

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

# #btw21 Neustart

■ **BUNDESTAGSWAHL 2021**

Der Rahmen für einen Neubeginn.  
Leitartikel von Franz Knieps

■ **GROSSBAUSTELLE GESUNDHEIT**

Aufgaben für eine Regierung, die ein  
stimmiges Ziel hat und mutig anpackt



**BKK**  
Dachverband

# Editorial

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung noch vor der Bundestagswahl ernsthaft zu besprechen und der Bundesregierung dazu eine verbindliche Entscheidung abzurufen – das ist den Kassenvorständen in einem Spitzengespräch am 1. September nicht mehr gelungen. Jens Spahn hat die heikle Frage über den Wahltermin hinausgeschoben. Nun soll erst im Oktober über zusätzliche Finanzhilfen für die GKV entschieden werden. Damit bricht der Minister seine Zusage, rechtzeitig im Spätsommer die Finanzsituation für das kommende Jahr zu klären. Auch das Bekenntnis zur Sozialgarantie stützt sich derzeit lediglich auf einen Programmsatz im Sozialgesetzbuch: Der durchschnittliche Beitragssatz bleibt gesetzlich auf 1,3 Prozent festgeschrieben. Ob diese Order und das Bekenntnis dazu von Spahn ausreichen, um die Sozialabgaben 2022 nicht über 40 Prozent steigen zu lassen? Die dafür notwendige Entscheidung über den Bundeszuschuss auf die Zeit nach der Wahl zu verschieben, unterzieht die Kassen einem unnötigen Stresstest, nur damit der Minister ein unangenehmes Thema über die Hürde des 26. September werfen kann.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist im ersten Pandemiejahr mit riesigen Rettungsschirmen in Vorleistung gegangen, um dem Gesundheitssystem den Rücken freizuhalten. Dieses Engagement war eigentlich abgesichert durch die Zusage der Politik, die Finanzsituation 2022 rechtzeitig zu klären. Der gesetzlichen Krankenversicherung droht bereits im nächsten Jahr wieder ein hohes Milliardenfazit. Ein Übereinkommen mit dem Staat in Zeiten der Pandemie einseitig zu brechen und dazu in einer volatilen Situation der Finanzierung der Gesundheitsversorgung von über 70 Millionen Menschen in Deutschland – das ist mindestens ein gewagtes Manöver. Nur zu erklären mit dem Kalkül, das unangenehme Thema nicht mehr auf dem eigenen Tisch haben zu müssen. Denn jeder neuen Bundesregierung wird dieser weitere Kraftakt für einen Zuschuss aus Steuergeld aberlangt und ein neu gewähltes Parlament müsste zustimmen. Dabei ist noch nicht die Rede vom notwendigen politischen Gestaltungswillen für eine Weichenstellung, die eine echte langfristige Lösung für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bringt.

Für zukunftsfeste Strukturen unseres Gesundheitssystems brauchen wir jetzt rasch eine GKV-Finanzierung mit zuverlässigen Mechanismen, die die Beitragsfinanzierung unempfindlich für Konjunkturzyklen macht. Ein Vabanquespiel mit der Stabilität unseres Gesundheitssystems hat immer direkte Folgen für den Industriestandort Deutschland.

Es geht auch darum, ob Betriebskrankenkassen den Vorteil ihrer Vielfalt und ihrer Industrie-DNA bei der Gestaltung eines modernen Gesundheitssystems einbringen können. Betriebskrankenkassen der unterschiedlichen Größen sind wie ein Schwarm schneller Boote, sie handeln im Verbund und können die Ziele einer modernen Gesundheitslandschaft, die auf datenbasierte, patientenorientierte Prozesse und auf Kooperation interprofessioneller, digital vernetzter Teams setzt, besser ansteuern als ein massiger, träger Tanker. Agiles Handeln und Innovationsfreude schlagen Bruttoregistertonnen. Für ein Gesundheitssystem, das die bereits jetzt präsenten globalen Herausforderungen durch Pandemien und Klimarisiken annehmen kann.

**Ihr Franz Knieps**



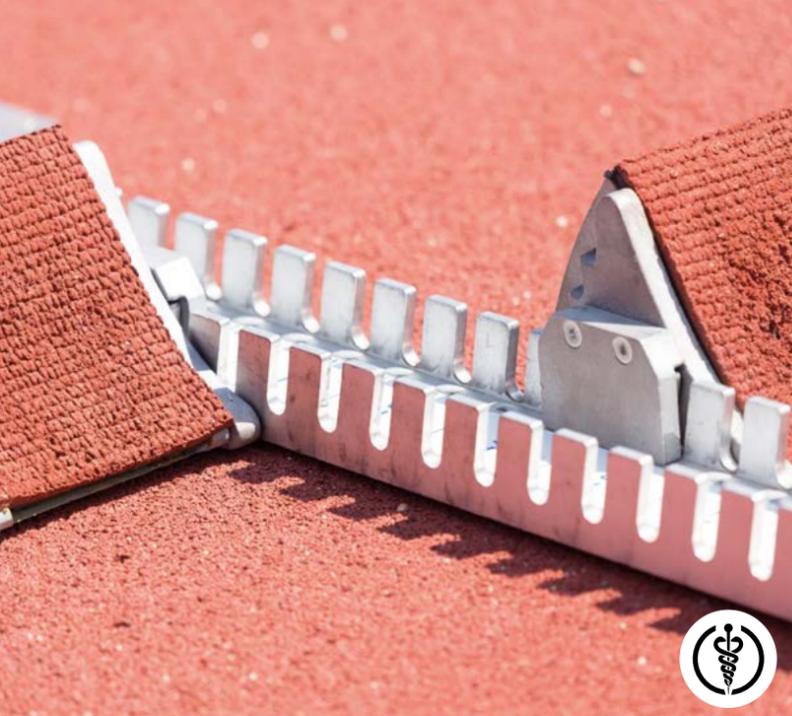
**FRANZ KNEIPS**

Vorstand des BKK Dachverbandes

**GESUNDHEIT UND POLITIK**

**DER RAHMEN FÜR EINEN NEUBEGINN**

Klassische Industriezweige wie Bergbau und Stahl verschwinden mit dem Ende des fossilen Zeitalters, die bisher sicheren industriellen Branchen Automobil, Chemie und Maschinenbau müssen sich schnell neu erfinden. In einer problematischen Großwetterlage für das Finanzierungssystem des Sozialstaats findet ein rasanter Strukturwandel statt. Neue digitale Möglichkeiten treiben einen Paradigmenwechsel in der Medizin an. Neustart für Gesundheitspolitik? Der Herausgeber Franz Knieps zeichnet den Rahmen für einen Neubeginn nach der Bundestagswahl. **Seite 6**




**GESUNDHEIT UND POLITIK**

**GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER BT-WAHL VIELES MUSS, WENIG KANN**

Weiter so? Oder Neustart? Bleiben die gesundheitspolitischen Vorhaben der Parteien für die neue Legislaturperiode nur eine „Fingerübung“? Für 70 Prozent der Deutschen spielen Gesundheits- und Pflegepolitik eine große Rolle bei der Stimmabgabe zur Bundestagswahl. 2021. Gibt es zu wenig Geld im System oder wird es nicht effizient eingesetzt? Sind die notwendigen Maßnahmen identifiziert?

Ein Abgleich ab **Seite 22**




**6 GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Das Gesundheitswesen vor grundlegenden Veränderungen: Der Rahmen für einen Neubeginn

**30 QUALITÄT**  
Qualität der GKV: Welche Qualität erleben Versicherte?

**18 GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Stimmen aus den Unternehmen

**34 KRANKENHAUSVERSORGUNG**  
Die Zukunft der Krankenhausversorgung: patientenorientiert, vernetzt, digital

**22 GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl: Vieles muss, wenig kann

**38 PFLEGE**  
Kompetenz gebündelt in Versorgungszentren

**42 ÄRZTLICHE VERSORGUNG**  
Patientenorientierung statt Anbieter-Perspektive

**46 ARZNEIMITTELPOLITIK**  
Raus aus der Nische!

**50 PRÄVENTION**  
Prävention überall und zu jeder Zeit

**54 E-HEALTH**  
Digitalisierung erlebbar machen

**58 GKV-FINANZIERUNG**  
Die unterschätzte Großbaustelle

**62 RAUS**  
Impressum

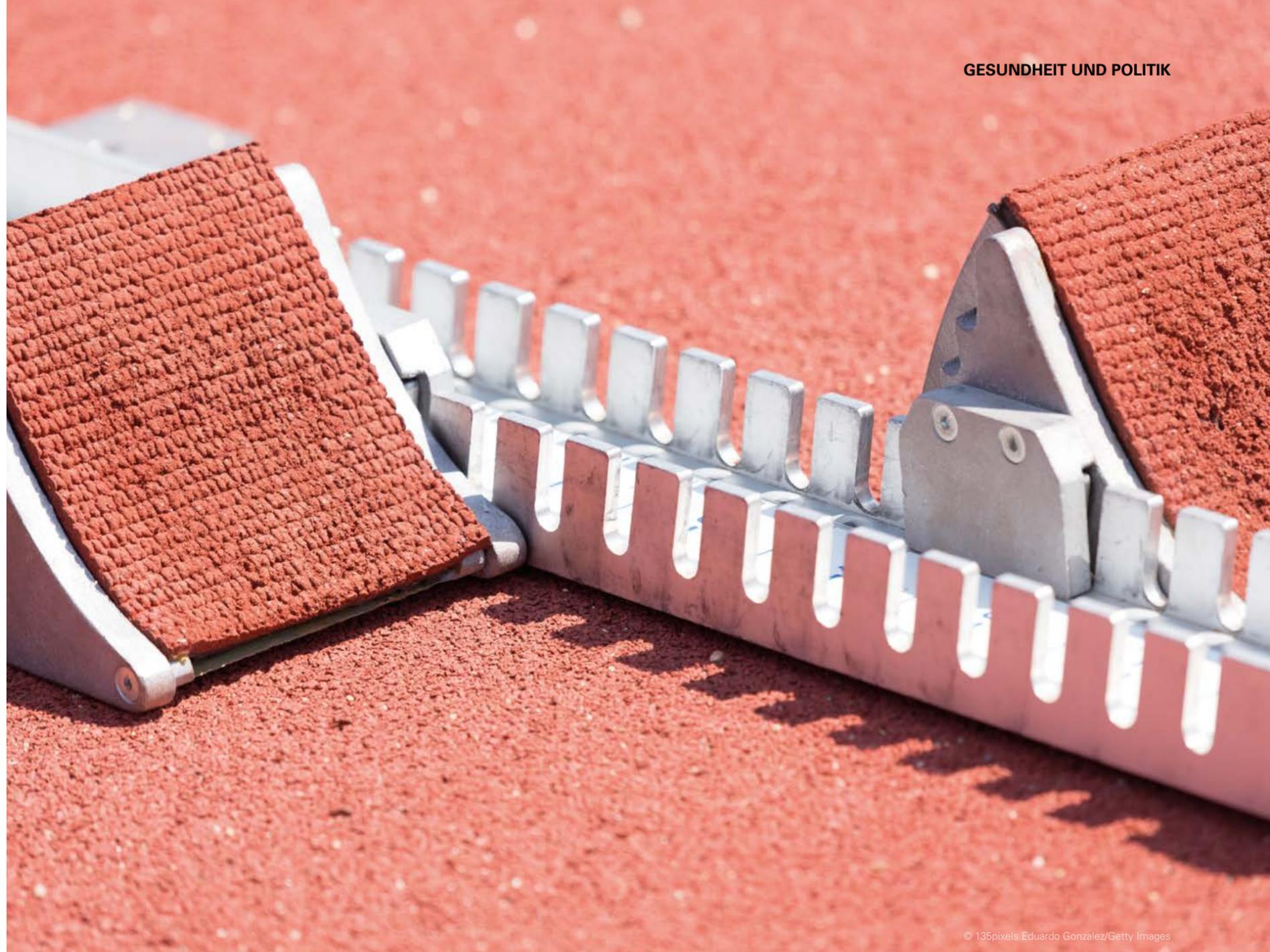


DAS GESUNDHEITSWESEN VOR GRUNDLEGENDEN VERÄNDERUNGEN

# DER RAHMEN FÜR EINEN NEUBEGINN

Von Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands

Nach 16 Jahren stellt sich Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel nicht mehr zur Wiederwahl. Es wird also nach der Bundestagswahl einen neuen Regierungschef oder eine neue Regierungschefin geben. Aller Voraussicht nach wird er oder sie auch von einer neuen Regierungskoalition getragen, denn es zeichnet sich ab, dass Zweierbündnisse – genauer Dreierbündnisse, wenn man zwei selbständige Unionsparteien nicht als einen Block ansieht – keine ausreichende Mehrheit mehr finden. Doch heißt das auch, dass es neue politische Ansätze geben wird? Der folgende Beitrag zeigt auf, warum es ein „Weiter so“ in der neuen Legislaturperiode nicht geben kann. Er beschreibt die zentralen Herausforderungen an Staat, Gesellschaft und Wirtschaft und deren Wirkungen im Gesundheitswesen. Der Beitrag schließt mit einem kurzen Blick darauf, was die Gesetzliche Krankenversicherung und speziell die Betriebskrankenkassen leisten müssen, um in den zu erwartenden Veränderungen nicht zu Getriebenen zu werden.



© 135pixels Eduardo Gonzalez/Getty Images

## DIE FETTEN JAHRE SIND VORBEI – EIN DÜSTERER ÖKONOMISCHER AUSBLICK

Über 10 Jahre konnten die Deutschen nach der überraschend schnell bewältigten Finanzkrise aus dem Vollen schöpfen. Die Steuersäcke von Bund und Ländern waren fast überall prall gefüllt. Gleiches galt für die meisten Sozialkassen. Die Regierenden aller Couleur hatten die Spendierhosen an und bedienten nicht nur das eigene Klientel. Leistungen wurden ausgeweitet, selbst unverschämte Forderungen der Leistungserbringer erfüllt und jegliche Strukturveränderung so abgefedert, dass jedermann, aber nicht unbedingt jeder Frau Wohl gebracht und kein Weh getan wurde. Diese Zeiten sind aber spätestens nach der kommenden Bundestagswahl vorbei. Die Expansion der Ausgaben machen die ohnehin fragwürdige Schuldenbremse zur Makulatur. Die Rücklagen bei den Sozialversicherungen schmolzen schneller als die Gletscher in der heißen Sonne und wurden notfalls gegen den

»Wesentlicher Treiber des ökonomischen Wandels ist die digitale Transformation, die alle Branchen und Lebensbereiche erfasst hat und erhebliche Potenziale für Innovationen bietet. Das gilt selbstverständlich auch für das Gesundheitswesen.«

Willen der eigentlich verantwortlichen Selbstverwalter sozialisiert. Nur die herannahende Wahl verhindert vorerst schmerzhaft Eingriffe, von der alle Parteien nichts wissen wollen. Aber aufgeschoben ist nicht aufgehoben. Das Vorgehen nach der Wahl dürfte einem bekannten Muster folgen: Kassensturz – Überraschungen – Wehklagen – Einschnitte. Wer gedacht hatte, dass Kostendämpfung und Austerität in die Mottenkiste verbannt seien, dürfte Anfang 2022 eines Besseren belehrt werden. Selten dürften die Ankündigungen vor der Wahl weniger den Handlungen nach der Wahl entsprechen als in der kommenden Legislaturperiode.

In dieser hier nur skizzierten Großwetterlage über das Finanzierungssystem des Sozialstaats, das in den Grundstrukturen auf die industrielle Revolution im 19. Jahrhundert zurückgeht, findet ein rasanter Strukturwandel von Wirtschaft und Industrie statt. Klassische Industriezweige wie der Bergbau oder die Stahlerzeugung verschwinden mit dem Ende des fossilen Zeitalters (Raphael). Frühere industrielle Cash Cows wie die Autoindustrie, die chemische Industrie oder der Maschinenbau müssen sich schnell und permanent neu erfinden; Handelsriesen taumeln unter dem Druck der Versandhändler. Start-ups und neue Finanzdienstleister verdrängen traditionelle Banken, Versicherungen und andere Dienstleister. Plattformökonomie erobert den Kernbereich der Wertschöpfung (Schwab). Die neue Wertschöpfungskette lässt sich beliebig auf dem Globus variieren. Es sind gerade

Techkonzerne und virtuelle Unternehmen, die sich Regulierung und Besteuerung weitgehend entziehen. Der einzelne Nationalstaat erweist sich zunehmend als hilflos dagegen; internationale Absprachen stecken noch in den Kinderschuhen. An neue Formen der Besteuerung und Verbeitragung von Wertschöpfung wagt sich kaum ein Land heran. Noch immer dominiert das Bewahren kurzfristiger (Standort-) Vorteile vor einer langfristigen Sicherung gerechter Finanzierungsgrundlagen.

