

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

DIGITAL GESUND

■ **EIN JAHR DIGA**
Innovation in der
Regelversorgung

■ **eREZEPT IM PRAXIS-CHECK**
Mit dem Smartphone
in die Apotheke



Editorial

Im merkwürdigen Schwebestadium zwischen Ampel und Geschäftsführung der alten Bundesregierung öffnet sich ein Raum für grundsätzliche Bemerkungen zu den zentralen Herausforderungen an die Gesundheitspolitik der nächsten Legislaturperiode.

Wir brauchen im deutschen Gesundheitssystem dringend digitale Beschleunigung, zukunftsfeste vernetzte Versorgungsstrukturen und neue Ideen zur Finanzierung. Eine solidarische Finanzierung muss die Gesetzliche Krankenversicherung unabhängig von Konjunkturzyklen machen und darf nicht auf kurzatmige Steuer-Rettungspakete und wackelige Sozialgarantien angewiesen sein. War es wirklich klug, die Krankenkassen öffentlich als Sparkassen zu framen und einem dem Bundestagswahltermin geschuldeten Stresstest auszusetzen?

Wir brauchen neues Denken und innovative gesundheitspolitische Antworten auf die Änderungen in der Wertschöpfung und in der Medizin. Wir brauchen aktives Handeln, um Netzwerke zu knüpfen, in denen Versicherte und Patienten ins Zentrum von interprofessionellen Teams der medizinischen Versorgung rücken.

Wir brauchen Frauen und Männer in der Gesundheitspolitik, die entschlossene Wegbereiter sein wollen für die Innovationskraft von Forschung und Gesundheitswirtschaft in der Pandemie und in der Dekade gegen den Krebs. Aber wir brauchen auch mutige Wächter über den evidenzbasierten Nutzen von Produkten und Technologien. Diese müssen sturmfest sein gegen profitorientierte Strategien, die 2-Mio-Euro-Spritzen für schwer kranke Kinder über Kampagnen im Privatfernsehen durchsetzen wollen mit einer Erzählung vom hohen Nutzen für die kleinen Patienten, der nicht durch eine solide Studienlage gedeckt ist.

Am Übergang zu einer neuen Bundesregierung sehen wir eine Armut an mutigen Antworten der Gesundheitspolitik, aber auch viele Möglichkeiten, es besser zu machen. So ist der Anspruch, die flächendeckende Grundversorgung mit Spitzenmedizin gewährleisten zu können – also nicht nur im Überangebot der Ballungszentren, sondern auch im ländlichen Raum – längst ein Trugbild, dem Gesundheitspolitik nicht mehr folgen sollte. In einem Land, das vergleichbare Lebensverhältnisse in Städten und Dörfern nicht mehr aufrechterhalten kann, sollte sich niemand mehr an die Illusion klammern, Spezialisierung mit Spitzenmedizin wäre in den gegenwärtigen Strukturen für alle in der unmittelbaren Nachbarschaft zu haben. Wie sollen Dörfer ohne Dorf-laden, Bankautomaten und Bushaltestellen noch eine Arztpraxis oder eine Apotheke halten können? Wie soll die Kleinstadt ein Krankenhaus betreiben, das mehr als Grundversorgung anbietet, vor dem Hintergrund von dramatischem Fachkräftemangel? Wie will man junge Ärztinnen und Ärzte aus den Universitätsstädten in eine Gegend locken ohne Infrastruktur für Familien, ohne Arbeitsplätze für den Lebenspartner, ohne Kulturangebote?

In der Pflege wird der Fachkräftemangel während der Pandemien Monate sogar lebensbedrohlich. Ist das Einkassieren der gesetzlich mit Mühe eingezogenen Personaluntergrenzen wirklich eine angemessene Antwort auf Intensivstationen, die jetzt in der vierten Welle vorhersehbar überlastet werden? Die Geschäftsführungen in vielen Krankenhäusern drücken sich um Entlastung ihrer Fachkräfte, knausern so lange wie möglich mit Boni, und dem Gesundheitsminister ist nicht eingefallen, beim Finanzminister zu fragen, ob wenigstens eine Steuerbefreiung für Notdienst- und Wochenendzulagen des medizinischen Personals rasch umzusetzen wäre.

Wo sind Innovationseinheiten, in denen anders gedacht und gearbeitet wird? Es gibt sie, doch sie führen eine Schattenexistenz. Die Beharrungskräfte des Bestehenden ersticken die meisten guten Ideen. Auf den neuen Abgeordneten wie auf den erfahrenen, mit den Fußangeln des deutschen Gesundheitssystems vertrauten Politikerinnen und Politikern ruhen hohe Erwartungen, endlich eine Vision für eine integrative Patientenversorgung in die Praxis zu überführen.

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

EIN JAHR DIGA

Seit einem Jahr können Patienten Gesundheits-Apps auf Rezept bekommen: Entweder vom Arzt verschrieben oder sie erhalten bei einer bereits vorliegenden Indikation einen Rezeptcode von der Krankenkasse. Um diesen Gesundheits-Apps einen schnelleren Weg in die Regelversorgung zu ermöglichen, startete der Bundesgesundheitsminister im Frühjahr 2020 ein Fast-Track-Verfahren. Eine Überholspur, die Herstellern von DiGA ein Jahr Zeit gibt, den Nutzen mit Hilfe wissenschaftlicher Studien zu belegen, während die Krankenkasse schon bezahlt. **Seite 6**



6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Ein Novum erreicht die Versorgungspraxis: Ein Jahr DiGA

18 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Das elektronische Rezept: Alles neu?

24 **UNTERNEHMEN**
BOSCH BKK: Digitale Hilfe für psychisch Kranke

30 **LEUCHTTÜRME**
Ganzheitliche Gesundheit: Neue Wege in der Versorgung wagen



GESUNDHEIT UND POLITIK
eRezept: Alles Neu?

Im Sommer 2021 endete nach 60 Jahren die Ära des rosa Papierrezepts für Arzneimittel. Der BKK Dachverband macht den Praxis-Check: Wie verändert das eRezept die Versorgung der Patienten und Patientinnen?
Seite 18



UNTERNEHMEN
BOSCH BKK: Digitale Brücke für Mental Health

Digitale Angebote können Patienten mit Depressionen und Angststörungen und Psychotherapeuten durch Flexibilisierung und Optimierung von Prozessen entlasten und somit Behandlungskapazitäten in den Praxen freisetzen. Dafür gibt es PSYCHOnline THERAPIE.
Seite 24



YOUNG TALENTS
Health Insurance Hack&Con

Gesundheit in der Hosentasche? Die dritte Auflage des „Health Insurance Hack&Con“ sollte im September brauchbare Vorschläge liefern, um den Endverbrauchern im Gesundheitssystem – also GKV-Versicherten und Patienten das Leben zu vereinfachen. Die BKK youngtalents zu Herausforderungen für Krankenkassen. **Seite 50**

42 **YOUNG TALENTS**
Der HIHC in Leipzig Health Insurance Hack&Con

48 **REGAL ODERTONNE**
Zukunft der Gesundheitsversorgung

62 **RAUS**
Impressum



EIN NOVUM ERREICHT DIE VERSORGUNGSPRAXIS

EIN JAHR DIGA

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

Ein Jahr Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – ein Novum in der deutschen Versorgungspraxis, das über die Grenze hinweg für Aufmerksamkeit sorgt. Dank Fast-Track-Verfahren wurde die digitale Innovation schnell in die Versorgungspraxis integriert und die erhält frischen Wind durch die aktive Mitgestaltung der Patienten und Patientinnen. Ein Mehr an Unabhängigkeit von der Versorgungssituation vor Ort.



© Nastasic/E+/Getty Images

Deutschland lenkt den Blick auf sich, wenn es um digitale Innovationen geht. Frankreichs Präsident Emmanuel Macron kündigte an, das DiGA Fast-Track-Verfahren 1:1 ins französische Gesundheitswesen übertragen zu wollen. Während es über die Grenzen Deutschlands hinaus Lob gibt, liegt hierzulande der Fokus der Öffentlichkeit ein Jahr nach dem Start der ersten DiGA eher auf den Problemfeldern.

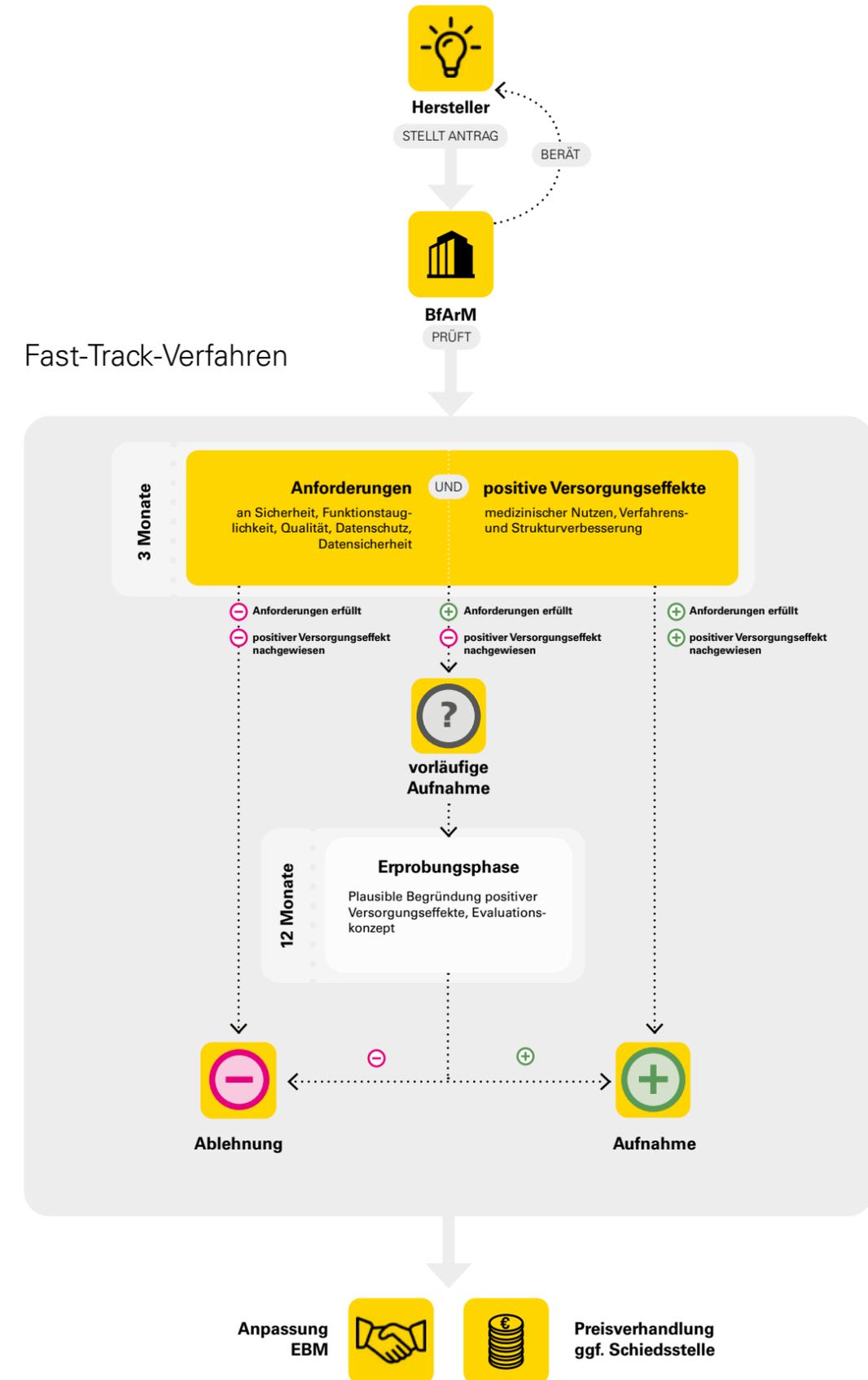
ABER WAS SIND DIESE DIGA EIGENTLICH UND WAS MACHT SIE ZU EINER NACHAHMENSWERTEINER INNOVATION?

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) im Dezember 2019 wurde die Rechtsgrundlage für die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) für Patienten und Patientinnen geschaffen. Dieses Novum war ein wichtiger Schritt der digitalen

Gesundheitsversorgung. DiGA, deren Hauptfunktion auf digitalen Technologien beruhen, sind Medizinprodukte der Klasse I (geringes Risiko) und II a (mittleres Risiko). Ihr Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten oder die Leistungserbringer zu unterstützen und eine Ergänzung zur bestehenden Gesundheitsversorgung zu sein. Ihr Einsatz hilft bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen. Als „digitale Helfer“ eröffnen sie den Patientinnen und Patienten vielfältige Möglichkeiten auf dem Weg zu einer selbstbestimmten gesundheitsförderlichen Lebensführung.

Die aufmerksamen Lesenden werden es bemerkt haben: Die Geschwindigkeit von der Gesetzgebung bis zum Markteintritt der ersten DiGA war mit gerade mal 10 Monaten zügig. Das ist für eine neue Leistungsart bahnbrechend. Unabhängig von Umsetzungsfragen war eine Neuorientierung der bisherigen bekannten Organisationsstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem bisherigen Aufgabenverständnis der Selbstverwaltung gefragt.

