namhafte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gewonnen, ein wirklich umfassendes und praxisnahes Konzept der globalen Gesundheit zu entwickeln. Nach einer allgemeinen Einführung stellen sie alle wichtigen Zahlen, Fakten und Risiken zu der Thematik zusammen und beleuchten die Bedeutung von Kultur und Verhalten für die individuelle wie kollektive Gesundheit. Ausführlich werden die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungerechtigkeit analysiert. Das Recht auf Gesundheit wird in den Kanon fundamentaler Menschenrechte integriert. Gesundheitliche Ethik wird als „Motor der Salutogenese“ und als „Medizin gegen Fehlsteuerung“ verstanden.

Mathias Bonk und Timo Ulrichs
GLOBAL HEALTH: DAS KONZEPT DER GLOBALEN GESUNDHEIT
de Gruyter Verlag
Erschienen: Berlin Boston 2021
Gebunden, 613 Seiten
ISBN: 978-3-11-044847-4



Der erste Hauptteil ist den Facetten von Globalisierung und Nachhaltigkeit gewidmet. Nach einer Einführung in Globalisierung und Gesundheit wird die Einordnung in Entwicklungs- und Nachhaltigkeitsziele beschrieben. Eine zentrale Rolle spielen die Wechselwirkungen mit Umwelt und Welternährung. Der zweite Hauptteil fokussiert sich auf Gesundheit und Krankheit. Die Kapitel befassen sich mit Gesundheit im Lebensverlauf, Infektionskrankheiten, nicht übertragbaren Erkrankungen und mit der globalen seelischen Gesundheit.

Im dritten Hauptteil wird dann von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins konkrete politische Tun gewechselt. Nach einem Überblick über die organisierten Akteure der Globalen Gesundheit werden der WHO als zentralem Akteur der globalen Gesundheitspolitik und der Bedeutung der Gesundheit bei humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit eigene Kapitel eingeräumt. Abgerundet wird dieser Teil durch die Erörterung analytischer und anwendungstheoretischer Fragen.

Der abschließende vierte Hauptteil befasst sich mit Planung und Umsetzung. Im Einzelnen geht es um die Bedeutung der Gesundheitssysteme, der Ökonomie und der Gesundheitsberufe. Die Autorinnen und Autoren scheuen sich dabei nicht, Mythen und Selbstgewissheiten in Frage zu stellen und den politischen Akteuren unangenehme Wahrheiten ins Stammbuch zu schreiben.

Obwohl als Buch für das relativ neue Fach Global Health konzipiert und didaktisch entsprechend gestaltet, sollte das monumentale Werk einen weitaus größeren Leserkreis über Studierende hinaus finden. Es erweitert den klassischen Public-Health-Ansatz über staatliche und disziplinäre Grenzen. Es zeigt die Handlungsnotwendigkeiten einer Health in all-Policy auf und gibt allen verantwortlichen Akteuren auf allen Ebenen theoretisches Rüstzeug und praktische Handlungsanleitungen an die Hand. Es leistet einen unschätzbaren Beitrag zur Reduzierung von Intransparenz und Komplexität von Global Health. Mathias Bonk und Timo Ulrichs ist ein großer Wurf gelungen. Nehmen Sie die Vorlage auf, die sie allen Interessierten zugespielt haben. ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 3 | 2021

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 18. Juni 2021
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

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

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

Bildnachweis:
Titelbild: © Science Photo Library- PASIEKA/Brand X Pictures/Getty Images,
S. 7, 18, 24, 33, 37, 43, 47, 59: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 56: Lutz Kaiser/pronova BKK