#### **FLUCH UND SEGEN DER DIGITALEN TRANSFORMATION – DEUTSCHLAND AUF DER STANDSPUR**

Wesentlicher Treiber des ökonomischen Wandels ist die digitale Transformation, die alle Branchen und Lebensbereiche erfasst hat und erhebliche Potenziale für Innovationen bietet. Deutschland scheint dies oft noch nicht erkannt zu haben oder erstarrt aus Furcht vor disruptiven Veränderungen. Es landet in internationalen Vergleichen auf den hinteren Rängen. Gerade in öffentlichen Verwaltungen und Unternehmen verläuft der digitale Wandel quälend langsam. Eine unzulängliche Regulierung, veraltete (Netz-) Infrastruktur, tradierte Beharrungskräfte, mangelhafte Innovationsbereitschaft, fehlende Experimentalkultur – diese Stichworte ließen sich beliebig verlängern. Aber es gibt auch das Gegenteil: Smart Cities, digitale Verwaltungen, innovative Krankenhäuser und weitere positive Beispiele. Die Nutzung von Big Data wird mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit. Selbst künstliche Intelligenz ist für viele Unternehmen und Menschen kein Fremdwort mehr. Das gilt selbstverständlich auch für das Gesundheitswesen, wie gerade der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eindrucksvoll aufgezeigt hat (SVR).

Damit kein Missverständnis entsteht, dieser Beitrag ist nicht blind gegenüber den Gefahren, die von einer ungesteuerten und schlecht regulierten Digitalisierung ausgehen. Deutschland und Europa dürfen nicht vor die Wahl gestellt werden, ob sie sich für den chinesischen Weg der autoritären Lenkung via parteiabhängigen Staatskonzernen (Näheres bei Strittmatter) oder für den entfesselten, von amerikanischen Techkonzernen auf dem Weg gebrachten Überwachungskapitalismus mit Monopol- und Oligopol-Charakter (ausführlich Zuboff) entscheiden. Vielmehr ist endlich ein europäischer dritter Weg aufzuzeigen, der sich als digitaler Humanismus (Nida-Rümelin/Weidenfeld) auf Wertvorstellungen und Rechtsprinzipien Europas stützt (selbst wenn gerade einige Staaten diese Werte in Frage stellen und den Rechtsweg verlassen wollen). Die oft gescholtene Europäische Datenschutzgrundverordnung ist gerade ein Beispiel dafür, wie sich ein europäisches Modell von Datennutzung und Datenschutz verwirklichen lässt (Spiecker/Wallrabenstein). In Deutschland scheinen aber viele Akteure, allen voran die Datenschützer, noch nicht verstanden zu haben, welche Möglichkeiten in dieser Regulierung stecken. Ein Blick in andere EU-Länder könnte die Augen öffnen.

### **DER LANGSAME ABSCHIED VOM NORMALARBEITSVERHÄLTNIS – DER SIEGESZUG VON NEW WORK**

Mit dem ökonomisch-sozialen Wandel verändern sich Arbeitsformen und Arbeitsbedingungen. Die Übergänge von abhängiger Beschäftigung und Selbständigkeit werden fließend. Feste Hierarchien und eingespielte Teams werden durch agiles Arbeiten ergänzt oder ersetzt. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verändert das Verhältnis von Vollzeit und Teilzeit. Lebenslanges Lernen wird Teil der Arbeit. Dazu können Sabbaticals und andere Arbeitsbefreiungen genutzt werden. Die gleiche Beschäftigung beim gleichen Arbeitgeber wird eher zum Ausnahmefall (Herzog; Jürgens et al.; BMA). Digitale Arbeitsformen machen die Arbeit von Arbeitszeit und –ort unabhängig, führen aber auch zur Entgrenzung und zur Entfremdung. Daher verwundert es nicht, dass psychische Belastungen stark ansteigen (Knieps/Pfaff 2019).

### **DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG UND SOZIALER WANDEL – DAS LEBEN WIRD BUNTER**

Schon seit Jahren verändert sich die Gesellschaft. Wichtigster Treiber ist – seit langem bekannt – die demographische Entwicklung, die einen zunehmenden Mangel an Fachkräften auslöst. Dies betrifft auch die im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen. Die Babyboomer-Generation geht in Rente. Die Lebensdauer steigt kontinuierlich an. Folglich steigt die Inanspruchnahme von Leistungen, speziell im Bereich der Altenpflege. Zugleich werden weniger Kinder geboren. Das gilt allerdings nicht für Familien mit Migrationshintergrund. Nach Jahren kontroverser Diskussion und ideologischer Leugnung, dass Deutschland ein Einwanderungsland sei, stabilisiert sich dank freiwilliger Einwanderung – primär aus Ländern der Europäischen Union – und Flucht vor Bürgerkrieg und politischer Verfolgung, Klimawandel, Hunger und wirtschaftlicher Not die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen wieder. Das bedeutet jedoch noch lange nicht, dass die Integration all dieser Menschen leicht zu bewerkstelligen ist. Einerseits werden Individualisierung und Pluralisierung – speziell in den Großstädten – als kulturelle Bereicherung wahrgenommen, andererseits nehmen die sozialen Bindungskräfte etablierter Institutionen wie Familien, Gewerkschaften, Kirchen, Dorf- und Stadtteilgemeinschaften ab.

Auch innerhalb des Landes hält der Zuzug in Ballungsgebiete und die Entvölkerung abgelegener Regionen an. Vor allem jüngere Menschen werden durch Bildungsangebote, attraktive Stellen und kulturelle Angebote angezogen. Innerhalb von großen Städten und von Ballungsgebieten entmischen sich soziale Schichten. Gentrifizierung und Immobilienpreise treiben diese Entwicklung voran. Selbst Beschäftigte mit mittleren Einkommen können sich Häuser und Wohnungen in der Nähe ihrer Arbeitsplätze immer weniger leisten.

Folglich müssen sie größere Wege in Kauf nehmen. Mobilität und Logistik werden zu einem Standortfaktor und erlangen Bedeutung für die individuelle wie öffentliche Gesundheit (Knieps/Pfaff 2020).

### **KLIMAKRISE UND ÖKOLOGISCHE VERSÄUMNISSE – TREIBER FÜR GLOBAL HEALTH**

Nur Ignoranten bestreiten noch, dass der Klimawandel von menschlichem Handeln verursacht ist. Der CO<sub>2</sub>-Ausstoß ist der wesentliche Faktor für die Erwärmung der Atmosphäre weltweit. Die jüngsten Hitzewellen auf allen Erdteilen und die Extremwetterereignisse nicht nur in diesen Tagen geben einen Vorgeschmack darauf, was uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erwartet, wenn wir nicht schnell und wirksam gegensteuern. Schon heute zeigen sich zudem Auswirkungen auf die individuelle wie auf die öffentliche Gesundheit. Die Rückkehr bekannter oder das Auftreten neuer Infektionskrankheiten, die Ausbreitung von Pandemien, die Zunahme der Allergien, das vermehrte Auftreten von Hautkrebs oder der Anstieg von hitzebedingter Mortalität sind messbare Indikatoren, die in einem direkten Zusammenhang mit der Klimakrise stehen (Günster et al.). Die Gesundheitssysteme und -einrichtungen auf der ganzen Welt sind auf diese Auswirkungen nicht oder nicht ausreichend vorbereitet.

Der Klimawandel und seine Folgen machen an keiner staatlichen oder natürlichen Grenze halt. Sie lassen sich nicht allein mit nationalen Maßnahmen bekämpfen. Nur wenn internationale verbindliche Absprachen und verpflichtende nationale Umsetzungsstrategien ineinandergreifen, besteht die Chance, eine weitere Verschlimmerung der Auswirkungen zu bremsen oder – bei einer nachhaltigen Wirksamkeit – die Entwicklung zu stoppen. Das Konzept der Globalen Gesundheit (Global Health oder Planetary Health) verlangt konkretes Handeln auf allen Ebenen und in allen Politik-, Wirtschafts- und Lebensbereichen von Ernähren, Wohnen, Arbeiten, Energie, Verkehr u.v.m. (Bonk/Ulrichs). Nationale,

transnationale und globale Gesundheitspolitik werden zu einer zentralen Querschnittsaufgabe der Regierungen und Parlamente. Sie erfordern verstärkte Kooperations- und Koordinierungsabsprachen in den europäischen und weltweiten Organisationen. Sie verlangen vor allem internationale Solidarität, speziell des globalen Nordens, der die übergroße Mehrheit der Ressourcen der Welt verbraucht, mit dem globalen Süden, der besonders unter dem Klimawandel leidet und dem Ressourcen fehlen, um große Beiträge zur Trendumkehr zu leisten. Ähnlich wie bei der digitalen Transformation ist es aber mit rein technologischen Ansätzen nicht getan. Klimawandel und Globale Gesundheit verlangen fundamentale Veränderungen der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse, persönliche Einschränkungen und Verhaltensänderungen sowie einen tiefgreifenden Bewusstseins- und Kulturwandel. Eine Bewahrung des Status Quo oder die Rückkehr in die gute alte Zeit, die uns Wahlplakate und Wahlwerbepots versprechen, kann und darf es nicht geben.

#### PARADIGMENWECHSEL IN DER MEDIZIN – DIE ERINNERUNG AN DAS SOZIALE

Vor 200 Jahren wurde Rudolf Virchow geboren. Der große Humanist, Arzt und Politiker hat festgestellt: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“. Die großen Trends in der (Spitzen-) Medizin (ausführlich die Beiträge bei Baas; Böttinger/zu Putlitz), die sich hinter den Stichpunkten

- Systembiologie und Zellanalyse
- Genomanalyse und Epigenetik
- Personalisierte/stratifizierte Medizin und Systemmedizin
- Disease Interception und prädiktive Medizin
- Big Data und künstliche Intelligenz

verbergen, könnten zur Überwindung von systemischen Grenzen beitragen, wie zum Beispiel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die patientenorientierte Steuerung der Prozessketten realisieren und das Zusammenwirken unterschiedlicher Fachrichtungen und Professionen unter Einschluss der Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe in Gang setzen (Kühne et al.). Auch wenn sie nicht den von amerikanischen Techkonzernen gepriesenen Traum der Unsterblichkeit durch die Überwindung von Krankheiten in die Realität umsetzen (Näheres bei Schulz), so dürfen die Potenziale von Forschung und Entwicklung nicht unterschätzt werden. Eine schnelle Translation überzeugender Forschungsergebnisse muss Wirksamkeit, Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessern. Die im Gesundheitswesen Tätigen, gleich ob als Selbständige oder abhängig Beschäftigte, müssen bestehende Fähigkeiten ausbauen und unbedingt neue lernen (Amelung et al.; Matusiewicz/Werner). Nach dem Konzept „Value Based Health Care“ muss dabei der Outcome und nicht die Menge und der Input gemessen und bezahlt werden. Der Blick

» Das Konzept der Globalen Gesundheit (Planetary Health) verlangt konkretes Handeln auf allen Ebenen. Nationale, transnationale und globale Gesundheitspolitik werden zu einer zentralen Querschnittsaufgabe der Regierungen und Parlamente. «

auf Forschung und Spitzenmedizin darf zudem nicht den Blick darauf verstellen, dass das deutsche Gesundheitssystem erhebliche Mängel beispielsweise bei der Versorgung von Herzinfarkt und Schlaganfall, bei der kontinuierlichen Versorgung chronisch Kranker oder bei der pflegerischen Betreuung daheim oder in stationären Einrichtungen aufweist. Außerdem müssen neuere Erkenntnisse aus der integrativen Medizin und der Psychoneuroimmunologie berücksichtigt werden (Jürgens et al.; Schubert/Amberger), wie zum Beispiel die Erkenntnis, dass soziale Ungleichheit und andere soziale Determinanten wie beispielsweise Bildung und Gesundheitskompetenz, die individuelle und die öffentliche Gesundheit wesentlich bestimmen. Daraus abgeleitete Strategien und Maßnahmen werden nur unzulänglich umgesetzt. Das liegt auch daran, dass Medizin – anders als von Virchow vorausgesetzt – nicht oder nur unzureichend als soziale Disziplin verstanden wird (Fischer/Ganten).

#### WAS LEHRT UNS DIE PANDEMIE? – NEUSTART AUS DER ORGANISIERTEN VERANTWORTUNGSLOSIGKEIT

Die Ausbreitung des SARS-Cov-2-Virus und die teilweise letal verlaufenden Covid-19-Erkrankungen haben Deutschland und die Welt weitend unvorbereitet getroffen. Zwar existierten auf den unterschiedlichen politischen Ebenen seit Beginn des Jahrtausends mehrfach überarbeitete Pandemiepläne, doch spielten diese in der Frühphase der Epidemie keine Rolle. Die Pandemie wurde zuerst ignoriert, dann unterschätzt und schließlich mit unzureichenden Maßnahmen und überschießenden Eingriffen in Grund- und Freiheitsrechte

bekämpft (ausführlich die Thesenpapiere von Schrappe et al.). Von Anfang an gab es keine kohärente Strategie, keine Festlegung klarer Ziele und Prioritäten sowie daraus abgeleiteter Maßnahmen einschließlich der politischen und fachlichen Kommunikation. Die Rechtsgrundlagen für einen wirksamen Rechtsschutz mussten mehrfach nachgebessert werden. Der verfassungsrechtliche Rahmen wurde bis zum Bersten strapaziert (Kersten; Rixen). Es wird sich erst noch zeigen, ob das Bundesverfassungsgericht Gesetze, Verordnungen und Maßnahmen als grundgesetzkonform bewertet.

Die schnelle Ausbreitung des Virus hat gnadenlos die Defizite im politischen System der Bundesrepublik und ganz speziell im Gesundheitswesen offenbart. An dieser Stelle sollen nur kurz und exemplarisch genannt werden (Vertiefungen in den Sammelbänden der Bundeszentrale für politische Bildung und von Florack/Korte/Schwanholz):

- Die organisierte Unverantwortlichkeit zwischen Bund und Ländern, Europäischer Union und Nationalstaaten, staatlicher Administration und Selbstverwaltung. Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind nicht klar zugewiesen und mit klaren Kompetenzen und entsprechenden Ressourcen ausgestattet.
- Die schwache Wirkung der parlamentarischen Kontrolle.
- Die unzureichende Ausstattung von Public Health, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Der unzureichende Schutz vulnerabler Gruppen (Pflegebedürftige, Alte, Kinder und Jugendliche, chronisch Kranke, Personen mit Handicaps...).
- Die Verquickung von Politik und Wissenschaft und die einseitige Auswahl von Beratern.

#### **SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK – NEUSTART JETZT!**

Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitswesens sind in der Pandemie wie unter einem Brennglas zu Tage getreten. Auch im Gesundheitswesen werden fehlende Zielbestimmungen, strategische Mängel, unklare Verantwortlichkeiten, politische und ökonomische Fehlsteuerungen, aktionistische Maßnahmen ohne Evaluation und fehlende inhaltliche Koordination über die Ebenen und zwischen den Akteuren beklagt und deshalb ein umfassender Neustart gefordert (Piwernetz/Neugebauer; Robert Bosch Stiftung a). Ein solcher Neustart wird sich nicht länger mit begrenzten inkrementellen Reformschritten erreichen lassen. Vielmehr sollte man eine umfassende Neukodifizierung des Gesundheitsrechts wagen, die auch Korrekturen an der Verfassung nicht ausschließt (Robert-Bosch-Stiftung b). Dabei stehen ein Abschied von der Sektorentrennung ebenso auf der Tagesordnung wie Entwicklung neuer Anreiz- und Honorierungssysteme (Hildebrandt/Stuppardt; Baas; Spitzer/Ulrich; Brandhorst et al.)

Die Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode muss also das gesamte Gesundheitssystem an die skizzierten Herausforderungen anpassen. Dieser Beitrag soll nicht in die Einzelheiten gehen. Dazu hat der BKK Dachverband ein eigenes Positionspapier und detaillierte Konzepte etwa zur Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, zur Steuerung patientenorientierter Prozesse mit dem Ziel einer integrierten Versorgung, zur Beschleunigung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen, zur Etablierung von kommunalen Pflegezentren oder die künftige Preisfestsetzung für innovative Arzneimittel entwickelt. Diese werden im folgenden Artikel von Anne-Katrin Klemm vorgestellt. Hier sollten nur die großen Trends beleuchtet werden, die aber gleichwohl Bedeutung für die künftige Arbeit von Krankenkassen im Allgemeinen und speziell von Betriebskrankenkassen haben.

### DIE ZUKUNFT DER BETRIEBLICHEN KRANKENVERSICHERUNG- NEUBESTIMMUNG VON ROLLE, MARKENKERN UND VERBUNDSTRUKTUREN

Betriebskrankenkassen müssen sich deshalb proaktiv auf Herausforderungen einstellen und Veränderungen proaktiv initiieren und begleiten. Sie sind nah bei ihren Versicherten und eng verbunden mit ihren Trägerbetrieben. Sie sind keine großen Tanker, die lange Bremswege haben und viel Raum für Wendemanöver brauchen. Sie können ihre Vielfalt als Stärke für dezentrale Innovationen nutzen und mit Hilfe eines agilen Verbundsystems kundenferne Prozesse bündeln. Das macht Kapazitäten frei, um Innovationen für ihre Kunden erlebbar zu machen. Die Versichertenperspektive muss dabei dominant werden (Knieps/Schrapppe/Demmler).