Eine große Rolle spielte dabei das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Seit dem Launch des Antragsportals des BfArM Ende Mai 2020 können Hersteller von digitalen Medizinprodukten, eine Prüfung durch das BfArM auf Aufnahme ihrer Anwendungen in das DiGA-Verzeichnis beantragen. Binnen drei Monaten hat das BfArM über den Antrag zu entscheiden – das Fast-Track-Verfahren macht es möglich (siehe Abb. 1). Die Anforderungen an eine DiGA sind in der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGA-V) festgelegt und beinhalten beispielsweise Nachweise zur Sicherheit und der Funktionstauglichkeit der Anwendungen. Auch ist darzulegen, dass ein positiver Effekt bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit der DiGA erreicht wird.



Dazu kann eins festgehalten werden: Die Digitalen Gesundheitsanwendungen sind Wegbereiter eines Wechsels in der kulturellen Mentalität. Erprobungsphasen werden als gewisse Einführungskorridore genutzt, um digitale Innovationen zügig einzuführen. So erleben wir mithilfe der DiGA eine Errungenschaft, die es so bisher nicht gab. Es ist möglich, eine Leistung zu etablieren, die im Vorfeld noch nicht bis ins Detail ausdefiniert zu sein hat. Gerade Innovationen leben davon an der Versorgungspraxis teilnehmen zu können und sich durch die Anwendung weiterzuentwickeln – das implementierte Fast-Track-Verfahren pusht diesen Prozess positiv.

Im Oktober 2020 war es dann endlich soweit: Die erste DiGA durchlief erfolgreich das Fast-Track-Verfahren und wurde in das dazu geschaffene DiGA-Verzeichnis gelistet. Damit war die Voraussetzung als Bestandteil der Regelversorgung erfüllt.

Bisher haben es 24 DiGA geschafft in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Von der Nachsorge bei bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, über Bewegungstherapien bei Kniescheibenerkrankungen oder Multiple Sklerose bis hin zur Tinnitus-therapie sind vielfältige digitale Behandlungsoptionen in die Versorgung integriert worden. Derzeit konzentrieren sich die meisten DiGA auf das Therapiefeld der psychischen Erkrankungen mithilfe von kognitiver Verhaltenstherapie. So können derzeit bspw. Depressionen, Angst- oder Schlafstörungen mit einer DiGA behandelt werden.

DOCH WIE KOMMEN DIE PATIENTEN IN DEN GENUSS EINER DIGA?

Mit der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ist eine Anwendung grundsätzlich durch niedergelassene Ärzte/Zahnärztinnen, Psychotherapeuten oder Ärztinnen im Krankenhaus verordnungsfähig. Zudem können Versicherte ebenfalls bei Vorliegen der medizinischen Indikation eine DiGA bei ihrer Krankenkasse beantragen. Damit genießen Versicherte ab diesem Zeitpunkt auch einen gesetzlichen Anspruch auf Versorgung mit einer DiGA. Aber wie sieht der Versorgungsprozess aus? Wo löst der Patient sein App-Rezept ein? In der Apotheke, beim App Store, beim Arzt, auf einer neuen Verordnungsplattform, die speziell für die DiGA entwickelt wird? An diese Fragen war eine ganze Reihe von technischen und

DiGA-Codes (Summe) bei BITMARCK-BKK

4. Digital Dialog des BKK DV, 5./6. Oktober

Anzahl der erstellten Codes

8488

Anzahl der eingelösten Codes

6511

Anzahl der abgerechneten Codes

6338

Anzahl der stornierten Codes

173

rechtlichen Details angeknüpft. Gelöst hat man es, in dem Versicherte von ihrer Krankenkasse einen Rezeptcode erhalten. Mit diesem wird dann die kostenlos aus dem App Store heruntergeladene DiGA auf dem jeweiligen Endgerät freigeschaltet.

WIE WIRD DER NUTZEN VON DIGA BEWERTET?

Zur Beurteilung dieser Frage ist eine zuverlässige Evidenz unverzichtbar. Eine evidenzbasierte Nutzenbewertung hat fundamentale Anforderungen und Maßstäbe, die es auch bei DiGA zu beachten gilt. Jedoch haben DiGA die Besonderheit, dass neben der Lebensqualität und anderer Parameter auch ein positiver Nutzen, u. a. bei den Strukturen und Prozessen der Gesundheitsversorgung, bestimmt werden soll. Folglich wurde im Kontext von Erstattungsentscheidungen als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung der Begriff „positiver Versorgungseffekt“ in Abgrenzung zum „Nutzen“ geprägt.

Die Herstellenden sind in der Verpflichtung, den positiven Versorgungseffekt ihres Produktes nachzuweisen. Der positive Versorgungseffekt wird dargelegt von:

- einem medizinischen Nutzen (Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung des Überlebens, Verbesserung der Lebensqualität)
- und/oder einer patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserung (Reduktion krankheitsbedingter Belastungen, Therapie-Koordination, Versorgungszugang, Patientensicherheit, Gesundheitskompetenz etc.)

In der Beurteilung des medizinischen Nutzens wird oftmals der Versuch gestartet, Analogien zur Bewertung von Arzneimitteln zu ziehen. Auch ein Vergleich mit konservativen Behandlungsmethoden ist ein möglicher Ansatz. Während beim medizinischen Nutzen Hilfsbrücken geschaffen werden können, hat man mit der Aufnahme von patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen ein Novum: Erstmals sollen Kriterien, außerhalb Mortalität, etc. bei der Beurteilung berücksichtigt werden. Somit können Nutzenparameter, die den Schwerpunkt auf sozialwissenschaftliche Kriterien setzen, erhoben werden. Gleichwohl steht man vor der Herausforderung, dass zur Messung des Nutzens nachvollziehbare Entscheidungskriterien fehlen, die es nunmehr zu definieren gilt.

Tatsächlich ist die Studienlage für die gelisteten DiGAs derzeit noch dünn. Die meisten Studien sind noch in Planung, die Ergebnisse zum Nutznachweis, sprich dem positiven Versorgungseffekt, liegen größtenteils nicht vor. Ist also dieser Nachweis nicht hinreichend belegt, können die Herstellenden einen Antrag auf eine vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis stellen. Der Startschuss des zwölfmonatigen Erprobungszeitraums, um den Nachweis des positiven Versorgungseffektes zu erbringen, fällt damit. Ein Evaluationskonzept für die konkrete Nachweisdurchführung des positiven Versorgungseffektes ist darzulegen. Sind die Anforderungen an eine Zulassung jedoch erfüllt, kann ein Antrag auf endgültige Aufnahme beim BfArM gestellt werden.

» Um die Potenziale der DiGA auszuschöpfen, sind maßgebliche Nutzenparameter zu definieren. «

Die Mehrheit befindet sich somit in der Erprobung. Sind DiGA somit ein Exempel dafür, dass für die Evaluation einer DiGA auf Erprobung die Patientinnen und Patienten als Studienteilnehmende herhalten sollen?

Schwenkt man den Blick zu den Herstellenden, weisen diese die kritischen Stimmen zur fehlenden Evidenz ab. In einem Positionspapier wird betont, dass bei dem Konzept regelhaft übersehen wird, dass jede Aufnahme einer DiGA eine streng geprüfte systematische Datenauswertung voraussetzt. Die Hersteller haben plausibel zu begründen, dass die zur Erprobung aufgenommene DiGA einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leistet. Die vorläufige Listung erfolgt daher nicht ohne Evidenz. Dass die Anforderungen an die Hersteller groß sind, zeigt die Anzahl der zahlreich zurückgezogenen oder abgewiesenen Herstelleranträge. Als einen Grund dafür nannte das BfArM im Mai die Studienqualität, „die häufig nicht den Anforderungen für eine systematische Überprüfung entspricht.“

Es wird empfohlen, das frühzeitige Aufsetzen von aussagekräftigen Studien zum Nachweis des Versorgungseffektes einer digitalen Anwendung zu planen, denn das entscheidet letztlich über Aufnahme einer DiGA in das DiGA-Verzeichnis.

WAS STECKT IN DER DIGA ALS ERGÄNZENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG?

Nur ein „digitaler Helfer“ oder verändert die DiGA die Gesundheitsversorgung hin zur mehr aktiver Beteiligung von Patientinnen und Patienten? Aktuell zeichnet sich ein positiver Nutzen besonders in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis ab. Bei der Berichterstattung über die Versorgungssituation und Zugänge zur Psychotherapie verweisen Therapeuten und Therapeutinnen auf den positiven Effekt von DiGA. Gerade in Hinblick auf lange Wartezeiten und in der aktiven Begleitung parallel zur Therapiesitzung wird die Versorgung durch digitale Gesundheitsanwendungen von Psychotherapeuten befürwortet.

» Im Durchschnitt kostet die 90-tägige Anwendung von DiGA 420,50€. «

Das bestätigt sich auch durch eine Krankenkassenumfrage zum Thema ein Jahr digitale Gesundheitsanwendungen in der GKV. Die Umfrage zeigt, dass derzeit 62% der Befragten neugierig auf digitale Gesundheitsanwendungen sind, 58% der befragten Ärztinnen und Psychotherapeuten digitale Gesundheitsanwendungen empfehlen und 43% der Befragten sich auf Probleme mit konventionellen Therapieangeboten beziehen. Bei letzterem geht es im Detail um unzufriedene Therapieerfolge, Schwierigkeiten bei der Therapieumsetzung sowie eine aktivere Überbrückung von Wartezeiten. Darüber hinaus gelingt es mehr als der Hälfte der Befragten, ihre Krankheit mit Hilfe einer Gesundheits-App besser in den Griff zu bekommen und Beschwerden zu reduzieren sowie ihre Krankheit besser zu verstehen. Insgesamt sind es 67 % der Befragten, die sie sich durch die App besser motivieren können, ihre Therapieübungen zu absolvieren, und 83 % heben die flexible Therapiezeit hervor. Die „digitalen Helfer“ werden dabei mehrmals in der Woche oder sogar täglich genutzt und Therapieempfehlung wird mit Hilfe der App auf Rezept vollständig umgesetzt. Indizien, die für mehr Gesundheitskompetenz, aktive Mitgestaltung und Unabhängigkeit von der Versorgungssituation vor Ort sprechen – dank DiGA.

Der positive Zusatzgewinn durch DiGA in der Gesundheitsversorgung ist bereits durch die Praxis bestätigt. Doch wie sieht es mit weiteren Ansatzpunkten aus – insbesondere bei der Versorgung der großen Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Rückenschmerzen und Stoffwechselstörungen, wie Diabetes und Adipositas? Anhand einer derzeit am meist genutzten App Vivira (Vivira wird zur Behandlung von akuten und chronischen Rücken-, Knie- oder Hüftschmerzen verwendet) zeigt sich der Bedarf zur Versorgung der großen Volkskrankheiten und der Impuls, DiGA in diesen Bereichen der Versorgung weiter auszubauen. Weitergedacht ist ebenfalls das Feld der Prävention (primär/sekundär/tertiär) nicht außer Acht zu lassen. Gerade in diesem Bereich sind weitere Potenziale für eine bessere Versorgung hinterlegt und eine Ausweitung vom Gesetzgeber zu empfehlen.

WIE WERDEN DIGA ZU EINEM ERFOLGSMODELL?

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass konventionelle Behandlungen oft nicht ausreichend und DiGA auf dem ersten Blick keine Schnäppchen sind, ist Transparenz durch adäquate Berichterstattung von besonderer Bedeutung. Hierbei ist der Versorgungsprozess der Versicherten zu begleiten und die Therapie mit Digitalen Anwendungen im Vergleich zur bisherigen Behandlungsoptionen zu evaluieren, um zu sehen, welchen Zusatznutzen DiGA in der Gesundheitsversorgung wirklich erbringen.

Wie wurde jedoch der Zusatznutzen bei den bisherigen DiGA monetär honoriert? Die Preisspannen sind sehr breit. Gerade bei mehreren DiGA mit ähnlich gelagerten Inhalten oder Indikationsschwerpunkten ist deutlich, dass sich ein fairer Preis auch in diesem neuen Markt der digitalen Therapien an den Kosten der Versorgungsrealität orientieren muss. Eine digitale Therapie soll nicht mehr, aber auch nicht weniger kosten dürfen, wenn sie so wirksam und sicher ist, wie andere Interventionen. Damit einhergehend ist eine Nutzenbewertung bei der Preisbildung hinzuzuziehen. Der bisher auf dem Prüfstand stehende Evaluationsprozess von digitalen Gesundheitsanwendungen wirkt sich damit auch auf den Prozess der Preisfindung aus. Bei den unterschiedlichen Preisen der bisher gelisteten DiGA wird deutlich, dass ergebnisorientierte Vergütungsstrukturen mehr in den Fokus zu rücken sind, z. B. sollte unabhängig von dem positiven Versorgungseffekt auch die tatsächliche Nutzung in die Beurteilung des Preises einfließen. Motiviert die DiGA zur Teilnahme, ruft der Patient diese regelmäßig auf und nimmt er die Therapie in Anspruch? Ein strukturierter und systematischer Patienten-Feedbackprozess kann dabei unterstützen. Ob die Patientinnen und Patienten bei der Nutzung der DiGA eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands erleben, sollte auch in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt beurteilt werden. Eine regelmäßige Rückkoppelung zu dem (Gesundheits-) Effekt bei der Nutzung einer DiGA mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen ist entscheidend. DiGA, als eine ergänzende

Leistung zu der bestehenden Behandlung, ist in den bestehenden Versorgungsprozess zu integrieren um eine Doppel- und/oder Fehlversorgung zu vermeiden. Daher nimmt der Arzt nicht nur als der Verordnende eine wichtige Rolle ein, sondern auch bei der Begleitung der DiGA und ihrer Integration in die bestehende Therapie. Die Einbindung in die bestehenden Versorgungsprozesse wird ein Treiber der digitalen Innovation sein.

Als Ergänzung zur bestehenden Therapie und somit nicht als Ersatz der ärztlichen Behandlung, kann eine DiGA nicht das persönliche Vertrauensverhältnis erschüttern. Die DiGA hat – anders als zu Beginn vermutet – keine Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, dessen Grundlage auf Vertrauen basiert. Daher kann die bisherige Zurückhaltung zur Verordnung der DiGA durch die Ärzteschaft nicht ausschließlich damit zusammenhängen. Mitunter ist dies, insbesondere bei den vorläufigen DiGA, mit einer nicht abschließend nachgewiesenen Evidenz zu begründen. Diese Berufsgruppe legt den Fokus auf wissenschaftliche Erkenntnisse. Bei vielen Krankheitsbildern bestehen Leitlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bei der Diagnose und der entsprechenden Behandlung zu Rate gezogen werden. Jüngst wurde eine Leitlinie zur Behandlung bei Adipositas veröffentlicht. Ein Ansatz wäre es, die bestehenden DiGA zur Behandlung von Adipositas leitlinienbasiert als ein Bestandteil der Behandlung zu integrieren. Empfehlungen, wann und wie der Einsatz einer DiGA sinnvoll wäre und diese in den bestehenden Behandlungspfad integriert werden kann, wäre ein Schritt zu mehr Akzeptanz.

Doch ein wesentlicher Schritt zur Akzeptanz bei allen Beteiligten wird durch einen entscheidenden Faktor erreicht: Indem ein Mehrwert erlebt wird, wie z. B. eine schnelle Genesung, Überbrückung der Wartezeiten auf eine konventionelle Methode, etc. Dabei kann die Vernetzung der Leistungserbringenden, um eine bessere Zusammenarbeit unter ihnen zu ermöglichen, ausschlaggebend sein. Für eine bessere sektorale Zusammenarbeit kommt es auf die Schaffung von Schnittstellen (Interoperabilität) an. DiGA-Herstellende müssen ab

dem 1. April 2023 den Datenexport in die elektronische Patientenakte (ePA) ermöglichen. Versicherte entscheiden, in welcher Frequenz beziehungsweise zu welchem Anlass sie einer Datenübermittlung aus einer DiGA in die ePA zustimmen. Für eine bessere ärztliche Versorgung kommt es jedoch auf eine regelmäßige Datenübertragung an. So wäre es zielführender, wenn Patientinnen und Patienten die Option erhalten, einer automatischen Übermittlung zuzustimmen. Folglich könnten erreichte Ziele oder Therapieabbrüche bei digitalen Gesundheitsanwendungen besser begleitet werden.

Der Rückblick auf ein Jahr DiGA zeigt, dass es geschafft wurde, eine digitale Innovation durch unterstützende Verfahren schnell in die Versorgung zu integrieren. DiGA werden dann in der Breite Akzeptanz finden, wenn gemeinsam mit den Behandelnden eine Zusammenarbeit erfolgt und die DiGA als ein Teil der geplanten Gesundheitsversorgung verstanden wird. Ein regelmäßiges Monitoring der Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist dabei wesentlich, um die individuelle Versorgung von Patientinnen und Patienten und deren aktive Mitgestaltung weiterhin zu stärken. ■



Selvi Ceyhan
@SelviCeyhan

DAS ELEKTRONISCHE REZEPT

ALLES NEU?

Von Natalie Kohzer, Versorgungsmanagement

Im Juli 2021 endete eine langjährige Ära. Das rosa Rezept für Arzneimittel wird ersetzt durch die elektronische Verordnung, das eRezept. Seit gut 60 Jahren verordnen Ärztinnen und Ärzte Arzneimittel auf dem rosa Rezept. Mit kleinen Schritten geht es in die Umstellung, bevor sich der neue „Supertanker“ auf den Weg macht.

Der BKK Dachverband macht den Praxis-Check. Wie verändert das eRezept die Versorgung der Patienten und Patientinnen? Wir begleiten Familie Muster auf diesem Weg.



© Riska/E+/Getty Images

Familie Muster erhält regelmäßig Arzneimittel. Ilse Muster ist 84 Jahre alt. Ihre Ärztin verordnet ihr einen bunten Pillenmix. Der Gedanke an das eRezept erfüllt sie mit Sorge. Das Smartphone ist ihr fremd, auch wenn ihr Enkel Jan ihr den Umgang schon oft erklärt hat. Ihre Tochter Ute Muster ist fast genauso alt wie das rosa Rezept. Sie geht mit ihren 59 Jahren gerne in die Apotheke. Sie schätzt die persönliche Beratung vor Ort. Ute ist skeptisch, wie das eRezept funktionieren wird, möchte es aber gerne ausprobieren. Jan (23) dagegen freut sich auf die Einführung. Endlich läuft alles elektronisch. Auch wenn er nur ein einziges Arzneimittel dauerhaft einnimmt, wird es mit der digitalen Umsetzung komfortabler. Er begrüßt auch den Umweltaspekt. Pro Jahr werden ungefähr 450 Mio. Papierrezepte ausgestellt. Würden alle rosa Rezepte eines Jahres aneinandergelegt, umspannt die Kette eineinhalb Mal den Erdball.

FAMILIE MUSTER IN DER ARZTPRAXIS

Ute benötigt ein neues Rezept für ihre Arzneimittel, die sie dauerhaft einnimmt. Ihre Ärztin, Frau Dr. Dok, wählt die Arzneimittel in ihrem Computer aus. Die Praxissoftware erstellt das eRezept automatisch. Frau Dr. Dok signiert das eRezept mit einem speziellen Ausweis, dem digitalen Heilberufsausweis. Diese besondere Signatur entspricht ihrer Unterschrift auf dem rosa Rezept. Den Unterschied bemerkt Ute leicht. Frau Dr. Dok hat heute mehr Zeit für Ute als sonst. Sie kann sich dadurch ganz auf die medizinische Betreuung konzentrieren. Die Ärztin läuft nicht wie üblich zum Drucker, um das rosa Rezept zu unterschreiben. Alle zeitraubenden Formalitäten sind per Knopfdruck erledigt. eRezepte werden in der Arztpraxis automatisch auf Vollständigkeit der erforderlichen Angaben überprüft. Das ist auch ein Vorteil für Frau Dr. Dok.

Am Ende bekommt Ute einen Ausdruck in die Hand. Dieser sieht anders aus als das rosa Rezept. Der Ausdruck enthält mehrere QR-Codes, die jeweils einen Rezeptcode verschlüsseln. Den QR-Code kennt Ute von ihrem Bahnticket. Insgesamt können bis zu vier Codes aufgedruckt sein. Hinter dem etwas größeren Code in der oberen rechten Ecke sind alle Arzneimittelverordnungen von Ute verschlüsselt. Jeder kleinere QR-Code im unteren Bereich des Zettels steht für jeweils das einzelne Arzneimittel. Ein kleiner Text beschreibt den Namen des Arzneimittels und leicht verständliche Dosierungshinweise. Diese Kurzfassung zeigt Ute auf einen Blick die wichtigsten Angaben. Ute erkennt ihre drei Tabletten wieder. Die Unterschrift von Frau Dr. Dok ist nicht mehr erforderlich, denn das eigentliche elektronische Rezept ist im Gesundheitsnetzwerk sicher gespeichert.

Jan gefällt die neue Arbeitsweise der Ärztin gut. Er hat sich zu Hause schon die eRezept App auf sein Smartphone geladen. Er sieht in der App sofort, was Frau Dr. Dok ihm verordnet hat. Zur Sicherheit lässt er sich beim ersten Mal noch einen Papier-Ausdruck mit dem QR-Code mitgeben. Beim nächsten Mal vertraut er alleine auf die App.

Ausdruck zur Einlösung Ihres E-Rezeptes

für Dr. Erika Freifrau von Mustermann	geboren am 13.12.1987
ausgestellt von Dr. Monika Freifrau von Mustermann Praxis für Innere Medizin 030/42666666 praxis@praxis.de	ausgestellt am 13.12.2022

Teil 1 von 4 ab 13.12.2022
1x AZITHROMYCIN Abz 250 mg
Filmtabletten 6 St. N2
morgens und abends 1
PZN:01065616. Kein Austausch

2x Ibuprofen / 800mg /
Retard-Tabletten / 20 St
0-1-0-1

Rezeptur
1x Aluminiumchlorid-
Hexahydrat-Gel 15% (NRF
11.24.)

Die App zum E-Rezept
Einfach - Schnell - Flexibel
E-Rezepte jetzt papierlos empfangen
Die Voraussetzungen und weitere Informationen finden Sie
online auf www.das-e-rezept-fuer-deutschland.de und
bei der technischen Hotline 0800 277 377 7

Samstag, 17. Dezember 2022, 10:15 Uhr

Technische Hotline 0800 277 377 7

Mustere exemplar eines Ausdrucks, Quelle: www.kbv.de

Die Ärztin bietet ihm sogar statt eines nächsten Besuchs in der Praxis eine Videosprechstunde an. Dann spart er sich den Weg, denn sein neues eRezept aus der Videosprechstunde kann er umgehend in der App abrufen.

Ilse hat bereits von ihrem Enkel erfahren, was die neue Technik alles möglich macht. Sicherheitshalber bittet sie die Ärztin doch noch um ihr gewohntes rosa Rezept. Auch das ist bis Ende des Jahres möglich.

FAMILIE MUSTER IN DER APOTHEKE

Sobald Jan die Arztpraxis verlässt, schickt er über die App eine Anfrage an drei Apotheken seiner Wahl. Er wählt die Apotheke aus, die als erste bestätigt, dass seine Arzneimittel für ihn vorrätig sind. Mit einem Knopfdruck in der App erlaubt er der Apotheke, das Rezept für ihn vorzubereiten. Per Chatfunktion teilt ihm die Apotheke die konkrete Uhrzeit mit, wann er das Arzneimittel abholen kann. In der Zwischenzeit konnte die Apotheke mit der Ärztin eine Rückfrage zum Rezept klären. Mit dem Fahrrad holt Jan sein Arzneimittel auf dem Weg zur Uni ab. Die Apothekerin Frau Apo hat zuvor alles vorbereitet und Jan ist schnell auf dem Weg in die Vorlesung.

Jan findet die App super praktisch. Beim nächsten Mal kann er der Apotheke über die Chat Funktion mitteilen, dass seine Mutter das Arzneimittel für ihn mitbringen wird. Außerdem könnte er sich seine Kopfschmerztabletten gleich dazu legen lassen.

Jan kann aber auch mit der App in der Apotheke direkt den QR-Code vorzeigen und einscannen lassen. Vorab wird er zur Sicherheit den Rezeptcode in der App auf das Smartphone laden, falls es einen schlechten Internetzugang gibt. So stehen die eRezepte auch dann zur Verfügung, wenn das World Wide Web mal ruckelt.

Als zusätzlichen Service stellt die Apotheke ihre weiteren Dienstleistungen in der App dar. Dazu gehört der Botendienst nach Hause. Jan denkt an seinen gebrochenen Fuß im

letzten Jahr. Eine Lieferung nach Hause wäre ziemlich praktisch gewesen. Versandapotheken dürfen auch die Lieferung mit der Post anbieten.

Ute ist mit ihrem Ausdruck in ihre Lieblingsapotheke gegangen. Der QR-Code wird mit einem Scanner eingelesen. Ute hat schon oft beobachtet, wie viel Zeit mit dem Lesen des rosa Rezepts verwendet wurde. Durch die digitale Übermittlung können nun Missverständnisse durch unleserliche Rezepte vermieden werden. Zukünftig ergeben sich deutlich weniger Rückfragen in den Arztpraxen. Die Apotheke kann sich mehr Zeit für die pharmazeutische Beratung von Ute nehmen.

WAS PASSIERT IN DER APOTHEKE IM HINTERGRUND?

Nach der Übermittlung des Rezeptcodes über die App oder dem Einscannen des QR-Codes vor Ort wird das Rezept auf „in Belieferung“ gestellt. Der Rezeptcode kann in keiner anderen Apotheke parallel abgerufen werden. Dieses verhindert eine Doppel- bzw. eine Mehrfachversorgung und dient somit der Patientensicherheit. Damit ist es auch nicht möglich, eine Kopie des in Papier vorliegenden eRezeptes mit den QR-Codes vorzulegen. Die Apotheke erkennt sofort, dass das eRezept bereits in einer anderen Apotheke eingelöst wurde.