Betriebskrankenkassen brauchen den Vergleich untereinander und mit anderen Kassen nicht zu scheuen: Sie begrüßen Aktivitäten, die Qualität des Kassenmanagements zu messen und zu vergleichen. Betriebskrankenkassen lassen sich nicht auf die Rolle von Finanzämtern des Gesundheitswesens reduzieren. Sie fordern eine aktive Rolle in der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten und bei der Nutzung der Gesundheit der Beschäftigten für die Erhöhung der Produktivität ihrer Betriebe. Sie sind grundsätzlich wettbewerbsorientiert, verschließen sich aber nicht einer notwendigen Kooperation mit anderen Krankenkassen, Sozialversicherungsträgern und der Vielfalt der Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie respektieren das Primat der Politik, aber fordern – wie übrigens von Verfassungen wegen geboten – Spielräume für Selbstverwaltungslösungen. Der Staat sollte weiterhin den Rahmen setzen, aber die Feinsteuerung der Selbstverwaltung und – wo es zur Qualitätssteigerung sinnvoll ist – auch marktlicher Konkurrenz überlassen. Die Politik in der neuen Legislaturperiode sollte also

- klare ordnungspolitische Überlegungen erkennen lassen,
- Regulierungsmenge und-dichte zurückfahren,
- Vorrang für Integration und Digitalisierung einräumen,
- Spielräume für Innovationen und Experimente schaffen.

Der Verbund der Betriebskrankenkassen schafft den Rest schon alleine. ■

### LITERATURVERZEICHNIS

Die Liste dient der Anregung zum Weiterlesen. Es werden ausschließlich neuere Werke aus den letzten fünf Jahren aufgeführt.

- Amelung et al. (Hrsg.), Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen, Berlin 2020
- Baas (Hrsg.), Perspektive Gesundheit 2030 – Gesellschaft, Politik, Transformation, Berlin 2021
- Böttinger/zu Putlitz (Hrsg.), Die Zukunft der Medizin – Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit, Berlin 2019
- Bonk/Ulrichs (Hrsg.), Global Health – Das Konzept der globalen Gesundheit, Berlin 2021
- Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Hrsg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden 2017
- Brinkhaus/Esch (Hrsg.), Integrative Gesundheit und Medizin, Berlin 2021
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Weißbuch Arbeiten 4.0, Berlin 2017
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Corona – Pandemie und Krise, Bonn 2021
- Fischer/Ganten, Die Idee des Humanen, Stuttgart 2021
- Florack/Korte/Schwanholz (Hrsg.), Coronakratie-Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten, Frankfurt/Main 2021
- Günster et al. (Hrsg.), Versorgungsreport Klima und Gesundheit, Berlin 2021
- Herzog, Die Rettung der Arbeit – Ein politischer Aufruf, Berlin 2019
- Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.), Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, Heidelberg 2021
- Jürgens/Hoffmann/Schildmann, Arbeit transformieren – Denkanstöße der Kommission „Arbeit der Zukunft“, Bielefeld 2017
- Knieps/Pfaff (Hrsg.), Mobilität, Arbeit, Gesundheit – BKK Gesundheitsreport 2020, Berlin 2020
- Knieps/Pfaff (Hrsg.), Psychische Gesundheit und Arbeit – BKK-Gesundheitsreport 2019, Berlin 2019
- Knieps/Schrapppe/Demmler (Hrsg.), Qualität von Krankenkassen – Fokus Versichertenperspektive, Berlin 2021
- Kühne/Graalmann/Knieps (Hrsg.), Die Zukunft der Gesundheitsfachberufe – mehr Kompetenzen, mehr Verantwortung, Berlin 2021
- Matusiewicz/Werner (Hrsg.), Future Skills in Medizin und Gesundheit – Kompetenzen, Stärken, Menschen, Berlin 2021
- Nida-Rümelin/Weidenfeld, Digitaler Humanismus – Eine Ethik für das Zeitalter der künstlichen Intelligenz, München 2018
- Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! – Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens, Berlin 2021
- Raphael, Jenseits von Kohle und Stahl – Eine Gesellschaftsgeschichte Westeuropas nach dem Boom, Berlin 2019
- Robert Bosch Stiftung a, Neustart! Zukunftsängste für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl, Stuttgart 2021
- Robert Bosch Stiftung b (Hrsg.), Neustart! für das Gesundheitsrecht – Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung, Stuttgart 2021
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Bonn/Berlin 2021
- Spiecker/Wallrabenstein (Hrsg.), Gesundheitsversorgung in Zeiten der Datenschutz-Grundverordnung, Berlin 2019
- Schrapppe et al., Thesenpapiere und Stellungnahme, Köln 2020/2021 (zugänglich über [www.matthias.schrapppe.com](http://www.matthias.schrapppe.com))
- Schubert/Amberger, Was uns krank macht, was uns heilt – Aufbruch in eine neue Medizin, 2. Auflage, Mundelfing 2017
- Schulz, Zukunftsmedizin – Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will, München 2018
- Schwab, Die Zukunft der Vierten Industriellen Revolution, München 2019
- Spitzer/Ulrich (Hrsg.), Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Gegenwart und Zukunft – Analysen und Perspektiven, Stuttgart 2021
- Strittmatter, Die Neuerfindung der Diktatur – Wie China den digitalen Überwachungsstaat aufbaut und uns damit herausfordert, München 2018
- Zuboff, Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus, Frankfurt/Main 2018

## Stimmen aus den Unternehmen

Ein modernes Gesundheitssystem, vernetzt, transparent und patientenorientiert, ist ein wichtiger Stabilitätsanker für eine demokratische Gesellschaft und ein kaum zu unterschätzender Standortfaktor für global aufgestellte Unternehmen. Jede neue Bundesregierung muss sich mit klaren Weichenstellungen und politischem Gestaltungswillen um die Baustellen in unserem Gesundheitswesen kümmern und Freiräume für Innovation schaffen. In den Unternehmen sehen Arbeitgeber und Vertreter der Arbeitnehmer in den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkassen sehr genau hin.



»Die Bertelsmann BKK berät und unterstützt unsere Konzernfirmen bei dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement, ist Impulsgeber und bietet vielfältige Lösungen. Gerade in der Pandemie haben sich neue online-Gesundheitsangebote der BKK bewährt, die Mitarbeitende in ihrer veränderten Situation unterstützt haben. Deshalb ist es wichtig, das plurale Kassensystem zu erhalten und mehr Gestaltungsspielraum zu geben.«

**Martin Kewitsch**

Bertelsmann SE & Co KGaA EVP  
HR Coordination & Shared Services  
Vorsitzender des Verwaltungsrates der Bertelsmann BKK

»Keine Bundesregierung, welche die ihr übertragene Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger ernst nimmt, kann die Gesundheitspolitik vernachlässigen.

Nachhaltigkeit, Digitalisierung, demografischer Wandel – all diese Themen beeinflussen die Gesundheitspolitik und werden wiederum von dieser beeinflusst. Es ist unbestreitbar, dass die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik für die Zukunft unseres Landes von entscheidender Bedeutung ist.«



**Jens Bieller**

alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der Daimler BKK, Arbeitgebervertreter



»Unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ist, nicht nur in der Krise, ein wichtiger Eckpfeiler für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. In der Pandemie werden jedoch große Defizite deutlich, die angegangen werden müssen. Dafür brauchen wir jetzt Mut zur Veränderung. Für mehr Fairness, innovative Versorgungsformen und funktionierende digitale Angebote, ohne die Beitragszahlenden dabei zu überfordern.«

**Jörg Schlagbauer**

Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der Audi BKK, stellvertretender Vorsitzender des Betriebsrats der AUDI AG

»Mit den Erfahrungen der Corona-Krise muss unsere Gesundheitspolitik auf den Prüfstand. Dabei wird die Pflege ein Kernthema vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sein. Bereits heute fehlen rund 100.000 Vollzeitkräfte, um die zu pflegenden älteren Menschen qualitativ gut zu versorgen. Unsere Altenpflege darf keine Gewinn-Maschine für internationale Investoren sein. Pflege ist Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge und muss in die kommunale Verantwortung zurückgeführt werden.«



**Klaus-Peter Hennig**  
alternierender Vorsitzender  
VIACTIV-Verwaltungsrat  
(Arbeitgebervertreter)



»Aus dem jahrelangen „Weiter so“ muss nach der Regierungsbildung endlich ein „Wir packen es grundsätzlich an“ werden. Wir Selbstverwalterinnen in den Krankenkassen vor Ort brauchen dringend echte Handlungsoptionen und Freiräume. Der erste Schritt muss sein, die Sozialgesetze grundlegend zu überarbeiten. Unsere Versicherten haben ein Recht auf eine zeitgemäße und moderne Gesetzgebung, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Transparenz, Qualität und eine regional vernetzte Versorgung sind neben der Finanzierungsfrage die Kernthemen der kommenden Legislaturperiode.«

**Eveline Mayer**  
Mitglied Verwaltungsrat der BKK Pfalz

»Die jetzige Bundesregierung hat zur Bewältigung der Corona-Pandemie eine Vielzahl an Maßnahmen entschieden, zu deren Vorfinanzierung in Höhe von mehr als 15 Mrd. Euro die gesetzlichen Krankenkassen herangezogen wurden. Den dafür notwendigen vollständigen Ausgleich durch Mittel aus dem Bundeshaushalt hat der Gesundheitsminister Spahn nun so lange hinausgezögert, dass dieser nun als milliardenschwere Hypothek auf der nächsten Bundesregierung lastet. Um eine gerechte Lastenverteilung sicherzustellen und ansonsten unausweichliche Beitragserhöhungen bei den gesetzlich Krankenversicherten zu vermeiden, muss die Tilgung dieser Hypothek auf der Agenda einer neuen Bundesregierung stehen.«



**Manfred Schoch**  
Verwaltungsratsvorsitzender  
(Versichertenvertreter) der BMW BKK

GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER BT-WAHL

# VIELES MUSS, WENIG KANN

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

**Noch immer dominiert die Corona-Pandemie die Gesundheitspolitik: Die Debatte fokussiert sich auf die Fragen rund um eine Lockerung der Corona-Beschränkungen für Geimpfte, Genesene oder Getestete. Die von den Parteien in den Wahlprogrammen formulierten gesundheitspolitischen Ziele bzw. Forderungen finden in den Diskussionen hingegen nicht oder nur rudimentär statt. Es lohnt gleichwohl die Frage: Werden die anstehenden Herausforderungen – zumindest im jeweiligen Wahlprogramm der fünf größten Parteien – kraftvoll angegangen?**



© JARAMA/Stock/Getty Images

Papier, und damit auch ein Wahlprogramm, ist geduldig. Gleichwohl sollten die Aussagen insbesondere zu den gesundheitspolitischen Vorhaben in der neuen Legislaturperiode nicht nur eine politische „Fingerübung“ sein, die in keinem Wahlprogramm fehlen darf. Dies wäre auch eine fatale Fehleinschätzung, denn für nahezu 70 Prozent der Deutschen spielen die Gesundheits- und Pflegepolitik eine große Rolle bei der Stimmabgabe zur Bundestagswahl 2021. Und immerhin handelt es sich um ein System, das 286 Milliarden Euro im Jahr 2020 an Ausgaben benötigte – bei einem Gesamthaushalt der Bundesregierung in Höhe von 434 Milliarden Euro. Daher lohnt sich der Blick in die Programme und ein Abgleich der dort adressierten Vorhaben mit den als notwendig identifizierten Maßnahmen. Zu letzteren hat der BKK Dachverband eine prägnante Bilanz zum Stand des deutschen Gesundheitssystems gezogen und die dringend anzugehenden Handlungsfelder nach der Wahl aufgezeigt. Aus Platzgründen sei an dieser Stelle auf die BKK-Broschüre „Anpacken“

und die folgenden Artikel in dieser Magazinausgabe verwiesen. Sie bildet die Basis für den Abgleich, ob die fünf betrachteten Parteien die drängenden Themen zumindest in den Wahlprogrammen erkannt und konkrete Lösungsideen formuliert haben.

Naheliegender richtet sich der erste Blick auf das Corona-Management der letzten Monate und die Frage, welche Lehren die Parteien hieraus zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems ziehen. Befragt man die Versicherten, wie z.B. die BKK VBU jüngst, stellen 62 Prozent der Kunden und Kundinnen dem deutschen Gesundheitssystem in Zeiten der Corona-Pandemie ein gutes Zeugnis aus: Sie geben ein gestärktes Vertrauen in das System an. Dies ist sicherlich ein starker Beleg für die gute Grundsubstanz und –struktur der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine handlungsfähige und flexibel (re)agierende gemeinsame bzw. solidarische Selbstverwaltung, eine stabile Finanzstruktur und medizinische Versorgung sowie schnell etablierte Rettungsschirme – sie alle leisteten einen relevanten Anteil an der verhältnismäßig guten Bewältigung der Corona-Wellen. Hingegen sagen in der gleichen Umfrage über 52 Prozent der Kunden und Kundinnen, dass die Politik ihre Sache in der Pandemie nicht gut gemacht habe. Zu prominent stießen wahrscheinlich sonst eher in der GKV-Szene diskutierte Themen auch in der Öffentlichkeit auf: fehlende Transparenz zur Anzahl der Intensivbetten, fehlende Schutzausrüstungen, Wirrwar bei der Maskenbeschaffung und finanzielle Gießkannen bei ihrer Verteilung, Faxen statt Nutzung der SORMAS-Software und personelle Überlastungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Pflegekräfte und Intensivmediziner am physischen und psychischen Limit. Also höchste Zeit für alle Parteien, aus den Programmen eine Bilanz zu ziehen? Überraschenderweise ist dies nicht der Fall. Lediglich im Programm DIE LINKE findet eine zumindest kurze, kritische Auseinandersetzung mit dem bisherigen Corona-Krisenmanagement statt. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN thematisieren die Notwendigkeit einer Analyse des Pandemiemanagements und der Aktualisierung von Pandemie- und -Infektionsschutzplänen. Die AfD setzt auf einen Pandemie-Untersuchungsausschuss. Eine klare Aussage, die Pandemie als Chance für einen „Kassensturz“ zu nutzen und daraus Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen für

die Zukunft abzuleiten, fehlt bei allen. Kein Wort auch zu einer Bilanz der Gesetzgebung der letzten Jahre, die auf Routine setzte und für den Ernstfall nicht gewappnet war. Keine klare Aussage zu den identifizierten Defiziten in Strukturen und Abläufen auf Bundes- und Länderebene hinsichtlich der konkreten Corona-Maßnahmen. Auch kein Blick auf das, was durchaus auch an Positivem festzustellen ist, wie z.B. rasche Entscheidungen und Hilfen durch die Akteure der GKV, die Beschleunigung digitaler Kommunikation in der ärztlichen Versorgung oder der Forschung für Impfstoffe. Vielleicht ist bei den Vorschlägen der treibende Gedanke, vermeintliche „Grausamkeiten“ lieber verklausuliert zu thematisieren. Denn es werden von den Parteien unterschiedlichste Maßnahmen avisiert, die z.T. ins Mark der Länderhoheit gehen. Dazu gehört z.B. das Versprechen von nahezu alle zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Doch auch die einhellig erkannten Reformnotwendigkeiten bei den Krankenhausstrukturen und ihrer Finanzierung, bei der Notfallversorgung sowie bezüglich der (universitären) Forschung oder zur Stärkung von Produktionsstätten in Deutschland fallen hierunter. Es bleibt zu hoffen, dass damit endlich auch der politische Wille besteht, in der nächsten Legislaturperiode die dringend notwendige Klärung von Zuständigkeiten und Finanzverantwortungen von Bund und Ländern herzustellen und mit entsprechend neuem Ordnungsrahmen zu versehen.