Steht das Rezept auf „in Belieferung“, findet die Apotheke auf dem eRezept weitere für sie relevante Hinweise. Zum Beispiel, ob ein Arzneimittel gegen ein anderes Arzneimittel ausgetauscht werden darf. Sie berät und händigt Jan sein Arzneimittel aus. In diesem Moment wird das eRezept zur Abrechnung vorbereitet. Dafür muss auch die Apotheke die Abgabe elektronisch signieren. Der Rezeptcode ist „entwertet“ und wird mit der Krankenkasse abgerechnet.

Auch ist für die maximale Flexibilität für Ute gesorgt. Legt sie ihren Zettel mit mehreren QR-Codes in der Apotheke vor, muss sie nicht alle dort einlösen. Jeder Code kann auch zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Apotheke verwendet werden. Auch ist Ute nach dem Einscannen eines QR-Codes frei, sich doch für eine andere Apotheke zu entscheiden. Hat zum Beispiel ihre ein wichtiges Arzneimittel nicht da, kann der QR-Code von der Apotheke in den Ursprungszustand zurückgesetzt werden. Ute holt sich dann das Arzneimittel in einer anderen Apotheke.

Ebenso ist es möglich, das elektronische Rezept zu löschen. Dies kann Jan in der App selber tun oder Ute bittet ihre Arztpraxis oder Apotheke darum.

WEITERER NUTZEN FÜR FAMILIE MUSTER

Mit dem eRezept ist die Anwendung von weiteren, für die Patienten vorteilhaften Anwendungen möglich. Apotheken werden die Daten in den (elektronischen) Medikationsplan übertragen. So kann die Apotheke alle verordneten Produkte von Ute darauf prüfen, ob sie untereinander verträglich sind und hilfreiche Einnahmehinweise geben.

Alle Informationen zu den verordneten Arzneimitteln können auch in die elektronische Patientenakte (ePA) übertragen werden. Jan hat die ePA schon angelegt. Nach und nach wird er sie mit allen wichtigen Angaben aus den Arztpraxen und Apotheken füllen. Auch wird er seine privat gekauften Arzneimittel erfassen. So hat er immer alle seine Gesundheitsdaten zur Hand und wichtige Informationen gehen nicht verloren. Jan kann denjenigen Akteuren im Gesundheitswesen gezielte Informationen zur Verfügung stellen, denen er den Zugriff erlauben möchte.

KOMMT BEI DER EINFÜHRUNG NUN (ENDLICH) FAHRT AUF?

Die Einführung und Nutzung des eRezepts ist ein Meilenstein in der Digitalisierung. 60 Prozent der Bevölkerung sehen ein deutliches Plus für die Umwelt, so eine Umfrage. Gut 2.300 Bäume bleiben jedes Jahr erhalten. Vor der Technik scheuen aber viele zurück. Vorteile werden beim Ausstellen von Folgeverordnungen gesehen. Positiv wird auch das leichte Versenden des eRezeptes über die App bewertet. Apotheken, wie auch Versandapotheken werden schnell erreicht. Apotheken fürchten aber genau das. Aus ihrer Sicht ist es zu einfach, eRezepte in den (meist ausländischen) Versandhandel zu schicken. Sie sehen ihren Standort vor Ort in den Regionen geschwächt. Und die Ärzte sind skeptisch. Jede fünfte Praxis setzt auch heute noch auf das Fax als Kommunikationsmedium. Die positiven Aspekte in der Versorgung liegen aber auf der Hand. Prozesse werden verschlankt. Ärztinnen und Apotheker können sich mehr Zeit für die medizinische und pharmazeutische Betreuung nehmen.

Jan drückt die Daumen dafür, dass alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Digital Natives wie er fühlen sich in der digitalen Welt wohl und werden ihre Ärztinnen und Ärzte vom eRezept überzeugen. Bei Ilse wird Jan mithelfen. Sie wird ab dem nächsten Jahr mit dem Papierausdruck des eRezepts gut zurechtkommen, bis sie sich mit dem Smartphone auskennt. ■

BOSCH BKK

DIGITALE HILFE FÜR PSYCHISCH KRANKE

Von Sarah Kramer, Referentin Politik & Kommunikation

Patienten mit psychischen Erkrankungen müssen hierzulande oft monatelang auf einen Therapieplatz warten – die Corona-Pandemie hat die Kluft zwischen Angebot und Nachfrage noch vergrößert. Die Bosch BKK will jetzt gemeinsam mit Kooperationspartnern Abhilfe schaffen: Im Modellprojekt „PSYCHOnlineTHERAPIE“ bietet die Betriebskrankenkasse des schwäbischen Weltkonzerns Versicherten mit Depressionen und Angststörungen eine internetbasierte Psychotherapie an. Die innovative Methode könnte Versorgungslücken schließen und Betroffene und Therapeuten entlasten.



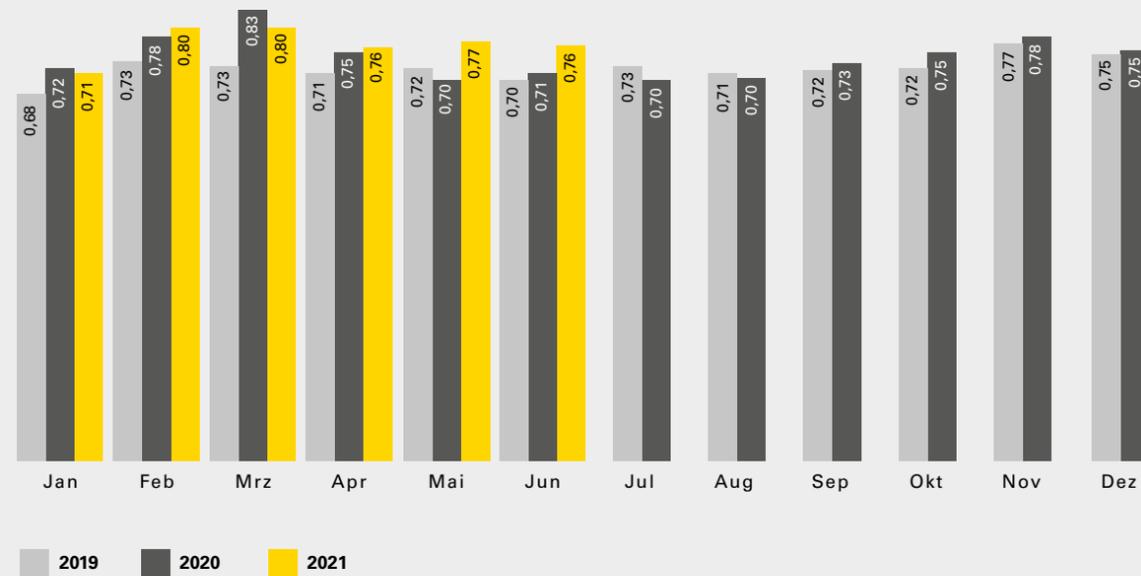
© Fiordaliso/Moment/Getty Images

Ständiger Zeitdruck, ein Todesfall im Freundeskreis, Stress im Job, Ärger in der Familie oder in der Beziehung: Psychische Belastungen lauern im Alltag praktisch überall. Doch längst nicht allen Menschen gelingt es, die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen. Immer mehr von ihnen geraten in eine seelische Krise und erkranken zum Teil schwer. Betroffene sind etwa ständig antriebslos, klagen über Lustlosigkeit, finden über Wochen oder Monate keinen Schlaf, wollen nichts essen, versinken in tiefer Traurigkeit und ziehen sich peu á peu aus dem sozialen Leben zurück. Oftmals können sie ihren Beruf nicht mehr ausüben und fallen am Arbeitsplatz lange Zeit aus.

Allein in der Bundesrepublik leiden nach Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (dgppn) pro Jahr rund 18 Millionen Erwachsene an einer psychischen Erkrankung. Durchschnittlich jeder zehnte Fehltag am Arbeitsplatz geht hierzulande auf ein seelisches Leiden zurück. Daran hat sich nach Daten der Betriebskrankenkassen auch in der Corona-Pandemie im Wesentlichen nichts geändert (siehe Grafik). Allerdings verzeichnet Deutschlands Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem Beginn der Pandemie eine deutlich erhöhte Nachfrage nach freien Therapieplätzen.

Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder für psychische Störungen im Zeitverlauf

2019–2021, Angaben in Prozent



Quelle: BKK Dachverband

Ein Run, den die hierzulande derzeit rund 48.000 tätigen Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zumindest nicht sofort bewältigen können: Selbst wer akut professionelle psychotherapeutische Hilfe benötigt, muss laut aktueller Umfrage des Verbands psychologischer Psychotherapeutinnen (vpp) derzeit elf Wochen auf eine Behandlung warten. Fünf Monate sind es im Regelfall durchschnittlich. Dabei sind die Chancen auf Genesung gerade und bekanntermaßen bei psychischen Erkrankungen dann am größten, wenn diese rasch erkannt und zügig behandelt werden. Doch es gibt Licht am Horizont. Die Bosch BKK bietet 75 erwachsenen Versicherten seit Januar 2021 gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg, der Universität Ulm, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und weiteren Partnern eine internetbasierte Psychotherapie an. Das Programm

„PSYCHOnlineTHERAPIE“ richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Angststörungen ab 18 Jahren und läuft bis zum 30. April 2023. Teilnehmende Erkrankte können in dem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Modellprojekt über eine kennwortgeschützte Plattform zeitlich flexibel und ortsungebunden auf verschiedene sogenannte Selbsthilfeinterventionen zurückgreifen – computergesteuerte Übungen, die Betroffene zu Hause am Rechner selbst durchführen können. Die auf dem Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie beruhenden Lektionen sollen dabei keinesfalls die im Rahmen der Routineversorgung vorgesehenen Sitzungen mit einem Therapeuten ersetzen. Vielmehr streben die Initiatoren mit ihrem Projekt die Verzahnung von herkömmlicher Psychotherapie mit innovativen Therapieformen an. Daher treten ganz im Sinne dieser Blended Therapy auch bei PSYCHOnlineTHERAPIE

Therapeuten mit ihren Patienten in Kontakt und sind somit wichtiger Bestandteil des Programms. Bislang sind 70 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an dem Digitalprojekt beteiligt, weitere können noch bis Juni 2022 dazukommen. Sie legen vor dem Start des Programms fest, welche der 24 zur Verfügung stehenden Interventionen gegen Depressionen, Angstzustände und Phobien und 20 Zusatzmodule zu Themen wie Achtsamkeit, Partnerschaft und Sex, Beruf und soziale Kompetenz im individuellen Fall am besten geeignet sind. Sie können den Fortschritt ihrer Patienten über die Programm-Plattform jederzeit digital verfolgen und bei Bedarf nachsteuern. „Wir müssen Anreize setzen, die klassische therapeutische Arbeit nicht alleine in die Praxen zu fokussieren“, sagt Internistin Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgung und Gesundheit bei der Bosch BKK. „Die Ressource Psychotherapeut ist knapp.“ Digitale Angebote wie „PSYCHOnline THERAPIE“ könnten Therapeuten und Patienten durch die Flexibilisierung und Optimierung von Prozessen entlasten und somit Behandlungskapazitäten freisetzen. Der therapeutische zeitliche Aufwand pro Sitzung ist bei dem innovativen Programm etwas geringer als bei einer klassischen Psychotherapie. Auch seien Onlineinterventionen ein probates Mittel, um die oftmals langen Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz zu überbrücken und die Chronifizierung psychischer Erkrankungen zu

vermeiden. Zudem könnte der Zugang über das Internet helfen, Hemmschwellen zu überwinden, eine Psychotherapie in herkömmlichem Setting zu beginnen und biete Patienten eine „sehr gute, leicht verfügbare Alltagsunterstützung“. Die am PSYCHOnlineTHERAPIE teilnehmenden Erkrankten werden je nach Ausprägung und Schweregrad ihrer Erkrankung einem von drei unterschiedlichen Zweigen mit jeweils 16 Therapieeinheiten zugeteilt. Beim ersten wechseln sich selbstständig durchzuführende Onlineinterventionen mit Sitzungen beim Therapeuten oder per Videoschle ab. Beim zweiten entscheidet der Therapeut über die Zahl digitaler Behandlungseinheiten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer des dritten Pfads gehören zu einer Kontrollgruppe und erhalten eine psychotherapeutische Standardbehandlung. Hier finden alle Therapiesitzungen in der Praxis der Behandelnden statt. Wie effektiv und nachhaltig die jeweiligen Module aufs Individuum wirken, soll eine wissenschaftliche Evaluation zeigen. „Studien belegen, dass Onlineinterventionen im Durchschnitt vergleichbare Effekte wie herkömmliche Psychotherapien erzielen können“, sagt „PSYCHOnlineTHERAPIE“-Projektleiter Harald Baumeister. Der Professor und klinische Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Ulm erforscht seit Jahren, wie wirksam und nachhaltig digitale Medien bei der Behandlung und Vorbeugung von psychischen Erkrankungen sind. „Während sich die Wissenschaft seit zwei

Jahrzehnten mit dem Thema E-Mental-Health auseinandersetzt, sind Selbsthilfeinterventionen hierzulande bislang kaum in die ambulante Versorgung integriert“, sagt Baumeister. Dabei bieten virtuelle Hilfsmittel aus seiner Sicht gerade bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen großes Potenzial. Während manch einer virtuellen Gesundheitsprogrammen eher kritisch gegenübersteht, gibt es beim international aufgestellten und technikgetriebenen BKK-Trägerunternehmen Bosch laut Wimmer von Haus aus eine große Affinität fürs Digitale. Der Stuttgarter Technologie- und Dienstleistungskonzern und seine 440 Tochter- und Regionalgesellschaften beschäftigten nach eigenen Angaben weltweit rund 400.000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in 60 Ländern. Insbesondere die Ingenieure und Ingenieurinnen des Unternehmens halten sich oft Monate oder Jahre lang im Ausland auf. „Gerade in dieser Berufsgruppe aber auch bei Führungskräften ist das Interesse an videobasierter Therapie in der Muttersprache groß“, weiß Katja Wimmer. Auch in der unternehmensnahen, auf Firmengründer Robert Bosch zurückgehenden Robert Bosch Stiftung spielt das Thema Gesundheit neben den Bereichen Bildung und globale Fragen eine herausragende Rolle: Die Organisation setzt sich nach eigenen Angaben für eine Gesundheitsversorgung ein, die an den Menschen und ihren gesellschaftlichen Bezügen ausgerichtet ist und fördert entsprechend ausgerichtete Projekte.

„Über das Internet können wir mehr von denen erreichen, die bislang unterversorgt sind“, ist sich Projektleiter Harald Baumeister sicher. Dazu zählten neben den zahlreichen Therapiewilligen im Wartestand auch all diejenigen, die eigentlich eine Behandlung benötigen, sich aber nicht dazu durchringen können. Laut „Report Psychotherapie 2020“ der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung nehmen hierzulande nur etwa ein Drittel der Patienten mit einer psychischen Diagnose Gesundheitsleistungen in Anspruch.

Wer es dennoch tut, kann sich als gesetzlich Versicherter seit einigen Monaten auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verschreiben und von der Krankenkasse erstatten lassen. Zehn der derzeit 22 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelisteten Apps richten sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen und kosten laut DiGA-Verzeichnis jeweils zwischen 119 und rund 744 Euro. „Selfapy“ etwa bietet digitale Kurse gegen Angst- und Panikstörungen sowie gegen Depressionen, „Invirto“ eine 90-tägige Angsttherapie per App und Virtual-Reality-Brille. Für Patienten mit Ein- und Durchschlafstörungen steht die App „Somnio“ für Alkoholabhängige „Vorvida“ zur Verfügung. Therapeutinnen und Ärzte sind bei diesen virtuellen Gesundheitsanwendungen in unterschiedlichem Maße eingebunden: Während sie bei einigen völlig außen vor sind, fungieren sie bei anderen begleitet als und regelmäßiger Feedbackgeber.

» Wir müssen Anreize setzen, die klassische therapeutische Arbeit nicht alleine in Praxen zu fokussieren.«

Katja Wimmer, Bosch BKK
Abteilungsleiterin Versorgung und Gesundheit

„DiGAs wie diese können funktionieren“, sagt Wissenschaftler Baumeister. Allerdings gebe es bislang keine Daten darüber, ob und in welcher Frequenz Erkrankte die angeforderten und gegebenenfalls aufs Smartphone oder Tablet heruntergeladenen Apps überhaupt nutzen. Bislang müssen DiGA-Anbieter zum tatsächlichen Gebrauch ihrer Apps keine Angaben machen. „Der bloße Download bewirkt beim Patienten aber nichts“, sagt Baumeister. Gerade in der Psychotherapie zeige sich der Mehrwert innovativer digitaler Komponenten erst, wenn diese an bereits vorhandene Versorgungsstrukturen angebunden würden. ■

TEILNAHMEBEDINGUNGEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN AN PSYCHONLINETHERAPIE

An PSYCHOnlineTHERAPIE können praktizierende Psychologische Psychotherapeuten / Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit KV-Genehmigung zur Verhaltenstherapie teilnehmen. Eine weitere Voraussetzung ist die Praxisteilnahme am Selektivvertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PNP-Selektivvertrag) gemäß § 73c SGB V der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK.

GANZHEITLICHE GESUNDHEIT.

NEUE WEGE IN DER VERSORGUNG WAGEN

Von Sigrid König, Vorständin, BKK Landesverband Bayern

Zu viele Menschen vertrauen auf externe Unterstützung im Gesundheitswesen und die Wirkweise von Arzneimitteln oder mechanischer ärztlicher Intervention und geben die Verantwortung für die eigene Gesundheit quasi an der Türklinke der Arztpraxis ab. So wurden wir in den letzten Jahrzehnten sozialisiert. Das Wissen um die eigenen Selbstheilungskräfte schwand, weil es nicht gepflegt wurde. Vielmehr förderten wir ein Maschinenbild des Menschen, der wie ein Auto repariert werden kann. Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie (PNI), der Epigenetik und der Bindungsforschung stellen dagegen den Wert der eigenen Veränderungsmöglichkeiten heraus. Es wird zu untersuchen sein, wie wir die Menschen künftig bestmöglich dahin führen und darin begleiten, neben der klassischen medizinischen Betreuung in eine Veränderung bei sich selbst zu gehen.



© Lana Isabella/Moment/Getty Images

Im Zuge der naturwissenschaftlich geprägten Fortschritte und der fortschreitenden Spezialisierung der letzten Jahrzehnte wurde das medizinische Berufsbild immer kleinteiliger. Dies wird nicht nur an der gestiegenen Anzahl an Fachdisziplinen und der zahlenmäßigen Verschiebung von Ärztinnen und Ärzten in den fachärztlichen Bereich, sondern auch an der intensiven Nutzung von technischer oder pharmakologischer Diagnostik und Therapie deutlich. Im Ergebnis haben diese Entwicklungen großen Einfluss auf die Beziehung zwischen ärztlichem Personal und Personen in ärztlicher Behandlung.

Die drei Forschungsgebiete Psychoneuroimmunologie, Epigenetik und frühkindliche Bindung zeigen uns, weshalb moderne Medizin nur noch mit einer genauen individuellen Auseinandersetzung mit Lebenszusammenhängen von Menschen funktionieren wird. Denn Krankheit ist kein statischer Zustand und ist auch nicht grundsätzlich schicksalhaft gegeben. Das Zusammenspiel von Psyche, Nerven-, Immun- und Hormonsystem entscheidet darüber, ob wir Krankheiten entwickeln und wie wir sie bewältigen. Diese Erkenntnis ist nicht neu, ebenso, dass Stress ein wesentlicher Krankheitsfaktor ist, wenn er dauerhaft und belastend auf uns einwirkt, ganz unabhängig vom Alter (König 2020, S. 4).

PSYCHONEUROIMMUNOLOGIE: GEMEINSAME SPRACHE VON PSYCHE UND IMMUNSYSTEM

Sowohl negative als auch positive innere und äußere Einflüsse wirken ständig auf unsere individuelle Gesundheit. Das Forschungsgebiet der PNI untersucht die Auswirkungen solcher Einflüsse auf Psyche, Nerven- und Immunsystem. Wir wissen heute, dass traumatische Ereignisse oder andauernder Stress dazu führen können, dass die Immunabwehr zusammenbricht und chronische Erkrankungen auftreten. Häufig hören Ärzte Sätze von Betroffenen wie „Das schlägt mir auf den Magen“ (Gefahr eines Magengeschwürs), „das bricht mir das Herz“ oder „das lastet schwer auf meinen Schultern“. Althergebrachte Redewendungen spiegeln oft wider, dass subjektives Erleben einen direkten Einfluss auf unsere Körperprozesse hat. Sie sind eine deutliche bildhafte Sprache für das Thema, bei dem sich der jeweilige Mensch nicht im inneren Gleichgewicht befindet.

Der Arzt und Psychotherapeut, Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, stellt in seinem Buch „Was uns krank macht – Was uns heilt“ viele Beispiele aus seiner therapeutischen und wissenschaftlichen Praxis heraus, die den Zusammenhang von Stress und schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen aufzeigen. So exemplarisch bei einer an systemischem Lupus Erythematodes leidenden Frau. Die

Autoimmunerkrankung, die mit akuten und chronischen Entzündungsreaktionen in Organen und Geweben des Körpers einhergeht, korrespondierte bei der Patientin stets mit seelischen Befindlichkeiten: Der Tod der Mutter und der Tod einer sehr nahestehenden Person führten zum Ausbruch der Erkrankung und zum nächsten größeren Schub. Aber auch Trennungs- und Verlassungsängste, etwa, wenn der Freund der Patientin ohne Ankündigung die gemeinsame Wohnung verließ, ließen die Entzündungswerte ansteigen (Schubert 2016, S. 184 f.)

Für das ärztliche Vertrauensverhältnis ist es von überragender Bedeutung, diese Einflüsse zu kennen. Ebenso wichtig ist aber auch zu wissen, dass jeder Mensch Fähigkeiten zur Mobilisierung individueller Kräfte in sich birgt, um die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegen solche negativen äußeren Einflüsse zu stärken. Die Förderung der Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen dient damit der Förderung der Resilienz und vermeidet chronisch-entzündliche Prozesse im Körper. Weitläufig unbekannt, aber von hoher Bedeutung sind die zehn Kernkompetenzen, die die Weltgesundheitsorganisation für ein Leben definiert hat (WHO 1994). Die Wirksamkeit von Selbstmanagementprogrammen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen konnte bereits in verschiedenen Studien belegt werden (Singer, Bliem & Schubert 2016, S. 93 ff.). Chronisch kranke Menschen

lernen in diesen Programmen, mit ihren individuellen Gesundheitsproblemen besser umzugehen und sie in ihr Leben zu integrieren. Beispiele aus der Praxis mit positiven Belegen kommen unter anderem von der Stanford Universität („Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP“), in Deutschland unter „INSEA“ adaptiert (www.insea-aktiv.de). Wichtig dabei: Bei Selbstmanagementprogrammen steht der Mensch im Mittelpunkt. Im besten Fall wird seine individuelle komplexe Situation genau betrachtet.

EPIGENETIK – AUCH GENE SIND BEEINFLUSSBAR

Auch die Forschungen der Epigenetik stellen die Handlungsmöglichkeiten des einzelnen Menschen heraus. Was uns einmal per Erbinformation in die Wiege gelegt wurde, ist kein unabänderliches Schicksal. Das Erbgut bringt Anlagen mit, die den Grundstock unserer Gesundheit bilden. Jedoch sind die in den Genen gespeicherten Informationen nie alleine entscheidend. Vielmehr beeinflussen unser Lebensstil und Umwelteinflüsse unsere Zellen und damit die Wirkweise unserer Gene. Diese besitzen Rezeptoren, die veränderbar sind. Wie sich diese Rezeptoren schalten, haben wir selbst in der Hand. Gene sind wandlungsfähig und jeder Einzelne hat Einfluss auf seine Gene. Dieser Zusammenhang ist auch für die biologisch-medizinische und die psychotherapeutische Behandlung wesentlich.

Volkskrankheiten, Altersleiden und psychische Krankheiten sind in aller Regel keine Erbleiden sondern beeinflussbar. Ein gesunder Lebensstil wirkt bis in die Kerne unserer ungefähr 30 Billionen Körperzellen. Er steuert die Gene. Jede Zelle hat „Dimmer“, mit denen ihre Aktivität herauf- oder heruntergefahren werden kann (Spork 2017, S. 55 ff.). Eine Lebensstiländerung, beispielsweise durch vermehrte Bewegung, hinterlässt Spuren in den Zellen, im Zellgedächtnis. So entsteht eine Brücke zwischen sozialen und biologischen Prozessen. Das ist auch die Erklärung dafür, dass sich ein gesunder Lebensstil im hohen Alter auszahlen kann. Besonders spannend ist – und dies sei zur Abrundung der immensen Wirkungsweise genannt – dass Gesundheit einen die Generationen überschreitenden Prozess darstellt. Denn nicht nur unser genetisches Erbe, sondern auch unsere Umwelt und unsere Vergangenheit bestimmen Gesundheit und Persönlichkeit eines Menschen. So lassen sich epigenetische Veränderungen beispielsweise bei den Kindern von Holocaust-Überlebenden oder bei Enkeln von Frauen nachweisen, die während der Schwangerschaft mehrfach Gewalterfahrungen machen mussten. Auch in der Krebsforschung zeigt sich zunehmend, dass sich die Zellen während der Reifung über die schier unendlichen Schalter verändern (Baer, Claus & Plass 2013, S. 473 ff.).

BINDUNGSFORSCHUNG – DIE WEICHEN FÜR GESUNDHEIT WERDEN FRÜH GEPRÄGT

Von der Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre werden die Grundsteine für die psycho-emotionale Entwicklung und für die physische Gesundheit gelegt. Es gibt viele Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen der psycho-emotionalen Entwicklung und der psychischen Gesundheit im Alter, aber auch mit körperlichen Erkrankungen zeigen. Erste Bezugspersonen für die psychische und physische Entwicklung der Kinder sind in der Regel Eltern sowie Erzieherinnen und Erzieher. Sie prägen durch eine vertrauensvolle und feinfühligke Beziehung zum Kind dessen lebenslange gesundheitliche Entwicklung.