Sammelt man aus allen Wahlprogrammen die Stichworte zur Weiterentwicklung der Versorgung, findet man insbesondere folgende: die Stärkung der Prävention, Veränderungen der Investitionskostenfinanzierung im Krankenhaus, die Kostenübernahme für Strukturen der Daseinsvorsorge, die Definition von Versorgungsstufen, die sektorenübergreifende Versorgung und ihre Planung, integrierte Gesundheitszentren bzw. Netzwerke, digitale Versorgungsketten bzw. -vernetzung inkl. Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und Datenspenden für die Forschung, die Aufwertung der Gesundheits-/Heil- und Pflegeberufe und den Ausbau der Pflegeversicherung. Nicht jeder der hierbei vorgeschlagenen Wege wäre

» Integrierte Versorgung muss als Ordnungsprinzip und nicht als „Zusatz-Gimmick“ verankert werden. «

aus Sicht der Betriebskrankenkassen geeignet, die bestehenden Probleme zu lösen. Aber es würde sich lohnen, um die beste Wegoption zu streiten, sie dann auch auszuprobieren und nicht im „weiter so“ zu verharren. Denn denkt man viele dieser Überlegungen weiter, müssen sich zwangsläufig drastische, ordnungspolitische Veränderungen ergeben: Der Versicherte müsste im SGB mit seinen Rechten und Pflichten neu verankert werden mit Ansprüchen auf Versorgungstransparenz und -qualität, Partizipation, Information, Zugang zu personalisierten Innovationen und Beratungen, etc. Integrierte Versorgung müsste als Ordnungsprinzip und nicht als Zusatz-„Gimmick“ in allen Bereichen verankert werden, genauso wie die veränderte Ausbildung bzw. Rollenübernahme von Krankenhäusern, Ärzten und medizinischen/nicht-medizinischen Heilberufen für teambasiertes Arbeiten inkl. der Grundbedingung zur Nutzung von KI und digitalen Tools zur Vernetzung. Vorsorge- und Krankheitsinterventionen am Bedarf statt Strukturvorgaben und starren Prozessketten sind zu etablieren. Die Wahlprogramme bleiben diese letzten Aussagen schuldig und damit auch, den Versicherten konsequent ins Zentrum aller Überlegungen zu stellen. Dies ist aber notwendig, will man den sozialen, ordnungspolitischen Rahmen entmotten, in die heutige Zeit transformieren und für die Zukunft Raum für Veränderungen lassen. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die Chancen – und Risiken – der digitalen Transformation. Es ist immerhin ein Thema, das nahezu alle Parteien umfassend betrachten. Und es lässt sich ein vorsichtiger Kulturwandel feststellen, wenn Aussagen wie z.B. zu mehr Datennutzung und Datenpools, KI, digitalen Versorgungsketten fallen. Den Akteuren der GKV – oder konkreter den Krankenkassen – wird zumindest explizit dabei keine Rolle zugesprochen. Auch eine Aussage, mit Hilfe der Digitalisierung mehr Transparenz in das Versorgungs-geschehen und dessen Qualität zu bringen, fehlt gänzlich.

Insgesamt fällt auf, dass die Parteien die GKV und die hier verankerte Selbstverwaltung nur mit Ausnahmen überhaupt als Akteur sieht. Hält die Union ihr noch die Stange, sehen andere die Notwendigkeit, die Patienten und Versicherten weiter in den Gremien zu stärken. Die bisherigen Versichertenvertreter sind demnach nicht ausreichend. Die Krankenkassen, Wahlfreiheit zwischen ihnen und der solidarische Wettbewerb wird nur von der FDP als zu stärkendes Ordnungsprinzip benannt. Die Krankenkassen spielen demnach auch keine Rolle mehr bei der Gestaltung der Versorgung. Bei etlichen Parteien werden stattdessen nun die Länder bzw. die Kommunen hierfür zentral. Ob diese jedoch die personellen und strukturellen Kompetenzen haben, darf gerade mit den Erfahrungen aus der Corona Pandemie angezweifelt werden. Hingegen wären die Kassen prädestiniert, eine signifikante Rolle bei der Neu-Gestaltung der Versorgung und die Aufgabe des Kümmerers und Lotsen zu übernehmen. Die Versicherten wünschen sich von den Kassen genau dies, wie der BKK Kundenreport 2021 klar belegt.

Statt also mühsam zusätzliche Strukturen aufzubauen, sollte das Motto sein: alle Akteure an einen Tisch und jeder macht das, was er am besten kann. Zur Finanzierung der GKV setzen die Parteien entweder auf das Bewährte bzw. die Einführung einer Bürgerversicherung. Mag letzteres systemisch einen erheblichen Umbruch darstellen, liegt der Fokus hierbei letztlich auf der Erweiterung der Einnahmeseite der GKV: neben den einkommensbasierten auch Beiträge auf weiterer Einkunftsarten, wie Kapitaleinnahmen sowie Integration von PKV-Versicherten in die GKV. In einen Zusammenhang mit der aktuellen Finanzsituation der GKV werden diese Vorschläge jedoch nicht gestellt. Nirgends findet sich eine Aussage zum seit Jahren auseinander driften der Einnahmen und Ausgaben der GKV. Gänzlich fehlt bei allen Parteien ein „Kassensturz“, was die in Zeiten sprudelnder Beitragseinnahmen teuren Gesetze der letzten Jahre bewirkt haben und wie viel (zusätzliche) Finanzmittel für einen Umbau der Versorgung bzw. den Abbau von Über-, Unter und Fehlversorgung benötigt werden. Schließlich schätzen Experten seit Jahren und gerade auch

unter Corona, dass nicht zu wenig Geld im System steckt, dass dieses aber nicht immer effizient eingesetzt wird. Ebenfalls nicht angesprochen werden die ordnungspolitischen Konsequenzen einer Bürgerversicherung. Nur BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN notiert als Stichwort die notwendige Angleichung der ambulanten Vergütungssysteme der Ärzte durch die gesetzlichen bzw. privaten Krankenkassen.

Last but not least findet hier und da in den Programmen auch der globale Blick statt. Doch dass Deutschland und Europa dringend Antworten benötigen auf veränderte Erwerbs- und Gesellschaftsstrukturen, auf global agierende Tech- und Datenbank-Riesen und einen drastisch sichtbaren Klimawandel, das scheinen nicht alle Parteien zu erkennen. Bleiben wir der Kürze geschuldet bei letzterem: Die deutsche Nachhaltigkeitsstrategie findet sich derzeit nicht in den ordnungspolitischen Regeln der GKV und Sozialen Pflegeversicherung. Nachhaltig arbeitende Kranken- bzw. Pflegekassen werden daher von ihren Aufsichten gerügt: Sie verstoßen gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip, wenn sie Photovoltaik oder Bienenkörbe auf das Dach stellen. Alleine diese Diskussionen sind ärgerlich. Doch noch größere Hürden sind abzubauen bzw. Folgendes zwingend anzugehen: Das Gesundheitssystem muss sich für die zu erwartenden Klima-Änderungen und die Auswirkungen auf die Versorgung rüsten (Adaptation) wie z.B. auf Hitzewellen, intensiverer UV-Strahlungen, pandemische Infektionen, etc.. Die GKV-Akteure müssen aber auch selbst dazu beitragen, das Risiko zu mildern (Mitigation) u.a. zu CO<sub>2</sub>-Neutralität, Plastikmüll-Vermeidung, Vermeidung von Antibiotika-Resistenz, etc. Und sie müssen agieren können bei der Verknüpfung von persönlicher und planetarer Gesundheit (Planetary Health) hinsichtlich der Lebensumstände (Verhältnisse) und Lebensstile (Verhalten). Sie sind so zu fördern, dass es der Gesundheit des Versichertenkollektivs dient und gleichzeitig Umweltschäden verringert. Die Stichworte hierzu sind die aus der Prävention, aber deutlich weiter gedacht, nämlich Ernährung, Mobilität und Stress.

Zum Schluss dieses Kurzabgleichs der Wahlprogramme bleibt festzustellen, dass die Parteien die beschriebenen Puzzlestücke in den jeweiligen gesundheitspolitischen Passagen nicht im Sinne eines Leitbilds zur Weiterentwicklung der GKV zusammensetzen. Gleichwohl sind die Programme in sich wiederum stimmig: Union, FDP und die AfD setzen überwiegend auf „weiter so“. Gleiches gilt für die SPD mit einer Tendenz hin zu mehr Staat und Kommune. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zeichnen an vielen Stellen ein neues Versorgungsbild, das zwar auf Bestehendem aufsetzt, jedoch deutliche Veränderungen nach sich ziehen wird. DIE LINKE positioniert sich klar zu mehr staatlichen Strukturen und Institutionen und fordert damit einen radikalen Umbau. Welcher Bildermix sich im Koalitionsvertrag ergeben wird, darauf muss nun gespannt gewartet werden. Die in den kommenden vier Jahren zu bewältigenden Aufgaben lassen auf eine Konstellation hoffen, die ein stimmiges Ziel vor Augen hat und hierfür auch mutig anpackt. Und wem noch ein Leitbild fehlt, stark verkürzt müsste es eigentlich dieses sein: Nur wenn es den Versicherten gut geht, darf es auch den Akteuren und Institutionen gut gehen. Daher gilt: Vieles muss, wenig kann! ■



**BKK BROSCHÜRE „ANPACKEN“**

Forderungen  
Bundestagswahl 2021

QUALITÄT DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

# WELCHE QUALITÄT ERLEBEN VERSICHERTE?

Von Florian Sado, Politik & Kommunikation

**Auch zur Bundestagswahl bleibt das Thema Gesundheit im Fokus von Politik und Gesellschaft, nicht nur wegen der Corona-Pandemie. Die große Herausforderung der neuen Bundesregierung wird es sein, notwendige Reformen mutig umzusetzen und dabei die Versorgung stets vom Patienten aus zu denken. Denn: Versorgungsqualität bedeutet Versichertenorientierung.**



© Yulia Reznikov/Moment/Getty Images

Die Debatte um eine stärkere Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen ist während der Pandemie in den Hintergrund gerückt. Zuvor gab es lebendige und teils durchaus kontroverse Diskussionen, sowohl zu wettbewerblichen Elementen wie Pay for Performance als auch zu methodischen Aspekten der Qualitätssicherung. Im Jahr 2014 wurde außerdem im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz der „Grundstein“ für den Aufbau des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gelegt. Seitdem informiert das Institut in einem jährlich erscheinenden Report zur Qualität in verschiedenen Versorgungsbereichen.

Doch was ist eigentlich Qualität und wie kann sie gemessen werden? Zur Beantwortung dieser grundlegenden Frage wurden zahlreiche Operationalisierungen und Modelle entworfen, z.B. die Einteilung in Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität von Donabedian (1980) oder bidimensionale Konzepte wie von der OECD (Arah et al. 2006). Eine ausführliche Betrachtung der verschiedenen Ansätze und deren Weiterentwicklungen würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen, erwähnt sei jedoch die Qualitätsdimension der Perspektive, die Schrappe 2014 in einem dreidimensionalen Orientierungsrahmen für die Qualitätsentwicklung des Gesundheitswesens erstmals vorschlägt. Demnach kann

### Drei Qualitätsdimensionen

#### 7 Qualitätsperspektiven

- Gesellschaft
- Region/Population
- Nutzen
- Patienten
- Professionen
- Institutionen
- Wissenschaft

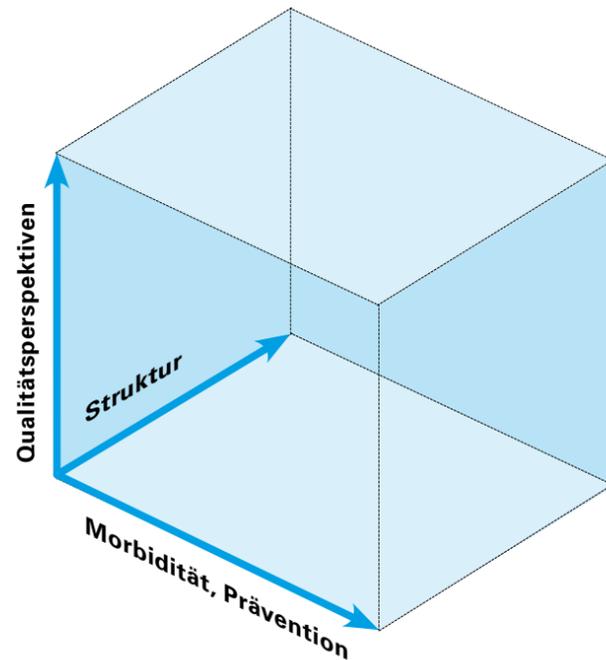


Abb. 1: Quelle: BKK Kundenreport 2021: 98, entnommen aus Schappe 2014: 70

zwischen 7 verschiedenen Qualitätsperspektiven unterschieden werden (Abb 1.). Bisher dominierte im Gesundheitswesen eine Anbieterorientierung (z.B. einzelne Krankenhäuser), bis im Zuge der Pandemie eindeutig die gesellschaftliche bzw. Populationsperspektive in den Vordergrund rückte. Gerade in Anbetracht der Auflösung von Sektorengrenzen ist es essentiell, die Perspektive der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten sichtbar zu machen und nachhaltig in die Qualitätsentwicklung einzubeziehen. Die Datenerhebung zu den Qualitätssicherungsverfahren des IQTIG beispielsweise beinhaltet neben der Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten von den Krankenkassen sogenannte Patient Reported Outcome bzw. Experience Measures (PROMs/PREMs) zur Erfassung von Ergebnis- bzw. Prozessqualität. Auch in der gesetzlichen Krankenversicherung und bei den Betriebskrankenkassen schlug das Thema Qualitätstransparenz Wellen. Hier galt bisher: Der primäre Wettbewerbsparameter ist der Preis. Qualitätsunterschiede sind für Versicherte nur schwer auszumachen. Das liegt auch an einer nicht ausreichenden Datenbasis: Auf Diagnose- und Abrechnungsdaten basierende Reports der Kassen lassen die

Perspektive der Versicherten vermissen. Eine Transparenz-umfrage der Patientenbeauftragten zeigte, dass lediglich knapp ein Viertel (n = 25) der Krankenkassen freiwillig Zahlen zu Ablehnungsquoten o.ä. veröffentlichen. Zwar sind die Hälfte davon Betriebskrankenkassen, der Handlungsbedarf ist dennoch nicht wegzureden. Im Rahmen der Qualitätsinitiative wurde an derartigen Qualitätsindikatoren gefeilt, der Bedarf nach direkt bei den Patienten erhobenen Indikatoren besteht jedoch weiterhin. Der BKK Kundenreport 2021 war der nächste logische Schritt, um die Qualität der gesetzlichen Krankenversicherung aus Sicht der Versicherten zu bewerten. Die Ergebnisse zeigen, dass die wahrgenommene Qualität der Krankenkassen bei den Versicherten insgesamt sehr hoch ist, vor allem die Betriebskrankenkassen stechen neben der Techniker Krankenkasse im Vergleich hervor. Nichtsdestotrotz zeigt die Befragung auch Verbesserungspotenzial: Lediglich 12 Prozent der Befragten stimmen der Aussage voll zu, dass sie die Qualität von Krankenkassen gut einschätzen können. Ein weiteres eindeutiges Ergebnis ist die von den Befragten gewünschte Einflussnahme der eigenen Krankenkasse auf

### Versorgung gestalten und weiterentwickeln: Was erwarten Versicherte?

Gesamt (n = 4.728)

Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass **Informationen über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern** verfügbar gemacht werden.



Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass **Behandlungsprozesse transparenter dokumentiert** und Behandlungsunterlagen für Versicherte besser zugänglich werden.



Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass Ärzte und Krankenhäuser **nach der Qualität der erbrachten Versorgungsleistung bezahlt** werden.



■ stimme voll und ganz zu ■ stimme eher zu ■ teils/teils ■ stimme eher nicht zu ■ stimme überhaupt nicht zu

Abb. 2: Quelle: BKK Kundenreport 2021: Präsentation Vorstände 01.07.

Versorgungsstrukturen. Etwa drei Viertel der Befragten forderten Engagement ihrer Krankenkasse bezüglich Informationen zur Qualität von Ärzten und Krankenhäusern sowie eine transparentere Dokumentation von Behandlungsprozessen. Auch der Wunsch nach Pay for Performance bei Leistungserbringern erhält eine derart hohe Zustimmung bei den Versicherten (Abb. 2). Die Zeit, in der die Krankenkassen reine Bezahler von Leistungen waren, ist vorbei. Ebenso ein reiner Preiswettbewerb. Die Versicherten wünschen sich eine aktive, individuelle und bedarfsgerechte Versorgung, und zwar bereits jetzt. Sie wünschen sich außerdem, dass ihre Krankenkasse das Gesundheitswesen entsprechend der eigenen Bedarfe

und Bedürfnisse gestaltet und weiterentwickelt. Das Thema Qualitätstransparenz ist ein Feld voller Handlungsbedarf und Verbesserungspotenzial. Hier müssen die Krankenkassen sich an die eigene Nase fassen und das auch von den Versicherten wahrgenommene Informationsdefizit beseitigen. Die Qualitätsinitiative und der BKK Kundenreport liefern dabei gute Impulse, können eine systematische und standardisierte Erhebung und Veröffentlichung von „Insurant Reported Outcome Measures“ jedoch nicht ersetzen. Hier ist sowohl die Selbstverwaltung als auch der Gesetzgeber gefragt, um die in den Sozialgesetzbüchern festgelegten Regelungen versicherten- bzw. patientenorientierter zu gestalten. ■

DIE ZUKUNFT DER KRANKENHAUSVERSORGUNG

# PATIENTENORIENTIERT, VERNETZT, DIGITAL

Von Kerstin Macherey, Politik & Kommunikation

Im gesundheitspolitischen Berlin verging zuletzt kaum ein Tag, an dem nicht die Krankenhäuser im Mittelpunkt der Debatte standen. Freihaltepauschalen, Kontroversen um nicht aufzufindende, aber gleichwohl geförderte zusätzliche Intensivbetten und grundsätzlich um mehr Transparenz über die im Rahmen der Corona-Bekämpfung geflossenen Finanzmittel bestimmten zuletzt die Agenda. Beim geschärften Blick auf die Versorgung der Corona-Patienten war zuvor (endlich) auch die erhebliche Belastung des Krankenhauspersonals für die breite Öffentlichkeit offenkundig geworden. Erst kürzlich rückte wieder das in den Fokus, was in dieser Wahlperiode hätte angegangen werden sollen, doch wegen der Corona-Pandemie in den Hintergrund geraten war: eine stärker patientenorientiert und vor allem sektorenübergreifend ausgestaltete Krankenhausversorgung.