Psychische und körperliche Krankheiten begünstigen einander. Bekanntermaßen machen schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren in Form von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch u.a. krank. Aber auch mangelnde Zuwendung oder einschneidende Veränderungen im familiären Umfeld erhöhen die Wahrscheinlichkeit, psychisch und körperlich im weiteren Lebensverlauf zu erkranken. (Berkic & Becker-Stoll 2016).

Der Zusammenhang zwischen sicheren Bindungen in der Kindheit und einer gesunden psychischen und auch körperlichen Entwicklung ist wissenschaftlich gut belegt. Langzeitstudien der Bindungsforschung legen dabei nahe, dass alle feinfühligke Erfahrungen, die Kinder in den ersten sechs Lebensjahren machen, einen Beitrag dazu leisten, ob ein Kind sich im weiteren Verlauf gut entwickeln wird – auf sozial-emotionaler, aber auch auf kognitiver und auf gesundheitlicher Ebene (Brisch 2020). Dabei stehen immer die Eltern an erster Stelle – einflussreich sind aber ebenfalls Beziehungen mit Erziehenden und Lehrenden. Wenn diese Beziehungen kontinuierlich und feinfühlig gestaltet werden, können sie die kindliche Entwicklung positiv beeinflussen.

Verschiedenen Studien zufolge nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall, koronarer Herzerkrankung, COPD u.a. zu erkranken um das Zwei- bis Vierfache zu, wenn in der frühen Kindheit mehrere der oben genannten Belastungsfaktoren zusammenkommen, aber im Laufe des Lebens nicht erkannt und verarbeitet werden (Hölling et al. 2014). Wenn Feinfühligkeit und Zuwendung Mangelware im kindlichen Umfeld sind, wird das Kind nur schwer positive Bewältigungsstrategien und einen konstruktiven Umgang mit Stresssituationen erlernen. Sind die soziale Kompetenz und das Selbstwertgefühl eingeschränkt, wird im fortschreitenden Alter oft versucht, diese Defizite durch einen risikoreichen Lebensstil, Nikotin-, Drogen- und Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel zu kompensieren.

WAS ALSO IST ZUTUN?

In jeder Phase menschlichen Lebens kann und sollte Bewusstsein für diese gesundheitsbeeinflussenden Faktoren geschaffen werden. Bereits in der Planung einer Schwangerschaft oder bei werdenden Eltern ist dieses Wissen von unschätzbarem Wert. Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, medizinisches und pädagogisches Personal aber auch andere Tätige in bildungsnahen Berufen sollten dieses Wissen als Kernstück Ihrer Ausbildung erfahren. Auch für Politikerinnen und Politiker wäre eine umfassende Auseinandersetzung mit diesen Zusammenhängen von unschätzbarem Wert, um wichtige Weichen in die für Menschen hilfreiche Richtung stellen zu können. Wenn wir von Health in all Policies sprechen, dann darf es nicht nur um Verhältnis- und Verhaltensprävention gehen. Dann sollte es diesen weiteren Schritt in die tiefen Zusammenhänge des Lebens geben. Denn mit diesem Verständnis und diesem Bewusstsein bekommen der Gesundheitsgedanke und die

» In jeder Phase menschlichen Lebens kann und sollte Bewusstsein für gesundheitsbeeinflussende Faktoren geschaffen werden. «

Wichtigkeit des Abbaus von Stressoren und vielen anderen negativen Einflüssen eine ganz andere Bedeutung. Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind gestresst, wenn sie ihre persönlichen Begabungen, Fähigkeiten und Interessen nicht leben, ihre Meinungen und Überzeugungen nicht kritikfrei äußern oder sich fortlaufend äußeren Gegebenheiten anpassen müssen, die nicht ihrem Glück und ihrer Freude entsprechen. Umgekehrt blühen solche Menschen auf, wenn man sie frei von Vorurteilen gewähren lässt. Dieser kurze Spot soll nur andeuten, in welchen anderen Dimensionen wir unser Zusammenleben denken und lenken könnten, um eine wirklich gesunde Bevölkerung zu entwickeln.

DIE BEHANDLUNGSBEZOGENE KOMMUNIKATION HAT VIEL POTENZIAL

Doch bleiben wir bei den heutigen Realitäten. Diese spielen sich immer noch in den medizinischen Praxen mit chronisch Erkrankten ab. Das Wissen um all die vorgenannten Punkte ist auch wichtig, um die überragende Bedeutung eines einfühlenden medizinischen Behandlungsverhältnisses zu verstehen. Im medizinischen Betrieb der Gegenwart ist dieses Bewusstsein oft verloren gegangen. Das Gespräch kommt in Praxen, Krankenhäusern und allen anderen Orten des Medizinbetriebs zu kurz – auch aus Sicht des medizinischen

Fachpersonals selbst. In der Ausbildung nimmt Kommunikation höchstens eine Nebenrolle ein. Dabei sind sich die Fachleute über die Bedeutung entsprechender Methoden einig und fordern, die Weichen für eine gute Gesprächsführung schon in der medizinischen Grundausbildung zu legen. Ein althergebrachtes paternalistisches Rollenverständnis mit einem – vermeintlichen – medizinischen Wissensmonopol prägte lange Zeit und prägt in großen Teilen noch heute das Medizingeschehen. Passender ist hingegen die von Martin Härter vertretene Einschätzung, dass Mediziner und Medizinerinnen „nur Gäste im Leben der Patienten sind“ (Osterloh 2018, S. 38ff).

PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG – KOMMUNIKATION AUF AUGENHÖHE

Aus den eben genannten Gründen ist es von überragender Bedeutung, dass allen Ärztinnen und Ärzten bewusst wird, dieses medizinische Wissensmonopol nicht zu besitzen. Es besteht ein großer Unterschied zwischen dem Verstehen der Ursachen von Krankheit und dem Behandeln von körperlichen Symptomen. Allzu häufig wird in den Arztzimmern rasche Symptomklärung betrieben, diese aber mit der Ursache der Krankheit gleichgesetzt. Dies ist ein leider zu weit verbreiteter fundamentaler Irrtum. Wenn Ärztinnen

und Ärzte diesen Irrtum verstehen, dann können sie sich auch anders auf den tatsächlichen Heiler der eigenen Gesundheit – den Menschen selbst – einlassen. Dass dies derzeit keine gängige Praxis ist, zeigen folgende Zahlen: Die meisten Patienten wollen nach einer Umfrage im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung von 2014 „gemeinsame Entscheidungen mit ihrem Arzt treffen“. Die Realität in den Behandlungszimmern sieht gleichwohl anders aus: 70 Prozent der Befragten gaben an, noch nie von ihrem Hausarzt in den Entscheidungsprozess einbezogen worden zu sein; bei den Fachärzten lag die mangelnde partizipative Entscheidungsfindung mit 65 Prozent immerhin etwas niedriger (Braun & Marstedt 2014, S. 107 ff.).

Außer in Krisen- oder Notfallsituationen sollte deshalb ein partizipativer Entscheidungsprozess Grundlage jedes Arzt-Patienten-Verhältnisses werden. Deshalb muss Kommunikation einen neuen Schwerpunkt in der medizinischen Ausbildung bilden. Wie dieser aussehen kann, wird unten beschrieben.

MIT COACHING DIE SELBSTWIRKSAMKEIT IM BEHANDLUNGSPROZESS STÄRKEN

Wie kann die so wichtige sprechende Medizin nun möglichst wirkungsvoll eingesetzt werden? Es gibt bereits eine Disziplin, die hierfür geeignete Techniken bereithält: Das Coaching. Coaching ist ein nicht geschützter Berufszweig, der ein Paradebeispiel für gelungenes kommunikatives

Herausarbeiten der Themen eines Menschen sein kann. Dort stehen professionelle Fragetechniken, das ganzheitliche Betrachten des Gegenübers in Sprache, Körperhaltung, Gestik, Mimik und ein feinfühliges Eingehen auf die Belange des Menschen im Mittelpunkt. Coaching-Techniken können auf einer niederschweligen Ebene das Sich-Öffnen eines Menschen sehr fördern und das Bewusstwerden für die eigenen Themen unterstützen. Insbesondere die Möglichkeit des Coachings, das Unterbewusste in jedem Menschen zu erreichen und damit viele Aha-Erlebnisse bei dem, der eine Behandlung in Anspruch nimmt, auszulösen, kann sehr befreiend wirken (Kutschera 2007). Je mehr Kenntnisse der Coach in der Arbeit mit dem Unterbewussten hat, desto erstaunlichere Ergebnisse können erzielt werden.

Das Coaching in die sprechende Medizin einzubinden, kann auf mehrfache Weise geschehen. Zum einen kann eine Coaching-Grundausbildung mit einem Schwerpunkt der Arbeit mit dem Unterbewussten zur verpflichtenden Ausbildung eines jedes Mediziners gemacht werden. Idealerweise sollten bereits in der Schule solche Fähigkeiten vermittelt werden. Das würde vieles an zwischenmenschlicher Kommunikation erleichtern.

Zum anderen gibt es zahlreiche Menschen, die sich nicht in eine formale Psychotherapie begeben wollen und auch nicht begeben müssten, für die es dennoch vorteilhaft wäre, ihre Muster und ihren Lebensstil zu hinterfragen. Diese Menschen sind häufig einem Coaching gegenüber aufgeschlossen. Viele Arbeitgeber haben diese Einstellung erkannt und bieten ihren Mitarbeitern die Möglichkeit eines

Coachings im beruflichen Kontext an. Es ist zu überlegen, wie die wertvollen Möglichkeiten des Coachings im Sinne der PNI, der Epigenetik und der frühkindlichen Bindungswirkung für die eigene Gesundheit breit genutzt werden können.

DIE FÖRDERUNG EINER QUALITÄTSGESICHERTEN MEDIZIN IST ANZUGEHEN

Was also ist zu tun? Schlagwortartig sind folgende Schritte kumulativ erforderlich, um eine dem Individuum gerecht werdende Versorgung zu erreichen:

- Die medizinischen Zusammenhänge, die PNI, Epigenetik oder frühkindliche Bindung werden Kernpunkte der Ausbildungscurricula von Medizinerinnen und sonstigen Berufen im Gesundheitswesen.
- Das Wissen von PNI, Epigenetik oder frühkindlicher Bindung wird Teil jeder Ausbildung in erziehenden Bereichen.
- Junge Menschen werden in Schule und anderen Ausbildungsstätten mit dem Wissen von PNI, Epigenetik und frühkindlicher Bindungswirkung vertraut gemacht.
- Die medizinische Ausbildung wird um Techniken aus dem Coaching – insbesondere der Arbeit mit dem Unterbewussten – angereichert.

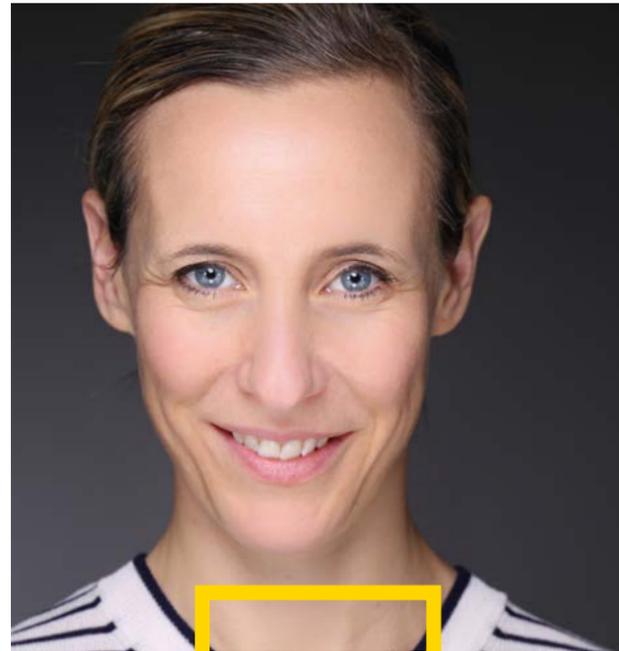
- Die Bezahlung und der Stellenwert von sprechender Medizin werden gefördert, dadurch können überzogene Diagnostik, Apparatediagnostik und Medikamenteneinsatz zurückgefahren werden.
- Tertiärpräventive Ansätze bei Menschen mit chronischen Krankheiten werden gelebte Praxis.
- Selbstmanagementkurse werden auch bei Menschen mit chronischen Krankheiten gefördert.

Gekürzter und teilweise ergänzter Beitrag der Autorin, zuerst erschienen in der Zeitschrift *Ärztliche Psychotherapie* 2021 16(2), 110-115. DOI 10.21706/aep 16-2-110 ■



LITERATURLISTE

Vollständige Liste unter <https://www.bkk-dv/210547>



Frühkindliche Bindung ist elementar für die Entwicklung

Interview mit Dr. Julia Berkic,
Bayerisches Staatsinstitut für Frühpädagogik

Der Mensch lebt nicht vom Brot allein, sondern auch die psychischen Grundbedürfnisse müssen befriedigt werden. Welche psychischen Grundbedürfnisse haben Kinder in den ersten Lebensjahren und warum sind sie gerade für die psychische und physische Kindesentwicklung elementar?

» Es gibt zwei psychische Grundbedürfnisse, die für die Entwicklung in den ersten Lebensjahren sehr entscheidend sind, aber auch weit darüber hinaus: einerseits das Bedürfnis nach Bindung/Zugehörigkeit und andererseits das Bedürfnis nach Autonomie/Selbstständigkeit. Diese beiden Pole sind wie eine Wippe miteinander verbunden: Nur wenn das Bedürfnis nach Bindung erfüllt ist, kann ein Kind, ein Mensch autonom und selbstständig agieren. Das bedeutet: Ein Kind, das sich – egal ob zu Hause oder im Kindergarten, der Schule oder dem Hort – nicht angenommen und sicher fühlt, wird auch eingeschränkt sein in seiner Entwicklung zu einem neugierigen, selbstständigen und unabhängigen Menschen. Verbundenheit ist also die Voraussetzung für Unabhängigkeit – das ist eine sehr zentrale Aussage der Bindungstheorie, die wir in allen unseren Veranstaltungen vermitteln. «

Was verstehen Sie unter einer feinfühligem Beziehung und welche Art von Bezugspersonen brauchen Kinder in ihren ersten Lebensjahren, um feinfühligem Beziehungen aufzubauen?

» Feinfühlig zu sein bedeutet, dass ich als Bindungsperson eine Grundhaltung einnehme, die davon ausgeht, dass ich die Signale eines Säuglings oder Kleinkindes wahrnehme, versuche sie zu verstehen und auch zu beantworten. Dass ich dabei nicht immer auf Anhieb richtig liege, ist nicht dramatisch – wichtig ist die Grundhaltung, dass Kinder mit ihrem Verhalten immer etwas mitteilen wollen und nicht etwa jemanden ärgern oder manipulieren möchten. Entscheidend ist dabei auch, die eigenen Bedürfnisse nicht aus dem Blick zu verlieren: Nur wer in der Lage ist, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, kann auch feinfühlig mit einem Gegenüber umgehen.

Zudem ist entscheidend, auf die negativen Gefühle von Kindern wie Traurigkeit oder Wut einzugehen und immer wieder bei der Regulation dieser Gefühle zu helfen – nur dadurch entwickeln Kinder die Fähigkeit, selbst irgendwann mit diesen Gefühlen gut umgehen zu können. Das üben wir in unseren Veranstaltungen mit Eltern und Fachkräften gleichermaßen. Ein guter Umgang mit Gefühlen wirkt sich übrigens auch positiv auf eine günstige Gehirnentwicklung aus, dazu haben wir inzwischen seit Jahrzehnten spannende Daten auch aus der Gehirnforschung. Feinfühlig zu sein bedeutet also eine gute Investition in die emotionale und auch kognitive Entwicklung von Kindern. «

Sie bieten im Rahmen eines Präventionsprojekts mit dem BKK Landesverband Bayern und seinen Mitgliedskassen seit 2016 das Projekt Feinfühligkeit an Kindergärten und Grundschulen an. Was sind die Inhalte und wie ist die Resonanz bei Eltern, pädagogischem und lehrendem Personal?

» In unseren Inhouse-Workshops mit Fachkräften und bei den Elternabenden vermitteln wir grundlegendes Wissen über die Entstehung von Bindung und was feinfühliges Verhalten konkret im Alltag mit Kindern verschiedenen Alters bedeutet. Wir behandeln aber auch Themen wie Grenzen-Setzen, die Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie den Sinn und Unsinn von Belohnungs- und Bestrafungssystemen. Wir spielen dabei immer Situationen durch, die alle Eltern oder Fachkräfte betreffen und versuchen die Perspektive der Kinder mit in das Denken der Erwachsenen einzubeziehen.

Das Feedback von Seiten der Pädagogen und Eltern ist überwiegend sehr positiv und die Nachfrage überwältigend, meist sind wir über ein Jahr im Voraus ausgebucht und oft hören wir „das hätte ich alles gerne schon viel früher gewusst!“ «



Erkenntnisse der Epigenetik in der Behandlung nutzen

Interview mit Dr. Manuel Burzler
Deine Mindbase

Sie sind Arzt und haben eine Ausbildung als systemischer Coach. Bei Ihrem ganzheitlichen Therapieansatz greifen Sie auf Erkenntnisse der Epigenetik zurück. Was ist darunter zu verstehen? Wie weitreichend können wir darüber Einfluss auf unsere Gesundheit nehmen?

» Für mich gehört die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen zu der Rolle des Arztes. Aus diesem Grund habe ich mich schon früh dazu entschlossen, mich nicht nur in der klassischen Schulmedizin, sondern nebenher auch zum systemischen Coach auszubilden. Dafür müssen wir die Patientin oder den Patienten nicht nur aus körperlicher Perspektive, sondern auch aus unterschiedlichen Perspektiven anschauen.

In meinem klassischen Medizinstudium habe ich über Epigenetik nichts gehört. Vielmehr wurde uns gelehrt, dass wir von unseren Genen abhängig sind bzw., dass unsere Gene geerbt und unbeeinflussbar sind. Aber nur circa ein Prozent der Erkrankungen sind wirklich genetisch fest vorbestimmt. Es gibt bestimmte Mechanismen in unserem Körper, die bestimmen, welche Gene abgelesen werden und welche nicht. Diese Mechanismen können wir positiv für uns beeinflussen, etwa durch Bewegung, Ernährung, einen gesunden Lebensstil, wenig Stress, Psychohygiene. Das ist unter Epigenetik zu verstehen. «

Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang der Umgang mit Stress?

» Wenn uns bewusst ist, dass jeder Gedanke, jede Emotion Einfluss auf unsere Genaktivität hat, ist das eine ganz andere Betrachtungsweise, als die uns aus der klassischen Medizin bekannte.

Der Stressfaktor ist einer der bedeutendsten aktuell in unserer Gesellschaft. Wir denken dabei oft an psychischen Stress oder Stress im Beruf. Aber wir vergessen immer, dass es nicht nur um emotionalen und psychischen Stress geht, sondern eher um körperlichen Stress. Viele Menschen machen exzessiv Sport, sie geraten dadurch zusätzlich unter Stress, was wiederum auch weitreichende Folgen haben kann.

Vergessen werden auch die vielen anderen Stressarten, die wir auch noch in unserem Körper haben können. Wir leben in einer Welt, in der der ganze Körper durch chemischen Stress beeinflusst wird und damit zurechtkommen muss. Darunter verstehe ich zum Beispiel Umweltgifte durch Luftverschmutzung oder im Essen durch Pestizide und Insektizide. Der Körper muss immer wieder entgiften und das stresst ihn auch. Lärm spielt als Stressfaktor auch eine Rolle, das merkt man in Großraumbüros. Auch die Informationsflut, etwa durch das Handy, kann uns stressen. «

Unser Gesundheitssystem steht fest im Rahmen des fünften Sozialgesetzbuches und orientiert sich hinsichtlich Leistungsangebot und der Finanzierung an der klassischen Schulmedizin. Was müsste sich systemisch ändern, damit die Erkenntnisse der Epigenetik in die Versorgungspraxis kommen können?

» Wir wissen ja, dass sich ein gesunder Lebensstil durch Ernährung und Bewegung und Stressreduktion positiv auf unsere Gesundheit auswirkt. Die Krankenkassen unterstützen dies über Präventionsinitiativen im Sinne gesundheitsfördernder Lebensstilveränderungen. Doch der Umweltmedizin, die sich mit Belastungen durch chemischen Stress auseinandersetzt, wird noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei hat auch chemischer Stress weitreichende, eventuell auch epigenetische Folgen.

Wenn man weitreichend denkt, dann müsste man sich fragen, ob man in dieses Gesundheitssystem noch ganz andere Veränderungen hineinbringen müsste. Meine Vision ist, dass vermehrt Epigenetik-Coaches ausgebildet werden, die sich um die ganzheitliche Gesundheit kümmern. Diese Coaches helfen den Patientinnen und Patienten, einen gesunden Lebensstil einzuschlagen.

Denn wir reden hierbei von Prävention und durch Lebensstil veränderbare Faktoren, die klassische Erkrankungen, wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes reduzieren können. «

DER HIHC IN LEIPZIG

HEALTH INSURANCE HACK&CON

Von BKK young talents

Gesundheit in der Hosentasche? Die dritte Auflage des „Health Insurance Hack&Con“ sollte im September brauchbare Vorschläge liefern, um den Endverbrauchern im Gesundheitssystem – also GKV-Versicherten und Patient:innen das Leben zu vereinfachen. Die BKK youngtalents waren zu fünft dabei, um den aktuellen Stand von Digitalisierung und Big Tech im deutschen Gesundheitssystem auszuloten sowie Lösungen für die Herausforderungen der Krankenkassen zu entwerfen. Einen Hauch von Hackathon liefert dabei der nachfolgende Bericht.



© Frank Lochau | #HIHC2021

Morgens halb zehn in Deutschland. Mit Aufregung im Bauch beginnt unsere Reise. Ein ungewohntes Gefühl unterwegs zu sein. Der Bahnhof nach wie vor trist und grau. Ein halbvoller Zug, es geht nach Leipzig. Die dritte Auflage des Health Insurance Hack&Con findet statt. Eine Veranstaltung für all jene, die Neues lernen und Veränderungen vorantreiben möchten. Die Vorfreude steigt. Wen trifft man wieder? Wen lernt man kennen? Was erwartet uns?

Leipzig kommt in greifbare Nähe. Begrüßt werden wir von Sonnenschein und sommerlichen Temperaturen. Erste Station: Hotel. Kurzes Sortieren, E-Mails checken – ein Hoch

auf mobiles Arbeiten – und weiter geht es zu den Design Offices am Augustplatz. Viele vertraute Gesichter verbergen sich hinter den unendlich unterschiedlichen Masken. Man verliert sich in Gesprächen mit den Teilnehmenden. Die Stimmung ist gut. Jetzt erstmal mit den anderen YoungTalents austauschen.

Für alle Neulinge gibt es einen Vorab-Workshop „How to: Hackathon“. Hier werden grundsätzliche Abläufe erklärt, zielführend Arbeitsmethoden vorgestellt und das richtige Zeitmanagement vermittelt. Die Zeit bei einem Hackathon ist nämlich begrenzt, sehr sogar.

Die BKK Young Talents haben in Leipzig für drei Fragestellungen Lösungen erarbeitet

CHALLENGE #1

ANGEHÖRIGE: ERFOLGSFAKTOR FÜR VERSORGUNGS- UND GENESUNGSPROZESS?

LÖSUNG

Best Buddy App. Ein Netzwerk zur Unterstützung beim Therapieverlauf der psychischen Erkrankung Ihres Kindes.

Die Best Buddy App ist eine Plattform bzw. ein Helfernetzwerk, in der/dem alle Informationen zum Behandlungsverlauf der psychischen Erkrankung des Kindes gesammelt werden. Der Patient entscheidet, welche Personen in dieses Netzwerk mit aufgenommen werden sollen. Die Plattform enthält Einsicht in den Therapieverlauf, einen Wissenspool zu der Erkrankung mit entsprechenden Handlungsempfehlungen für Angehörige, diverse Ansprechpartner und auch einen Kalender mit Aufgaben, die generiert werden können. Der Patient wird somit optimal von allen Schnittstellen unterstützt.

Die Zeit verstreicht und die Design Offices füllen sich nach und nach. Überall angeregte Gespräche, lachende Gesichter. Spannung und Neugierde liegen in der Luft. Allmählich setzen sich die einzelnen Gesprächsstrauben in Bewegung und finden sich vor der Bühne ein. Die Veranstaltung startet mit einem Kick-off und einer Vorstellung der zwölf Praxis-Fragestellungen der Partnerkassen (u.a. Siemens-Betriebskrankenkasse, Viactiv Krankenkasse). Nach den Pitches folgt nun die schwere Entscheidung. Für welche Herausforderung entscheidet man sich? Wo kann man seine Fähigkeiten lohnend einbringen? Wer hat hervorragend gepitcht und konnte die Teilnehmenden für sich gewinnen?

Im gesamten Raum sind die Fragestellungen verteilt. Sobald die Entscheidung für ein Thema getroffen ist, klebt man seinen Namen auf das gewünschte Plakat. Es hat ein wenig was von „Revier markieren“. Vor dem Wunschthema stehen schon einige Hacker und Hackerinnen. Alle sind neugierig und unglaublich motiviert. Die Gruppen sind vollständig. Wir werden von den Organisatoren in eigenen Konferenzräumen verteilt. Das sind also die Arbeitsplätze für die nächsten vierzig Stunden. Die Ausstattung kann sich sehen lassen: Sitzzecke, Tische, Whiteboards und Teeküche - hier wurde alles auf Kreativität ausgerichtet. Die Kolleginnen und Kollegen auf Zeit fühlen sich wohl. Der bequemste Platz ist bereits reserviert (Mist!). Zu Beginn stellen sich

CHALLENGE #2

DER CHANGE IM KUNDENSERVICE – DIGITALE SERVICES

LÖSUNG

Frag Clari! Ein Begleitungsstool für digitale Anwendungen am Beispiel der ePa.