© Hiran / iStockphoto/Getty Images

Nicht erst seit kurzem besteht die Herausforderung, endlich die Sektorengrenzen abzubauen und den Patienten reibungs- verlustfreie, an ihren Bedarfen orientierte Versorgungsabläufe bieten zu können. In der Wahlperiode, noch vor Beginn der Corona-Pandemie, hatte sich die schwarz-rote Koalition in diesem Sinne an einer Reform der Notfallversorgung versucht. Die Bemühungen waren jedoch wegen der stark divergierenden Interessen von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Ländern vorerst auf Eis gelegt worden. Dieser Punkt rutscht damit zwangsläufig in das Aufgabenheft egal welcher Regierung für die nächste Wahlperiode.

Auswertungen haben bereits darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser durch Freihaltepauschalen, Mindererlösausgleiche etc. in Bezug auf ihre Erlössituation bislang relativ gut durch die Corona-Pandemie gekommen sind. Verdeckt wurde dadurch allerdings der durchaus akute Handlungsbedarf, der auch darin besteht, den ansonsten „kalten“ Strukturwandel der letzten Jahre in die gewünschte Richtung zu lenken, streng orientiert an Patientennutzen und Patientensicherheit, mit einer guten Balance zwischen wohnortnaher Grundversorgung und ggf. weiter entfernt liegender Versorgung durch Spezialisten. Besagte Auswertungen geben in

diesem Zusammenhang auch den Hinweis auf ein bislang nicht ausgeschöpftes ambulantes Potential in der Versorgung. Angesichts der begrenzten Zahl an Personal und seiner erheblichen Belastung wird an einer stärkeren Konzentration und Spezialisierung der Krankenhausleistungen kein Weg vorbeiführen. Die meisten Patienten scheinen auch durchaus bereit, weitere Wege auf sich zu nehmen, um von jemandem mit besonderer Expertise für ihre jeweilige Erkrankung versorgt zu werden. Voraussetzung für eine bewusste Entscheidung sind natürlich einfach zugängliche Informationen bzw. Transparenz über die verschiedenen Leistungsangebote und ihre Qualität.

Die Potentiale und Stärken der unterschiedlichen Gesundheitsberufe sind dabei (endlich) besser zu nutzen – auch innerhalb der Strukturen des Krankenhauses – auch die Versorgung ist stärker in regionalen und überregionalen Netzwerken zu organisieren. Eine Versorgung in Netzwerken baut dabei auf einer stärkeren Nutzung der Chancen der Digitalisierung auf, auch über die Ansätze des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) hinaus. So muss künftig der benötigte (spezialisierte) Leistungserbringer nicht mehr zwingend physisch vor Ort sein, kann aber schnell und kurzfristig über telemedizinische Lösungen hinzugezogen werden. Eine wichtige Rolle kann die Digitalisierung auch bei der Entlastung der Akteure, etwa im Sinne einer Vereinfachung und Beschleunigung der Prozesse und des Informationsaustausches, sowie beim Übergang der Patienten zwischen den Leistungserbringern spielen.

Krankenhausplanung und -finanzierung müssen an die beschriebene Neuorientierung angepasst werden und künftig

wieder Hand in Hand gehen. Ziel muss auch hier ein grundsätzlich sektorenübergreifender Ansatz sein. Nach bundesweit einheitlichen (Qualitäts- und Erreichbarkeits-) Vorgaben sind Versorgungsstufen zu definieren und damit der Versorgungsauftrag jedes Krankenhauses verbindlich zu bestimmen. Es ist wichtig, dass die Patienten dann auch den Weg in die für sie richtige Versorgungsstufe finden.

Bedarfsnotwendige Leistungen und Strukturen müssen künftig verlässlich finanziert werden. Die Vergütung erfolgt damit entsprechend der Versorgungsstufe bzw. des Versorgungsauftrags – und dies grundsätzlich innerhalb eines bedarfsgerecht weiterentwickelten DRG-Systems, ggf. ergänzt um andere Finanzierungskomponenten. Regelungen, die eine wirtschaftliche Verwendung knapper Mittel garantieren, aufgrund der Corona-Pandemie jedoch zeitweise ausgesetzt wurden, müssen zeitnah wiedereingesetzt werden. Dies gilt etwa für den Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung. Für die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen werden zudem ausreichend Mittel benötigt. Denkbar wäre, dass diese gemeinsam von Bund, Bundesländern und Kostenträgern getragen werden. Eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung bedeutet dann aber auch entsprechende Mitspracherechte – auch der Krankenkassen – bei der Planung bzw. Gestaltung der Versorgungsstrukturen.

Befragt nach den Mega-Themen der kommenden Wahlperiode landet die Zukunft der Krankenhausversorgung bei den politischen Entscheidungsträgern regelmäßig auf einem der vorderen Plätze. Die Reform der Notfallversorgung hat noch einmal gezeigt, dass das zu bohrende Brett sehr dick sein wird. Nichtsdestotrotz: ANPACKEN! ■

## VORSCHLÄGE AUF EINEN BLICK

# 1

### RESTRUKTURIERUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT

Eine patientenorientierte Neuausrichtung der Krankenhausstrukturen gelingt nur mit einer Stärkung des Wettbewerbs um eine möglichst hohe Qualität der Versorgung. Zentral ist außerdem eine Krankenhausplanung, die auf den Elementen Konzentration und leistungsbezogene Spezialisierung aufbaut.

Sektorenübergreifend geplante und organisierte, regionale und überregionale Versorgungsnetzwerke sorgen für einen optimalen Behandlungspfad der Patienten und Patientinnen.

# 2

### KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Krankenhausstruktur und Krankenhausfinanzierung müssen wieder aufeinander abgestimmt werden. Eine stärkere auf die zu erbringende Leistung bezogene Krankenhausplanung muss mit einer stärker versorgungsstufen- und leistungsbezogenen Vergütung verbunden sein. Es gilt: gleiches Geld für gleiche Leistung innerhalb derselben Versorgungsstufe.

Bedarfsnotwendige Leistungen und Strukturen müssen verlässlich finanziert werden. Entsprechend ist auch die Krankenhausfinanzierung inklusive der Investitionsfinanzierung weiterzuentwickeln. Überbordender Komplexität muss durch eine Verschlankung der Budgetfindung entgegen gewirkt werden.

# 3

### DIGITALISIERUNG

Für eine zukunftsfähige stationäre Versorgung ist ein höherer Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser unabdingbar. Damit lassen sich Potentiale in Versorgungssicherheit und -abläufe, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung heben. Gefördert werden sollen Krankenhäuser jedoch nur im Rahmen ihres Versorgungsauftrags.

# 4

### PFLEGE IM KRANKENHAUS

Patientenorientierung durch qualitätsgesicherte Pflege und die Erhöhung der Zufriedenheit der Pflegenden im Beruf sind die zentralen Stellschrauben, um die Situation der Pflege im Krankenhaus zeitnah zu verbessern. Bis zur Einführung eines Bemessungsinstruments, welches die Personalausstattung auf Station anhand des Pflegebedarfs der Patienten und Patientinnen ermittelt, müssen die Pflegepersonaluntergrenzen beibehalten und weiterentwickelt werden.

# 5

### KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sind nicht die Prüfungen durch die gesetzlichen Krankenkassen das Problem, sondern fehlerhafte Abrechnungen der Krankenhäuser. Daher muss eine korrekte und verbindliche Rechnungslegung die Prämisse sein. Knappe Ressourcen müssen in die Versorgung der Patienten und Patientinnen fließen und nicht in komplexe Prüfungssysteme.



**LESETIP**  
Positionspapier der  
Betriebskrankenkassen

PFLEGE REFORMIEREN

# KOMPETENZ GEBÜNDELT IN VERSORGUNGSZENTREN

Von Sara Klinkebiel, Politik & Kommunikation

Gerade in Zeiten der Pandemie wurde einmal mehr deutlich, was die Pflege in Deutschland leistet und welchen Belastungen diese unterliegt. Angesichts steigender Pflegebedarfe bei gleichzeitig abnehmenden Ressourcen – wird das Thema umso prekärer. Dabei bilden nachhaltige Finanzierungsstrukturen, Patientenwohl, Medizin und Pflege, Digitalisierung, kommunale Entwicklungen sowie eine Personal- und Fachkräftegewinnung die Schwerpunkthemen. Um die Pflege auch für morgen nachhaltig sicherzustellen, ist es Zeit für eine Pflegereform, die über die Pflegegrenze hinaus tätig wird, Sektoren miteinander vernetzt, Kompetenzen erweitert und regionale sowie spezialisierte pflegerische Versorgungszentren errichtet. Das Thema Pflege ist den Bürgern und Bürgerinnen bereits heute ein Dorn im Auge – insbesondere deswegen, weil es sie selbst betrifft. Denn allein in Deutschland sind es offiziell 5 Millionen Bürger und Bürgerinnen die sich um die Pflege von Angehörigen kümmern (Eurocarers, 2020) – Tendenz steigend.



© Joos Mind/Photodisc/Getty Images

Von zentraler Bedeutung ist es, die Pflege als gesamtgesellschaftliche und bereichsübergreifende Aufgabe wahrzunehmen. Grundsätzlich gilt: die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit ist in einer alternden Gesellschaft hoch. Denn als Hauptrisikofaktor dominiert noch immer das Alter. Folglich ist eine nachhaltige Finanzierungsstruktur zu schaffen inkl. Vernetzung von Sektoren und Sozialgesetzbüchern. Denn Pflege ist auch immer ein Teil von medizinischer Versorgung, Rehabilitation und Prävention. Eine Finanzierungsstruktur wäre diesem Leitgedanken anzupassen und durch steuerliche Zuschüsse als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu unterfüttern.

Eines ist klar – Pflege findet vor Ort statt. Kommunale Entwicklungen unter Beachtung des Patientenwohls sind zentrale Elemente bei der Bedarfsplanung. Neben der Pflege sind Prävention, Rehabilitation, medizinische Versorgung und die Sterbebegleitung wichtige Bestandteile der Versorgung vor Ort. Dementsprechend ist die Versorgung von Pflegebedürftigen umfassend und komplex, und richtet sich neben den zu Pflegenden auch immer an seine soziale Umgebung. Die Mobilität, Selbstständigkeit, Entlastung von Angehörigen sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist folglich zu forcieren. Um Pflegestrukturen dem anzupassen, ist es von großem Wert regional organisierte

» KpVZs als dauerhafter Bestandteil der pflegerischen Versorgung. «

Strukturen auszubauen sowie nach den Bedarfen vor Ort auszurichten. Als Lösung dienen Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ). Diese können pflegerische Versorgungsangebote und Angebote der medizinischen Grundversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung flexibel und bedarfsgerecht, je nach individuellen und kommunalen Bedarfen, koordinierten und bündeln. Um KpVZ implementieren zu können, sind etwaige Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3b und 3c SGB V umzusetzen und eine Anpassung der Sozialgesetzbücher V und XI vorzunehmen.

Ohne hoch qualifiziertes und motiviertes medizinisches Fach- und Pflegepersonal ist die beste medizinische Versorgungsstruktur allerdings wertlos. Es braucht mehr Zukunft für die Gesundheitsfachberufe – am besten gleich insgesamt das Kompetenzniveau den europäischen Strukturen angleichen. Als gutes Beispiel dient die Advanced Practice Nurse: eine akademisch ausgebildete Pflegefachkraft, die Kompetenzen in einem Spezialgebiet der Patientenversorgung

oder der Gesundheitsprävention ausgebildet hat und sowohl ärztliche als auch wissenschaftliche Tätigkeiten übernimmt. In Australien, Finnland, Irland, Kanada, Neuseeland und in Teilen von Großbritannien und den USA ist sie bereits ein fester Bestandteil der Versorgungspraxis. In Deutschland besteht an dieser Stelle jedoch noch erheblicher Nachholbedarf. Es bestehen zwar einzelne Modellvorhaben, aber um zügig an Attraktivität zu gewinnen, sind mehr mutige Entscheidungen zu treffen. Angesichts steigender Aussteigerquoten und hohen Versorgungsbedarfen umso mehr. Die Sicherung der Fachkräftebasis im Gesundheitsbereich ist angesichts des Sozialstaatsprinzips (Art. 20 Abs. 1 GG) eine zentrale Aufgabe der staatlichen Daseinsvorsorge – warum also nicht auch die Pflege teilakademisieren, die Ausdehnung des Verantwortungsbereichs auf ärztliche Tätigkeiten voranbringen, flexible Arbeitszeit-Modelle implementieren, moderne Führungskulturen integrieren sowie eine interprofessionelle Kommunikation auf Augenhöhe gewährleisten? Dabei dürfen Hilfskräfte in der

## IMPULSE FÜR DIE NÄCHSTE LEGISLATURPERIODE

-  **Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe**  
angehen und entsprechend finanzieren
-  **Pflegerisches Versorgungszentren in den Kommunen errichten**  
für eine regionale spezialisierte Versorgung vor Ort über alle Versorgungsbereiche hinweg
-  **Die Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe**  
durch Ausdehnung des Verantwortungsbereichs auf ärztliche Tätigkeiten, flexible Arbeitszeit-Modelle, moderne Führungskulturen sowie eine interprofessionelle Kommunikation auf Augenhöhe
-  **Kompetenzen im Umgang mit digitalen Strukturen stärken**

Gesundheitsversorgung jedoch nicht vernachlässigt werden. Die Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe ist als zentrale Aufgabe zu verstehen und umzusetzen.

Die Digitalisierung und entsprechende Kompetenzen im Umgang mit digitalen Strukturen sind im Pflegesektor ebenfalls nicht zu vernachlässigen. Ob nun die Akzeptanz von Robotik zur Unterstützung von Pflegetätigkeiten, die Anwendung von digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) im

Versorgungsalltag oder die Nutzung der ePA zur Dokumentation – eines ist klar: die Pflege trägt dazu dabei die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Dabei geht es primär darum, eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten, Transparenz über das Versorgungsgeschehen herzustellen und die sektorenübergreifende Vernetzung zu vergegenwärtigen. Finanzielle und personelle Ressourcen zur Kompetenzsteigerung in der Digitalisierung sind folglich einzuplanen. ■



**KOMMUNALE PFLEGERISCHE VERSORGUNGSZENTREN (KPVZ)  
FÜR EINE BEDARFSGERECHTE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG**  
Positionspapier der Betriebskrankenkassen

PATIENTENORIENTIERUNG STATT ANBIETER-PERSPEKTIVE

# ÄRZTLICHE VERSORGUNG NEU DENKEN

Von Florian Sado, Politik & Kommunikation

**Dass die demografische Entwicklung und eine Veränderung der Krankheitslast hin zu nicht-ansteckenden und chronisch verlaufenden Erkrankungen die ärztliche Versorgung vor enorme Herausforderungen stellen, wissen wir nicht erst seit gestern. Und dann ist da noch die Corona-Pandemie. Trotz aller dramatischen Auswirkungen war bzw. ist sie auch ein kleines Guckloch in die Zukunft. Ein Blick hindurch machte jedem aufmerksamen Betrachter klar: Wir müssen Versorgung neu denken.**



© John Fedele/Getty Images

Seit der Spanischen Grippe am Ende des ersten Weltkriegs hat kein gesundheitliches Ereignis die Welt so sehr bewegt wie die derzeitige Pandemie. Neu ist dabei nicht nur das Virus, sondern auch seine „digitalen Begleiterscheinungen“: Eine permanente Berichterstattung auf unzähligen Kanälen und die Möglichkeit für jeden, über die sozialen Medien am Diskurs teilzunehmen, haben die öffentliche Wahrnehmung des Gesundheitswesens sichtbar gemacht und wahrscheinlich nachhaltig verändert. Auch der Bereich der ärztlichen Versorgung bekam die in diesem Fall nicht immer unerwünschten Nebenwirkungen zu spüren. Die Videosprechstunde beispielsweise, zuvor kaum zu sehen im Dickicht des Dschungels aus

Bürokratien und Lobbys, konnte sich durch eine Lockerung der Regelungen bei Ärzten sowie Patientinnen und Patienten als Ergänzung zum persönlichen Gespräch etablieren. Nun gilt es, nicht in einen Status-Quo-Ante zurückzufallen und die Potenziale für die ambulante Versorgung stets vom Patienten aus mitzudenken und zu nutzen.

Das traditionelle Versorgungssystem berücksichtigt insbesondere die Perspektive der Anbieter. Die mangelhafte Zukunftsfähigkeit eines solchen Systems wurde mittlerweile von allen Akteuren im Gesundheitswesen akzeptiert. Die Transition hin zu einem populationsorientierten und sektorenübergreifenden System kann allerdings nur gelingen, wenn Transparenz

## BKK Kundenreport 2021: Was erwarten unsere Versicherten?

Gesamt (n = 4.728)

Meine Krankenversicherung sollte mehr Einfluss darauf nehmen, dass Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken und andere Leistungsanbieter sich noch **stärker vernetzen**.



Ich wünsche mir, dass meine Krankenversicherung **künftig Informationen zu Leistungen und Angeboten** noch genauer und passender auf meine **individuelle** Bedarfssituation abstimmt.



Ich würde einer **intensiveren Nutzung** der zu mir **gespeicherten Informationen** und Daten durch meine Krankenversicherung zustimmen, wenn ich im Anschluss auch individueller und bedarfsgerechter versorgt werde.



■ stimme voll und ganz zu   
 ■ stimme eher zu   
 ■ teils/teils  
■ stimme eher nicht zu   
 ■ stimme überhaupt nicht zu   
 ■ weiß nicht

Quelle BKK Kundenreport 2021

und Vernetzung großgeschrieben werden. Die Pandemie hat schließlich nicht nur Potenziale ans Licht gebracht. Sie hat gezeigt, wie außerordentlich wichtig Echtzeitdaten und agile Kommunikationswege für die flexible und agile Versorgungssteuerung sind. Nicht umsonst verlangt die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA insbesondere die Berücksichtigung der Elemente Patientenorientierung sowie Kommunikation und Kooperation. Auch fernab der Pandemie zeichnen sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt Veränderungen im Versorgungsgeschehen ab, die nur gemeinsam gestemmt werden können.

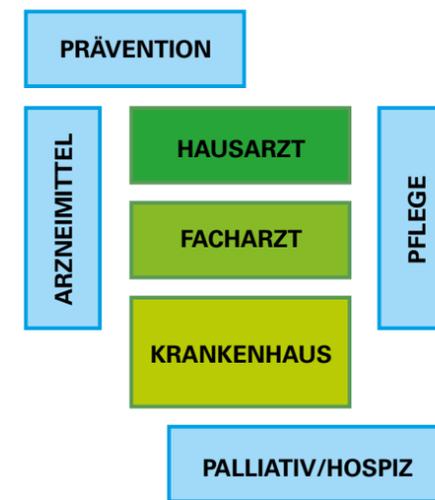
### KI(NE) SEKTORENGRENZEN MEHR

Es wird in Zukunft das gute Recht der Versicherten sein, eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung zu verlangen. Um dies überhaupt leisten zu können, sind beispielsweise kollektive Datenpools notwendig, die von Künstlichen Intelligenzen (KI) ausgewertet werden. Für Intransparenz und

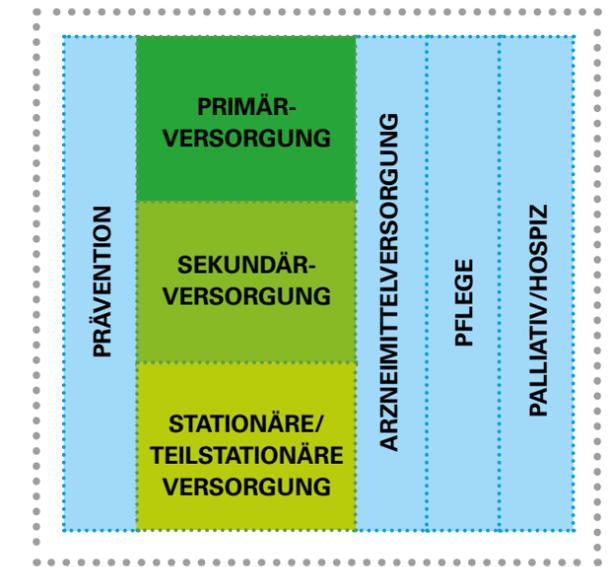
Sektorengrenzen ist hier kein Platz. Übrigens: Nur 14 Prozent der Versicherten sprechen sich gegen eine Nutzung der durch die Krankenkasse gespeicherten Daten aus, wenn sie dafür individueller und bedarfsgerechter versorgt werden (Quelle: BKK Kundenreport 2021).

Auch wenn das noch Zukunftsmusik ist, die Digitalisierung hat bereits jetzt die menschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient verändert. Laut einer Bitkom-Studie stellen 9 von 10 Mediziner fest, dass ihre Patienten sich bereits durch eine Internetrecherche über Symptome und Krankheiten informiert haben. Für zwei Drittel der Ärzte ist das zum jetzigen Zeitpunkt noch anstrengend. Das verwundert nicht, wirft man einen Blick auf die HLS-GER 2 Studie, die von der Universität Bielefeld veröffentlicht wurde: Die Gesundheitskompetenz der Deutschen ist nicht nur schlecht ausgeprägt (fast 60 Prozent der Bevölkerung erzielte nur geringe Werte), sie hat sich in den letzten Jahren auch noch verschlechtert (Schaeffer et al. 2021). Nimmt man nun aber an, dass der Arzt der Zukunft

### Traditionelles System Anbieter- und sektorenorientiert



### Zukunftskonzept Populationsorientiert und sektorübergreifend



Quelle [http://www.matthias.schrappe.com/index\\_htm\\_files/schrappe\\_dgiv2020\\_drck.pdf](http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/schrappe_dgiv2020_drck.pdf)

auf einen gut informierten und handlungsfähigen Patienten trifft, wird aus der Anstrengung plötzlich eine erhebliche Erleichterung.

Im Zuge dieser Entwicklungen kommen nicht nur auf die Ärzteschaft und die weiteren Gesundheitsberufe grundlegende Veränderungen hinsichtlich der Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche zu. Auch die Krankenkassen müssen die Bedarfe und Wünsche der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten

ernst nehmen. Und die wünschen sich einen Kümmerer an der Seite, der sie aktiv betreut und mit guten Angeboten und Leistungen genau dann versorgt, wenn sie es brauchen.

Wir müssen Versorgung also nicht nur neu, sondern vor allem digital, vernetzt, individuell und bedarfsgerecht vom Patienten aus denken. ■

**LESETIPP**  
BKK Kundenreport 2021

ARZNEIMITTELPOLITIK

# RAUS AUS DER NISCHE!

Von Kerstin Macherey, Politik & Kommunikation

**Drohende Lieferengpässe im ersten Pandemiejahr, Debatten um Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen, die Rolle der Apotheken bei der Sicherstellung der Versorgung und nicht zuletzt Nachdenken über faire Kriterien der Preisbildung für neue Arzneimittel, um die Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung auch künftig zu sichern. In den Wahlprogrammen der Parteien sehen wir: Es gibt mehr Aufmerksamkeit für Arzneimittelpolitik. Gute Chancen also, dass nach der Bundestagswahl gilt: Bitte nicht mehr unter fernem liefern!**



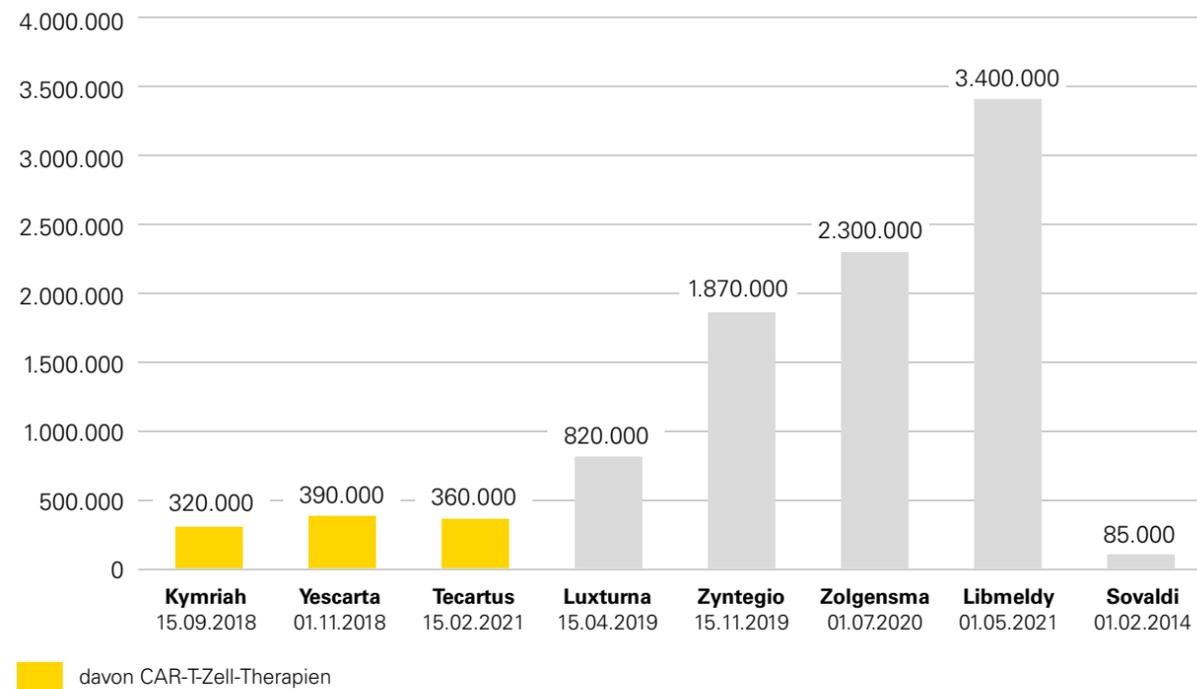
Im Vergleich zu anderen Bereichen der Versorgung fristete die Gestaltung der Arzneimittelversorgung in der ablaufenden Wahlperiode eher ein Nischendasein. Themen, die rückblickend in Erinnerung geblieben sind, sind hier allenfalls das zähe Ringen, auch mit der EU-Kommission, über ein mögliches Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bzw. die Umsetzung einer „Gleichpreisigkeit“. Damit verbunden waren die langwierigen Verhandlungen zum Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz, aus dem letztlich hauptsächlich noch die Einführung und Vergütung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen durch Apotheken übrigblieb. Die konkrete Ausgestaltung dieser Regelung zeigt sich

nach wie vor schwierig. Ob durch die Neuregelung ein gesteigerter Qualitäts- und Servicewettbewerb zwischen den Apotheken, insbesondere auch in strukturschwachen Regionen, in Gang kommt, ist ohnehin fraglich.

Zudem spielen die Apotheken natürlich bei der Sicherstellung der Versorgung im Rahmen der Corona-Pandemie eine wichtige Rolle. Hiervon hängengeblieben sind aber auch Diskussionen über erheblich erhöhte Preise der von Apotheken abgegebenen Schutzmasken. Ursprünglich als Übergangslösung zur Kontaktvermeidung gedacht, war auch die Einführung und spätere Entfristung eines vergüteten Botendienstes durch die Apotheke zu verzeichnen.

## Jahrestherapiekosten von Gentherapeutika und Sovaldi im Vergleich

Angaben in Euro



Gerundete Jahrestherapiekosten nach Erstbeschluss G-BA. Diese spiegeln den vom Hersteller frei gewählten Preis im ersten Jahr wieder (inkl. Umsatzsteuer, abzgl. gesetzlicher Rabatte). Für Zolgensma und Libmeldy: Markteintrittspreis inkl. MwSt. Datum, an dem die frühe Nutzenbewertung startete. Quelle: G-BA Verfahren nach § 35a SGB V, eigene Darstellung

### PROBLEM DER WEITER STEIGENDEN PREISE UNGELÖST

Leider nicht vertieft diskutiert, geschweige denn einer Lösung zugeführt, wurde die Frage nach dem Umgang mit dem weiter steigenden Preisniveau für neue Arzneimitteltherapien. Es ist nicht allzu lange her, dass Sovaldi mit Jahrestherapiekosten von 85.000 Euro das Maß aller Dinge bildete. Mittlerweile ist man mit Zolgensma (Jahrestherapiekosten von 2,3 Mio. Euro) und zuletzt Libmeldy (Jahrestherapiekosten von 3,4 Mio. Euro) in ganz anderen Sphären angekommen (siehe Abbildung).

Diese Entwicklung stellt die künftige Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung vor erhebliche Herausforderungen. Pay-for-Performance-Modelle, die den erzielten Behandlungserfolg messen und Rückerstattungen beinhalten, wenn das Therapieziel nicht erreicht wird, bieten interessante Ansätze

für eine angemessenere Preisgestaltung. Sie können aber das Problem erhöhter Preise im ersten Jahr nach der Zulassung nicht lösen. Im Rahmen des AMNOG-Verfahrens gilt schließlich weiterhin der Grundsatz, dass Arzneimittelhersteller im ersten Jahr nach Marktzugang in der Preissetzung für ihr Produkt frei sind. Der vom GKV-Spitzenverband auf Basis der Zusatznutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verhandelte Erstattungsbetrag gilt erst nach einem Jahr.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ist es allerdings nicht nachvollziehbar, warum ein Arzneimittelhersteller im ersten Jahr erhöhte Preise gegenüber dem eigentlichen Erstattungsbetrag fordern können soll. Zudem ist die Datenlage einer neuen Arzneimitteltherapie bei der Markteinführung auch noch nicht so gut wie zu späteren Zeitpunkten, wenn mehr Erfahrungen mit der Therapie gemacht werden konnten. Eine Idee ist daher, den Preis eines Arzneimittels an der

verfügbaren Evidenz zu orientieren. Der freie Einstandspreis würde in dieser Systematik durch einen niedrigeren Startpreis, der sich grundsätzlich am Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientieren sollte, ersetzt. Erst wenn ausreichend klinische Daten vorhanden sind, sollte ein vermutlich höherer neuer Erstattungsbetrag verhandelt werden. Darüber hinaus werden ergänzende Vorschläge diskutiert, nach denen für bestimmte Therapien fixe Budgets oder eine kollektive Begrenzung der Arzneimittelausgaben eingeführt werden könnten. In anderen Ländern werden derartige Verfahren bereits erfolgreich angewendet. Auch wird über eine kollektive Begrenzung der Arzneimittelausgaben nachgedacht.

### DEBATTEN UM LIEFERENGÄSSE UND RABATTVERTRÄGE

Ein Dauerbrenner der insgesamt verhaltenen arzneimittelpolitischen Diskussion waren allerdings mögliche Lieferengpässe bei Wirkstoffen, die weder in der Apotheke, noch über den Großhandel zu beziehen sind. Dabei werden Lieferengpässe oft mit Versorgungsengpässen gleichgesetzt, wobei in vielen Fällen Wirkstoffe anderer Hersteller oder auch therapeutische Alternativen zur Versorgung der Patienten und Patientinnen zur Verfügung stehen. Ein Lieferengpass ist damit noch lange kein Versorgungsengpass.

Als vermeintlicher „Verursacher“ wurden schnell die Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen ausgemacht. Dabei sind die Ursachen für Lieferschwierigkeiten durchaus vielschichtig (siehe Leseempfehlung in der Box). Zudem treten Lieferengpässe vor allem im stationären Bereich auf, in dem die Rabattverträge nicht greifen. Rabattverträge in Deutschland können somit kaum Ursache eines globalen Problems sein, sie leisten aber sehr wohl einen entscheidenden Beitrag zur Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung.

Nichts-desto-trotz ist davon auszugehen, dass sich auch in der kommenden Wahlperiode die Diskussion über die Ausgestaltung der Rabattverträge fortsetzen wird. So wird sicherlich die Debatte über die Verankerung von Sozial- und Umweltstandards in Rabattverträgen geführt werden. In Fortsetzung der Diskussion um Lieferengpässe wird die Frage der Gewährung von Versorgungssicherheit in Europa in Krisensituationen eine wesentliche Rolle spielen, wobei für die hierzu beabsichtigten (Förder-)Maßnahmen nicht zwangsläufig die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Finanzier sein darf.

Blickt man in die Wahlprogramme der Parteien, ist festzustellen, dass die Arzneimittelversorgung doch einen umfassenden Teil einnimmt. Damit sollte diesem Thema in der nächsten Wahlperiode mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Angesichts der anstehenden Aufgaben – zurecht! ■

#### ZUM NACHLESEN



#### Lieferengpässe:

Die Ursachen für Lieferschwierigkeiten sind vielschichtig



#### Steigende Arzneimittelpreise:

Ideen für ein ungelöstes Problem

PRÄVENTION

# PRÄVENTION ÜBERALL UND ZU JEDER ZEIT

Von Sara Klinkebiel, Politik & Kommunikation

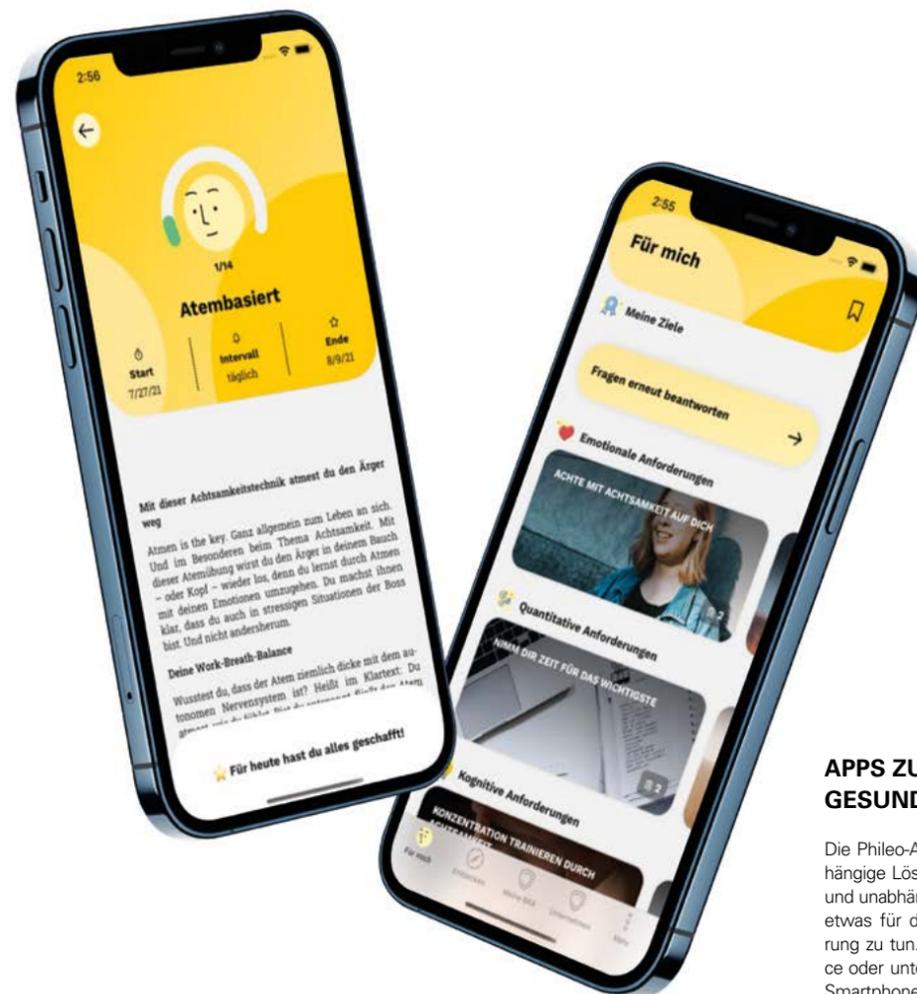
Prävention war in den letzten Wochen und Monaten mehr als präsent: Abstand halten, Hände waschen und Impfen. Alles zum eigenen Schutz. Aber Prävention kann mehr als das und ist ein wirksamer Parameter zur Vermeidung großer Volkskrankheiten – wie Diabetes, Rückenschmerzen und Bluthochdruck. Gerade in Hinblick einer nachhaltigen Finanzierungssystematik im Gesundheitssystem ist es wertschöpfender, in Prävention zu investieren als überwiegend Krankheiten zu therapieren. Im Kern geht es darum, die Prävention für alle überall und zu jeder Zeit zu ermöglichen. Dafür braucht es mehr individuelle, zugeschnittene und digitale Angebote, die den Lebenswelten der Bürger und Bürgerinnen entsprechen und in Zusammenarbeit mit verschiedensten Institutionen ermöglicht werden.



© AndreyPopov/Stock/Getty Images

Die Gesunderhaltung der Menschen stärker in das Zentrum des Gesundheitswesens zu rücken und durch eine entsprechende nachhaltige Finanzierungssystematik zu verstärken, bildet die grundlegende Basis. Denn mithilfe von Information, Gesundheitsförderung und Prävention schützt man die Bevölkerung vor zahlreichen vermeidbaren Krankheiten. Wie das geht, zeigen insbesondere die Skandinavischen Länder, wo neben der Pathogenese (Krankheitsbekämpfung), die Salutogenese (Gesunderhaltung) im Mittelpunkt des Gesundheitssystems steht. In Deutschland wird stattdessen viel Geld für Bandscheibenoperationen ausgegeben – ein kostspieliges Unterfangen im internationalen Vergleich.

Stattdessen ist es an der Zeit, die Prävention neu zu denken und vernetzter, digitaler und einfacher zu gestalten. Derzeit ist die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung viel zu kompliziert und erst recht zu pauschal. Stattdessen braucht es Versorgungsangebote, die auf individuelle Gesundheits- und Lebenssituationen zugeschnitten sind. Ob nun als Schülerin, Student, Soloselbstständige, berufstätiger Vater oder Rentnerin – es braucht angepasste Angebote zur Gesunderhaltung, die alle anspricht. Dazu muss Prävention und Gesundheitsförderung die Versicherten und deren Bedarfe mehr in den Mittelpunkt stellen – bedarfsgerechte Prävention überall und zu jeder Zeit.



**APPS ZUR INDIVIDUELLEN GESUNDERHALTUNG**

Die Phileo-App bietet eine zeit- und ortsunabhängige Lösung, die es ermöglicht, individuell und unabhängig von Kollegen und Kolleginnen etwas für die persönliche Gesundheitsförderung zu tun. Ob nun zu Hause, im Homeoffice oder unterwegs, die App ist jederzeit über Smartphone und Tablet abrufbar.

Um einen Zugang zu allen Bürgern zu schaffen, steht die Vernetzung zwischen den Sektoren und Akteuren im Mittelpunkt. Eine Aufhebung von Grenzen zwischen Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Einrichtungen ist dringend angebracht, um angepasste Angebote gemeinsam zu entwickeln und als Team in die Praxis zu bringen. Prävention sozusagen als Leitgedanke bei allen Handlungen. Beispielsweise sollten dafür die Koordinierungsstellen für BGF mehr Präsenz erhalten und bereits in den Landesrahmenvereinbarungen integriert werden. Hinzu kommt, dass insbesondere für Prävention im betrieblichen Kontext die Betriebsärzte und Betriebsärztinnen Potenziale aufweisen, die bisher unzureichend genutzt werden. Ob es um Impfen

in Betrieben, arbeitsplatzbezogene Empfehlungen zur Prävention und Dokumentationen sowie Zugriff auf die ePA geht, hier sollte genauer hingeschaut und Potenziale genutzt werden.

Dafür bedarf es mehr digitale Angebote. Bereits heute wollen Versicherte bei Prävention und Gesundheitsförderung mehr im Fokus stehen. Statt sich bestehenden Programmen unterzuordnen, sollten mehr individuelle Gesunderhaltungsangebote zur Verfügung stehen, die dem Wohl der Versicherten dienen. Gerade die Betriebskrankenkassen stechen hervor mit ihren zugeschnittenen Angeboten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement und

**IMPULSE FÜR DIE NÄCHSTE LEGISLATURPERIODE**

-  **Eine nachhaltige Finanzierungssystematik für mehr Prävention entwickeln**
-  **Prävention muss vernetzter, digitaler und einfacher werden**

- VERNETZTER**  
Sozialversicherungsträger und öffentliche Einrichtungen in der Zusammenarbeit stärken, Koordinierungsstellen für BGF präserter ausrichten und die Betriebsärzteschaft mehr integrieren.
- DIGITALER**  
Digitale Präventionsinnovation verstärkt fördern und die ePA für individuelle Empfehlungen zur Prävention, Vorsorge und Selbsthilfe ausbauen
- EINFACHER**  
Schulfach „Gesundheit“ (digitale) Gesundheitskompetenzen in allen Altersklassen und eine gesundheitsfördernde Führungskultur in den Alltag implementieren



**VERNETZTER – DIGITALER – EINFACHER:  
WEITERENTWICKLUNG DER PRÄVENTION**  
Positionspapier der Betriebskrankenkassen

zur Gesundheitsförderung – deren Akzeptanz bereits heute hoch ist. Trotz Corona hat das BKK System viel Geld in Prävention und Gesundheitsförderung investiert und digitale Projekte angestoßen und umgesetzt. So wurden Präventionskurse während Corona digital fortgesetzt und Investitionen in Innovationen getätigt. Als glänzendes Beispiel ist die Phileo-App zu erwähnen, ein ortsunabhängiges den individuellen Bedürfnissen angepasstes Präventionsangebot. Davon bedarf es jedoch mehr und digitale Präventionsprojekte brauchen Unterstützung von Seiten der Politik, um die Potenziale von Prävention überall und zu jeder Zeit in die Praxis zu transferieren. Gerade in Bezug auf die ePA bestehen weitergehende Möglichkeiten, das Potenzial einer zentralen Kommunikationsplattform zu nutzen und für individuell zugeschnittene Präventionsangebote auszubauen. Darüber hinaus könnten individuelle Empfehlungen für

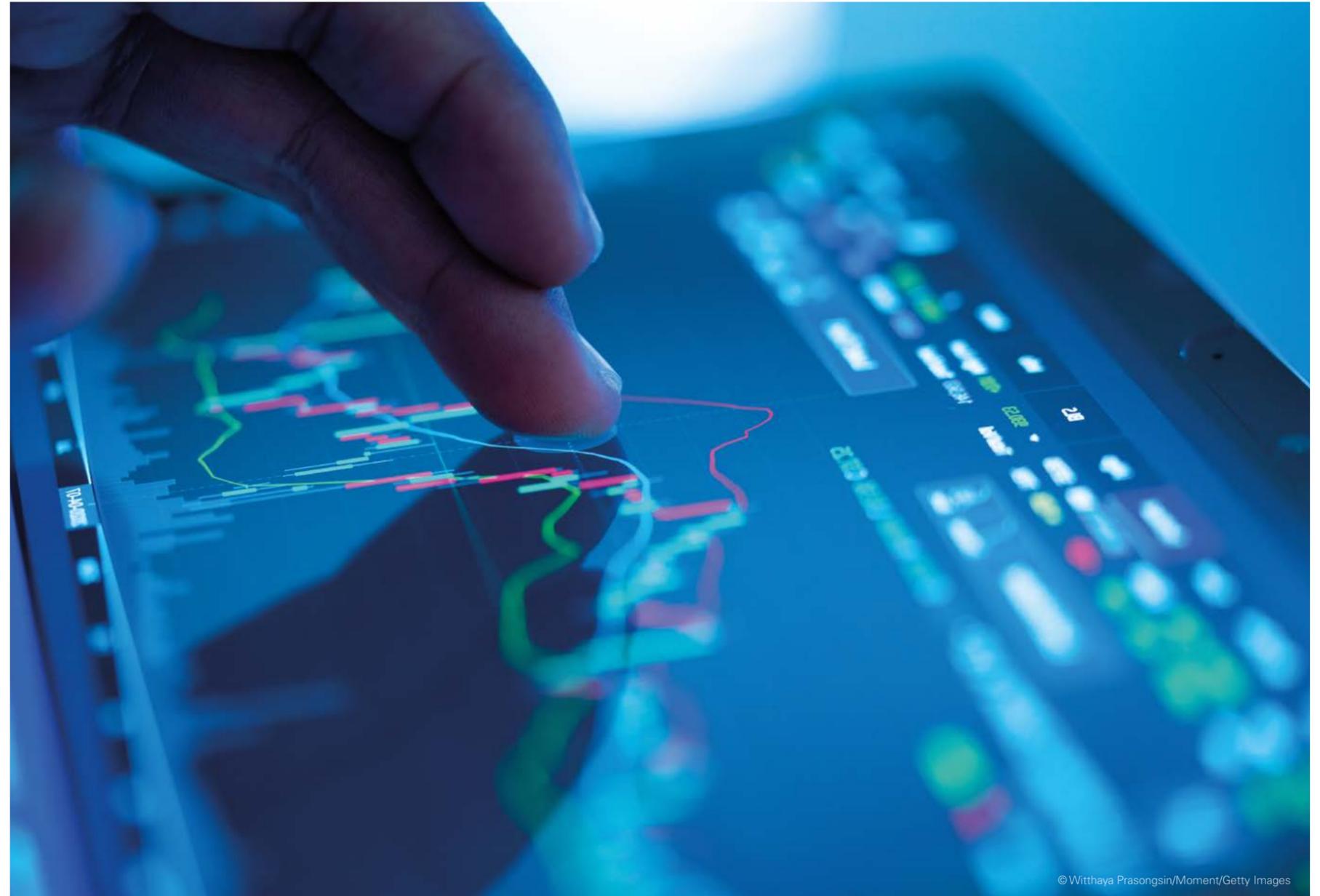
ärztliche Vorsorgeempfehlung und zur Selbsthilfe hinterlegt werden. Wenn wir von einfacher sprechen, geht es darum, den Bürgern zu ermöglichen an den Angeboten teilzunehmen. Motivation, niedrigschwellige Angebote und Interessen stehen dabei im Fokus. Schließlich ist die Prävention in den Alltag zu integrieren. Hierbei hat vor allem der Zugang über die Lebenswelten einen wesentlichen Stellenwert, um zukünftige Herausforderungen im Umgang mit den Volkskrankheiten zu bewältigen. Dabei wäre es hilfreich, das Fach „Gesundheit“ in den Schulalltag zu integrieren, (digitale) Gesundheitskompetenzen für alle Altersklassen via Fortbildungen oder an Volkshochschulen anzubieten und im betrieblichen Setting vielmehr Wert auf gesundheitsförderliche Führungskulturen über die Bürogrenze hinweg zu legen. Insgesamt halt einfach: einfacher ■

E-HEALTH

# DIGITALISIERUNG ERLEBBAR MACHEN

Von Sara Klinkebiel, Politik & Kommunikation

Dass Digitalisierung eines der Topthemen in der nächsten Legislaturperiode sein wird, ist unverkennbar. In den Wahlprogrammen der großen Parteien ist Digitalisierung übergeordnet in fast allen Themenbereichen wiederzufinden. Und eins ist klar: die Agenda ist lang und es gibt viel zu tun – auch auf europäischer Ebene. Um die Digitalisierung jedoch erlebbarer zu machen, sind digitale Innovationen stringent zu integrieren, die ePA als zentrales digitales Ökosystem weiterzuentwickeln und Echtzeitdaten nutzbar zu machen. Eine Digitalisierung, die es schafft, den Versorgungsalltag auf den Patienten auszurichten, hat Potenzial zum Erlebnis zu werden.



© Witthaya Prasongsin/Moment/Getty Images

Bei allen Fragen zur Digitalisierung ist es von großer Wertschöpfung, die digitale Souveränität Europas zu festigen und Unabhängigkeiten in den Mittelpunkt allen Handelns zu stellen. Für das erste Halbjahr 2022 wurde bereits von französischer Seite verkündet bei ihrer EU-Ratspräsidentschaft das Thema ganz oben auf die Agenda zu setzen. Hemmende Prozesse wie analoge Dokumente und Prozesse sowie Fragmentierungen in der Umsetzung sind zu beheben. Jeder Mensch soll in naher Zukunft die Möglichkeit erhalten sein eigenes Zentrum in einem künftigen europaweiten Digital Health Ökosystem zu sein. Gemeinsames europäisches Handeln pulsiert folglich richtungsweisend für die kommende Legislaturperiode.

Als Schlusslicht bei der Digitalisierung hat insbesondere Deutschland stärker die digitalen Potenziale in der Gesundheitsversorgung zu nutzen, ansonsten bleibt es bei einer bilateralen Kommunikation via Telefon und Fax. Aktuell sind die Akteure der Gesundheitsversorgung eher damit beschäftigt, Datenschutzerklärungen auszuteilen und Unterschriften einzuholen, anstatt sich mit den digitalen Potenzialen auseinanderzusetzen. Jeder deckt, na klar, seinen Versorgungsbereich ab – was das Gesundheitssystem jedoch benötigt, ist die Überwindung von Versorgungsgrenzen, so dass Chirurgen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Apotheker und der Pflegedienst miteinander vernetzt sind. Was wir brauchen ist eine Förderung von effizienten

» Gute Nutzererfahrungen und erlebbare Vorteile bei ePA und eRezept treiben die Digitalisierung im Gesundheitswesen.«

Strukturen, sodass Versorgungslücken geschlossen und das Wohl eines jeden Bürger und jeder Bürgerin im Mittelpunkt des Handelns steht. Dazu sollten Leitlinien angepasst und digitale Schwerpunkt-Versorgungseinrichtungen geschaffen werden, um Innovationen voranzubringen sowie einen flächendeckenden Zugang zur spezialisierter Versorgung zu erreichen. Das Gesundheitssystem lernt am besten durch Nutzererfahrungen und sollte folglich integrierter Bestandteil allen digitalen Handelns werden.

Um die Überwindung von Versorgungsgrenzen weiter anzutreiben, sollte die ePA als digitales Ökosystem weiterentwickelt werden – sozusagen, die ePA als digitaler Anker der Versicherten. Dazu müssen Schnittstellen zwischen Telematikinfrastruktur und Hardware sowie Software digitaler Innovationen an die ePA geschaffen werden, um die jeweiligen einzelnen Lösungen zu einem Ökosystem zu verbinden und agile Kommunikationswege zu befördern. Des Weiteren sollten Schnittstellen zwischen ePA und eAU, eRezept, eVO, Gesundheitsportal ausgebaut werden. Um ein digitales Ökosystem zu schaffen ist auch der Plattformgedanke bis hin zu Verknüpfungen von Qualitätsparameter, Beratungs- und Versorgungsdienste an die ePA weiterzuentwickeln.

Um bei den Versicherten nicht die Lust an der Digitalisierung zu verlieren, sind mehrfach Authentifizierungen gänzlich zu vermeiden. Als Lösung dient eine digitale Identität, die es schafft den Authentifizierungsprozess im Gesundheitswesen nutzerfreundlich zu gestalten. Eine Verknüpfung der digitalen Versicherten-Identität mit einer digitalen Bürger-Identität (z. B. eID des Personalausweises) sollte bereits jetzt mitgedacht werden, um einen Zugang auch zu weiteren gesundheitsbedeutsamen Behörden zu erleichtern bspw. zur Renten- oder Unfallversicherung.

Für eine mehr individuelle Gesundheitsversorgung sind Gesundheitsdaten und, insbesondere Echtzeitdaten dringend

erforderlich. Hierbei geht es um strukturierte medizinische Daten, die unabhängig von ihrem Entstehungsort für die Versorgung bereitstehen. Bestehende Datensilos sind folglich aufzuheben und miteinander zu verbinden. Medizinische Register sind dringend erforderlich. Weitergehend geht es bis zu einer Verbindung auf europäischer Ebene, um Potenziale der Versorgungsforschung auszuschöpfen und Kompetenzen zur Auswertung riesiger Datenmengen zu vereinen. Um für die Versorgungsforschung entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen, gilt es Datentreuhänder zu integrieren, um Vertrauen zu gewährleisten. Aus der ePA könnte bspw. die eigene Krankenkasse die Daten so aufbereiten, dass diese anonymisiert bzw. in Ausnahmen pseudonymisiert den Forschungsdatenzentrum zur Verfügung gestellt werden.

Zudem müssen Daten nutzbar gemacht werden und ein Gesundheitsdatennutzungs-Gesetz wäre wertschöpfend. Hierbei geht es um die generelle Frage, wie der Datenschutz praktischer und zum Schutz der Patienten weiterentwickelt werden kann. Neben der Selbstbestimmung über die eigenen Daten und harte Sanktionen bei Datenmissbrauch, benötigt jeder Bürger und jede Bürgerin einen Überblick über die eigenen Gesundheitsdaten inkl. die freie Entscheidung, wem die Daten zugänglich gemacht werden und wem nicht. Die ePA könnte bspw. täglich über einen erstellten Report auf dem Smartphone erzeugen, der anzeigt, wer in den letzten 24 Stunden auf die eigenen Gesundheitsdaten zugegriffen hat. In Estland ist das bereits heute Realität. Also ist es durchaus möglich transparente Strukturen über den Datenverkehr in die Praxis zu transportieren, um individualisierte Medizin zu gewährleisten. Weiterhin ist es Zeit für einen Rollenwechsel der GKV. Versicherte fordern, dass ihre Krankenkasse mehr als Lotse und Kümmerer tätig werden soll. Die Krankenkassen als Partnern ihrer Versicherten. Sie wollen als Lotse durch

## IMPULSE FÜR DIE NÄCHSTE LEGISLATURPERIODE



### Die digitale Souveränität Europas festigen



### Digitale Potenziale stärker nutzen

Leitlinien anpassen, Telemedizin fördern, Nutzererfahrungen wahrnehmen und digitale Schwerpunkt-Versorgungseinrichtungen aufbauen für einen flächendeckenden Zugang zur spezialisierten Versorgung



### Die ePA zu einem digitalen Ökosystem ausbauen

Schnittstellen schaffen; nützlicher Datenschutz, der GS-Daten flächendeckend nutzbar macht und Transparenz über die Verwendung schafft inkl. harter Sanktionierungen bei Datenmissbrauch; eine digitale Identität zur einfachen Authentifizierung



### Vernetzte Echtzeitdaten

für eine individuell angepasste Versorgung



### Lotse und Kümmerer bereitstellen

Ausbau der digitalen Betreuungswege durch die Krankenkassen



### Eine Digitalisierungsstrategie zum Folgen

In Digitaler Infrastruktur flächendeckend zu investieren; Informationskampagnen zu integrieren; Nutzungserfahrungen der Bürger und Bürgerinnen zu verfolgen; Eine zielorientierte Finanzierung begleitet von Kosten-Nutzen-Analysen neuer digitaler Innovationen

den Therapiedschungel weisen oder leiten, durch Verträge neue Optionen für eine bessere Versorgung öffnen und die Patientinnen und Patienten mit einem Team unterschiedlicher Professionen vernetzen – und dass alles digital. Für patientenzentrierte Versorgung ist der Ausbau von digitalen Betreuungswegen durch die Krankenkassen zentral. Sozusagen ein idealer Partner für agiles Experimentieren und schnelles Innovationtempo dank wettbewerblicher Strukturen. Zahlreiche Versicherte sowie Trägerunternehmen aus der deutschen Wirtschaft unterstützen diesen Prozess und sind bereit für mehr digitale Kommunikation und Administration.

Alles in allem müssen die beschriebenen Handlungsoptionen in eine Digitalisierungsstrategie überführt werden. Eine Strategie, die auf europäische Zusammenarbeit ausgerichtet ist. Teil dessen ist es, von anderen Ländern zu lernen und bspw. die ePA bereits von Geburt an bereitzustellen. Um ein Opt-Out Verfahren inkl. einer transparenten Widerspruchsmöglichkeit praxistauglich zu integrieren, sollte

eine Aufklärungskampagne diesen Prozess eng begleiten. Schlussendlich muss es gelingen, die Bürger und Bürgerinnen an den digitalen Prozessen von Beginn an Teilhaben zu lassen und deren Nutzungserfahrungen in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu ist eine gelebte Digitalisierung zu ermöglichen, die mit dem Aufbau einer flächendeckenden digitalen Infrastruktur einhergeht und die Ausbildung von digitalen Kompetenzen stringent verfolgt. Eine zielorientierte Finanzierung begleitet von Kosten-Nutzen-Analysen neuer digitaler Innovationen bspw. DiGAs und DiPAs ist dabei zu berücksichtigen. Als größte Volkswirtschaft Europas und die viertgrößte der Welt ist für Deutschland durchaus Potenzial vorhanden, zum digitalen Vorreiter im Gesundheitswesen und die Position des Schlusslichts endlich hinter sich zu lassen. Was es dafür braucht, ist die Kompetenz der deutschen Wirtschaft auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Folglich sind Kooperationen zu verstetigen, mit dem Ziel – die Digitalisierung zu nutzen und sie erlebbar zu machen. ■

GKV-FINANZIERUNG IN DER NÄCHSTEN WAHLPERIODE

# DIE UNTERSCHÄTZTE GROSSBAUSTELLE

Von Kerstin Macherey, Politik & Kommunikation

Nach der Bundestagswahl muss auch die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von über 70 Millionen Menschen in Deutschland in den Fokus rücken. Jede neue Bundesregierung wird die bemerkenswerte Ruhe um ein zentrales gesundheitspolitisches Thema beenden und das heiße Eisen anpacken müssen. Um die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen - auch langfristig - zu stabilisieren, werden Maßnahmen sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite auf den Prüfstand kommen.



## ES BLEIBT DABEI – DAS GELUNGENE GESAMTPAKET GKV-FKG NICHT AUFSCHNÜREN

Normalerweise steht die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht im Vordergrund. In der ablaufenden Wahlperiode war dies jedoch anders. Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) stand lange Zeit im Zentrum der Debatte, wie über die Ausgestaltung des Finanzausgleiches zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen hergestellt und somit sichergestellt werden könnte, dass die Beitragsgelder dorthin fließen, wo sie für die Versorgung der

Versicherten benötigt werden. Nach Auffassung des Gros der gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise der Kassenartenverbände ist mit dem GKV-FKG ein gutes Gesamtpaket erreicht worden, dass die angesprochene Zielsetzung erfüllt und dazu beiträgt, Manipulationen am Morbi-RSA zur eigenen Besserstellung zu verringern. Bestrebungen, die Regelungen wieder zu verändern, ohne dass sie überhaupt Wirkung entfalten konnten, ist entsprechend eine entschiedene Absage zu erteilen. Für eine Vielzahl der enthaltenen Regelungen, zum Beispiel für die neue Regionalkomponente und die Einführung einer Manipulationsbremse, sieht das GKV-FKG neben der regulären Überprüfung ohnehin gesonderte wissenschaftliche Evaluationen vor.

**DIE FINANZSITUATION DER GKV VERSCHLECHTERT SICH**

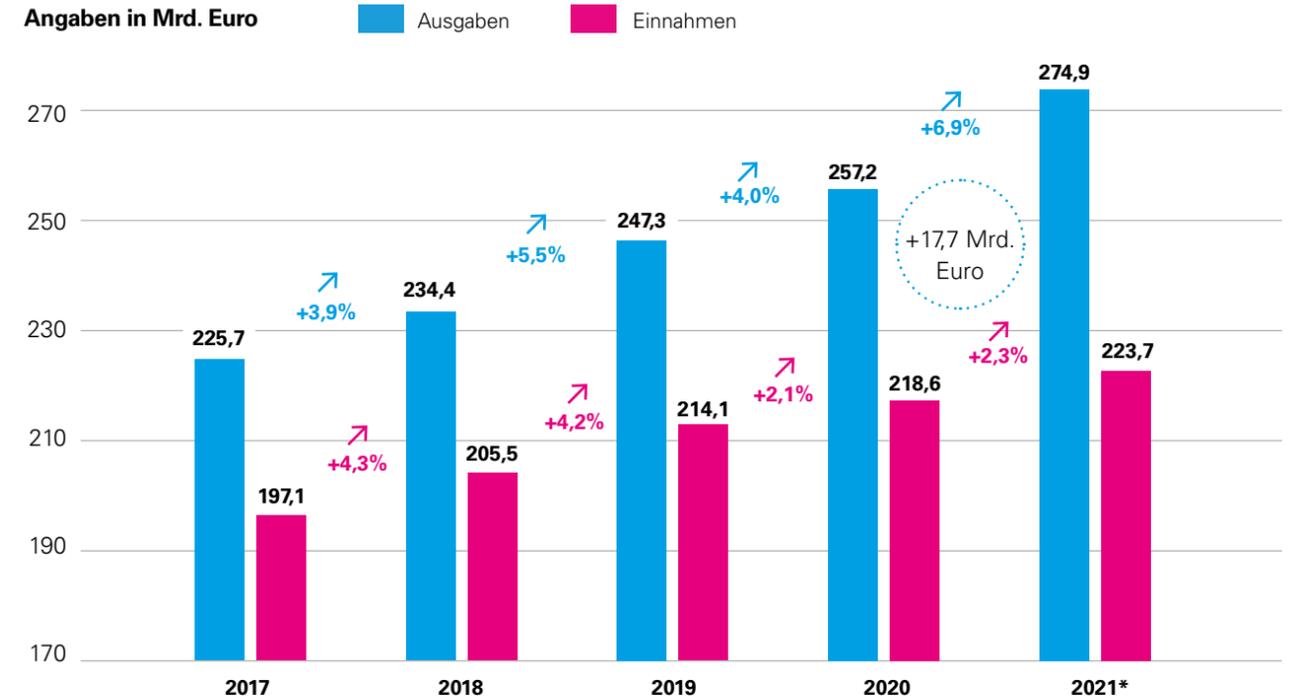
Mit den Finanzergebnissen aus dem zweiten Quartal 2021 sind die Defizite in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt. Zeigte sich die Finanzsituation über alle Kassenarten hinweg im ersten Quartal nur vergleichsweise schwach im Minus, ist mittlerweile für jede Kassenart ein – teilweise deutliches – Defizit zu verzeichnen. Die GKV insgesamt nähert sich damit für das erste Halbjahr 2021 einem Minus von fast zwei Mrd. Euro an.

Die aktuelle Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung wird hier auch weiter durch einen politisch gewollten Sondereffekt beeinflusst: Um das für 2021 befürchtete Defizit von rd. 16 Mrd. Mrd. Euro zu einem großen Teil zu decken, wurde politisch beschlossen, dass Krankenkassen ihre Finanzreserven oberhalb einer gesetzlich definierten Schwelle abbauen müssen. Insgesamt soll damit für 2021 ein Betrag von acht Mrd. Euro – über eine entsprechende Kürzung der Fonds-Zuweisungen an die Kassen – erzielt werden. Nach zunächst entlastenden Sondereffekten ist im Hinblick auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zunehmend mit Nachholeffekten in der Versorgung zu rechnen.

**2022 WIRD ZUR HERAUSFORDERUNG**

Für 2022 ist insgesamt eine sehr schwierige Finanzentwicklung zu erwarten. Ausgaben und Einnahmen werden sich auch auf Grund der sehr teuren Gesetze der letzten Jahre auseinanderentwickeln (zur bisherigen Entwicklung siehe Abbildung). Die Möglichkeit, wie in diesem Jahr, über ein Abschmelzen der Finanzreserven der Krankenkassen massiv gegenzusteuern, besteht so nicht mehr. Dennoch ist nach wie vor beabsichtigt, die sog. „Sozialgarantie“ – der Gesamtsozialversicherungsbetrag soll 40 Prozent nicht überschreiten – auch in 2022 einzuhalten. Voraussetzung dafür ist, dass der aktuell geltende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von 1,3 Prozent auch im nächsten Jahr nicht überschritten wird. Politisch ist dies bereits vereinbart. Damit die Rechnung aufgeht, muss der bereits zugesagte ergänzende Bundeszuschuss von sieben Mrd. Euro für 2022 allerdings noch einmal maßgeblich erhöht werden. Ansonsten werden erhebliche Beitragssatzsteigerungen im Jahr 2022 nicht zu vermeiden sein. Eine weitere Aufgabe wird es zudem sein, Transparenz darüber herzustellen, welche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben die GKV in der Corona-Pandemie übernommen hat, die eigentlich nicht zu ihren originären Aufgaben zählen. Soll die GKV diese weiter übernehmen, ist hierfür ein nachhaltiger Bundeszuschuss erforderlich.

Entwicklung fondsrelevanter Ausgaben gegenüber Beitragseinnahmen



\* Schätzung BMG/BAS zum Schätzerkreis 2020. Die GKV hat für 2021 Ausgaben in Höhe von 276,6 Mrd. Euro geschätzt.

**WOHER NEHMEN?**

Die künftige Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird in der politischen Diskussion, obwohl mehr als virulent, nach wie vor sehr zurückhaltend behandelt. Das Thema wirkt wie ein heißes Eisen, das sich niemand so richtig traut, entschieden anzupacken. Schnelle Entscheidungen sind jedoch geboten, um nicht schon zu frühen Zeitpunkten in der kommenden Wahlperiode an den Punkt zu gelangen, an dem sich alte Debatten zu kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Generierung von Einsparungen wiederholen (müssen).

Die Parteien sehen grundsätzlich Handlungsmöglichkeiten auf der Ausgaben- und auf der Einnahmenseite: Zum einen setzen verschiedene Parteien große Hoffnung darin, die Gesundheitsversorgung, etwa über eine Reform des stationären Bereiches und einen Abbau der Sektorengrenzen, effizienter gestalten können. Solche Änderungen benötigen aber Zeit (und erst einmal den politischen Konsens). Auch wird diskutiert, die Einnahmebasis der gesetzlichen Krankenversicherung etwa um weitere Einkommensarten zu verbreitern und somit höhere Einnahmen zu generieren.

Letztlich ist klar, dass es auch in diesem Politikfeld ein einfaches „Weiter so“, einschließlich einer weiter teuren Gesetzgebung, nicht geben kann. ■

**UNTER DIE LUPE (KV45, 2021)**  
Die GKV-Finanzergebnisse von Januar bis Juni 2021

**IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 4 | 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](mailto:redaktion@bkk-dv.de)

Redaktionsschluss: 1. September 2021  
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich  
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:  
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10707 Berlin  
[www.brettingham.de](http://www.brettingham.de)

Druck:  
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin  
[www.koenigsdruck.de](http://www.koenigsdruck.de)

Bildnachweis:  
Titelbild: © David Madison/Stone/Getty Images,  
S. 7, 23, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59: Getty Images ([www.gettyimages.com](http://www.gettyimages.com))