Es hilft den Kundenberater bei Fehlern oder Problemstellungen der Kunden mit einer virtuellen Leitfadenanleitung. Der Berater wird Schritt für Schritt durch den angelegten Prozess geführt und am Ende wird die passende Lösung angezeigt. Sollte keine Lösung gefunden werden, leitet das lernende System den Kundenberater vom 1st in das 2nd Level, nämlich zu den Fachexperten der Krankenkasse, weiter. Zusätzlich kann der User über Frag Clari! eine Chatbot Funktion nutzen. Hier werden individuelle Fragen schnell durch die KI beantwortet. Somit kann die Beratungsqualität der Kundenberater erhöht, die jeweilige Fachabteilung entlastet und der Kunde bestmöglich zufriedengestellt werden.

alle vor und teilen mit, warum sie genau an diesem Thema arbeiten wollen. Die Teams sind interdisziplinär aufgestellt. Es gibt Teilnehmende aus Krankenkassen, IT-Fachkräfte oder Personen mit medizinischem Background. Eine bunte Vielfalt an Fachwissen und Expertise sitzt hier zusammen. Die Hoffnung, einen der diesjährigen Preise des Hackathon zu ergattern, keimt auf. Startschuss! Es braucht Organisation, um die extrem knappe Zeit möglichst effizient zu nutzen. Das Whiteboard – welches die ganzen drei Meter des Büros bedeckt – scheint höchst attraktiv für dieses Vorhaben zu sein. Ein Ablaufplan entsteht. Welche einzelnen Schritte sind notwendig? Welches Ziel wollen wir mit welcher Methode erreichen? Selbstmanagement nennt man sowas. Sehr sinnvoll, auch außerhalb eines Hackathons.

Tempus fugit. Nachdem alle Teilnehmenden ihre Komfortzone verlassen und wir unseren Plan erstellt haben, greift dieses lästige Hungergefühl um sich. Endlich essen – auch hier gibt es kein anderes Thema als die bevorstehenden

Herausforderungen. Einige Teilnehmende tun es uns gleich, andere Gruppen kehren wiederum zu ihren Workspaces zurück. Sie haben anscheinend den zeitlichen Ernst der Lage erkannt. Apropos ernst, das Brainstorming steht an. „Mind feel free“ ist die Devise. Jeder Gedanke, sei er noch so abwegig, ist erlaubt. Keine Bewertungen. Kritik oder ein „aber die Aufsicht“ sind Verbotsschilder aus der Zeit der grauen Gedankenträger. Auf einmal erscheinen die riesigen drei Meter Whiteboard zu klein für unsere Ideen. Dank der Vollausstattung der Workspaces kleben wir die Wände zu mit Flipcharts. Unsere eigene Kreativität, ausgelöst durch die späten Abendstunden oder das erste Glas Wein, überrascht und wiegt uns in seelenruhiger Siegesgewissheit. So kann man den ersten Tag beruhigt abschließen.

Donnerstag, halb neun. Frühstücksraum im Design Office Leipzig. Muntere, zerkrantschte und auch ernste Gesichter sind vorzufinden. Der Vortag verlief offensichtlich bei jedem Teilnehmenden anders. Für die Trauer um fehlenden

CHALLENGE #3**MIT INDIVIDUELLEN GESUNDHEITZIELEN GESUND BLEIBEN UND GESUND WERDEN****LÖSUNG****myBony. Eine personalisierte Bonus App aller GKV Versicherten.**

Die App lernt den User zunächst durch einfache Patterns und Abfragen kennen und typisiert diesen. Hierbei erhält der Nutzer diverse Vorschläge. Es kann also genau definiert werden, welche individuellen Gesundheitsziele dieser erreichen will und auf welchem Weg. Nach der Typisierung werden verschiedene auf den User angepasste Übungen (Bsp. Meditation) oder Challenges (Bsp. TikTok) vorgeschlagen. Schließt man ein Programm erfolgreich ab, wird man mit personalisierten Rewards bzw. Bonis belohnt. Durch die Marktmacht der App können die verschiedensten Partner kostenneutral eingebunden und somit der User Value mit dem Business Value verbunden werden. Eine Werbepattform für attraktive Partner, welche wiederum das bieten, was in der Lebenswelt der Nutzer ankommt.

Schlaf bleibt keine Zeit. Es geht zurück in den Workspace. Während die anderen Teilnehmenden noch die Arbeit von gestern bewundern – ja, das war wirklich gut – schnapp ich mir den bequemsten Platz (Hehe). Das haben wir gestern alles noch gemacht? Erfreulich und beängstigend zugleich. Wir priorisieren unsere Ideen, auch wenn es weh tut. Im Fachjargon könnte man sagen „Kill your Darlings“. Es hat sich gelohnt, fällt es nun doch viel leichter Handlungsleitfäden abzuleiten und die Praktikabilität zu prüfen. Ideen werden konkreter. Jede und jeder Teilnehmende hat etwas wertvolles beizutragen. Die IT-Spezialisten legen los, um digitale Lösungen zu schaffen, Kundenberaterinnen berichten aus ihrem Alltag und die vom Hackathon bereitgestellten Coaches geben motivierende Anleitungen. Die bisherigen Arbeitsergebnisse geben uns Selbstbewusstsein und wir nutzen die Mittagspause, um zu entschleunigen und an den Türen der anderen Arbeitsgruppen zu klopfen. Die Ausarbeitungen können sich sehen lassen. Es ist faszinierend, wie viel innerhalb von vierzig Stunden bewegt werden

kann. Zögerlich verlassen wir die Gemütlichkeit der Mittagspause. Kurzer Review – was haben wir bisher erreicht und welcher Weg liegt noch vor uns? Der Ablaufplan wird aktualisiert, bestehenden Probleme diskutiert. Die Lösung wird mit der Zeit immer kleinteiliger, doch langsam kommen wir ins Stocken. Drehen wir uns im Kreis? Wo war noch gleich die Kreativität geblieben? Wir brauchen frische Luft. Ein kleiner Spaziergang ist genau das richtige, um dem Mittagstief entschlossen entgegenzuwirken. Schnell die Gedanken sortieren und mit neuem Schwung an die inhaltliche und detaillierte Ausarbeitung. Mehrwerte gilt es zu generieren. Das Ziel rückt näher.

Gegen Abend steht die finale Idee bei allen Gruppen (sh. hierzu die Infokästen). Wir sind uns sicher, unsere Lösung ist die Antwort auf die genannte Fragestellung. Allerdings will die Lösung auch präsentiert werden. Irgendwas war da noch mit Publikumspreis. Die IT-Spezialisten kümmern sich um einen Klick-Dummy. Marketing- und

Vertriebsspezialisten eruieren, welche Verkaufsstrategie Begeisterung bei der Jury verspricht. Die Ressource Zeit schwindet erbarmungslos. Wer hätte gedacht, dass vierzig Stunden doch so wenig sind? Wir schaffen das! Dank Gliederung und Konzentration auf Teilaufgaben lässt sich ein Pitch mit der favorisierten Lösung sehr gut realisieren. Zufriedenheit breitet sich aus. Das Abendessen darf genussvoll zu sich genommen werden und es bleibt sogar genug Zeit das Abendprogramm des Veranstalters zu begleiten: „Die Nacht des beruflichen Scheiterns.“ Drei Personen berichten aus ihrem beruflichen Alltag, über Missgeschicke und Fehler. Das Ziel? Eine gesunde Fehlerkultur zu stärken, fernab von Schande. Fehler als das zu erkennen, was sie sind - eine notwendige Erfahrung für Wachstum und Erfolg. Humor und Selbstreflexion zeichnen die Vorträge aus. Ein Bekenntnis zu seinen Fehlern und deren offene Kommunikation erfordert Mut, viel Mut. Es zeigt uns aber auch, dass man viel aus seinen Fehlern lernen kann. Fehler sind da, um gemacht zu werden, um aus ihnen zu lernen. Diesen Abend lassen wir gemütlich ausklingen.

Freitag. Neun Uhr. Der letzte Tag. Dank eines US-amerikanischen Unternehmens, das auf Kaffeeprodukte spezialisiert ist, erscheint man hellwach an seinem Arbeitsplatz. Die Deadline steht, denn bis elf Uhr müssen die Präsentationen abgegeben sein. Zeit für den Feinschliff. Ein Teil kümmert sich um die Präsentation, der andere um den Klick-Dummy. Abschlussarbeiten stehen an, gespickt mit reger Diskussion um die ideale Präsentation. Wer präsentiert, war von vornherein klar. Wozu hat man Vertriebler im Team? Der Pitch wird mehrfach geprobt und die Zeit wird gemessen. Maximal drei Minuten plus zwei Minuten Dummy-Präsentation sind vorgegeben. Konstruktive Kritik wird geäußert und die Präsentation finalisiert. Kurz vor elf wird die Datei auf die interne Veranstalter-Plattform hochgeladen. Der

Upload ist abgeschlossen. Zum Glück. Jede Faser des Körpers entspannt sich, bis auf die des Vortragenden. Für fast alle gibt es nun nichts mehr zu erarbeiten, nicht zu überarbeiten, einfach nichts zu tun. Leichtfüßig verlässt man den Workspace und schließt sich wieder mit den anderen Talents zusammen.

Elf Uhr – jetzt stehen die Pitches an. Jede Arbeitsgruppe stellt der Jury aus Kassenvertretern ihre Lösung vor. Drei Preise werden ausgelobt. Der größte Kundennutzen, bestes gesundheits-ökonomische Prinzip sowie die innovativste Lösung. Alle drei Preise sind mit 1.000 Euro Preisgeld dotiert. Wer jetzt noch keine intrinsische Motivation entwickelt hat, für den ist ein Hackathon dann doch der falsche Ort. Siegesgewiss geht man gedanklich seinen Pitch nochmal durch. Man weiß was man sagen will und hat seinen Koffer mit Argumenten im Kopf. Los geht's „Show Time“. Nach 5 Minuten ist alles vorbei. Nachdem alle Gruppen ihre Ergebnisse präsentiert haben, sammelt sich die Jury. Zwischenzeitlich gibt es noch einen Publikumspreis. Über 100 Personen stimmen ab und es entwickelt sich ein Kopf-an-Kopf-Rennen. Glückliche Gewinner werden anschließend verkündet. Allgemeines Nicken, donnernder Applaus brandet auf. Tränen kullern (fast).

Abschlussmittag mit allen Talents. Die Pitches sind vorbei und waren sehr inspirierend. Mit Humor und Leichtigkeit berichten wir über unsere letzten Tage. Wir sind erleichtert. Ohne Frage waren die letzten Stunden kräftezehrend. Haben wir unser individuelles Ziel erreicht? Wir denken schon. Es ging darum, seine Komfortzone zu verlassen, neue Arbeitsmethoden zu entdecken und in der Gruppe über sich hinauszuwachsen. Mit diesem zufriedenstellenden Wissen lassen wir Leipzig hinter uns. Bis zum nächsten Hackathon, eine Erfahrung, die wir nicht missen möchten. ■

GESCHRIEBEN VON

Anna Baumgartner, Audi BKK
Tim Geweke, Daimler BKK
Marlina Göking, BKK Melitta Plus
Susanne Huber, Siemens Betriebskrankenkasse
Markus Wulfert, BKK Melitta Plus



EINFACH MEHR GELD FÜR ALLE? NEIN.

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Von Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands

Das deutsche Gesundheitswesen ist wie kaum ein anderes System der Welt in Sektoren zersplittert, die nach jeweils eigenen Regeln gesteuert oder sich selbst überlassen werden. Das gilt für das Organisations- und Leistungsrecht ebenso wie für die Vorhaltung der Kapazitäten, für die Finanzierung der Investitionen und die Honorierung der erbrachten Leistungen. Seit mehr als 40 Jahren wird an der Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer, kurativer und rehabilitativer Versorgung politische, gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Kritik geübt. Fast ebenso lange bemüht sich der Gesetzgeber, mit in der Regel mäßigem Erfolg Brücken zwischen den Sektoren zu schlagen, um eine ganzheitliche Patientenversorgung ohne Brüche zu gewährleisten und Ressourcenverschwendung an den Schnittstellen einzudämmen. Das deutsche Versorgungssystem ist zunehmend geprägt von betriebswirtschaftlichen Optimierungen, die nicht selten zulasten der Qualität gehen und von einem kalten Strukturwettbewerb, der oft adverse gesundheitspolitische Folgen auslöst. Ein „Weiter so!“ ist selbst für vermeintliche Gewinner kalter Strukturveränderungen keine strategische Option mehr. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund knapper Kassen von Staat und Sozialversicherung.

Es ist daher den Herausgebern und den Autorinnen und Autoren hoch anzurechnen, diese Realitäten anzuerkennen und nicht reflexhaft nach mehr Geld aus den Taschen von Steuer- und Beitragszahlern zu rufen, wie es bewährte Tradition bei den Mitgliedern der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist und leider allzuoft von Bund und Ländern goutiert wurde. Der Sammelband ist vielmehr ein so energisches Plädoyer für eine mutige Veränderung der Strukturen und eine patientenorientierte Steuerung der Prozesse, wie es bisher von

Benedikt Simon und Nicolas Kramer
ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG -- VORSCHLÄGE UND KONZEPTE AUS DER PERSPEKTIVE DER STATIONÄREN LEISTUNGSERBRINGER
Verlag Springer Gabler
Wiesbaden 2021, 301 Seiten
ISBN 978-3-658-33006-4



Krankenhausmanagern nur selten laut zu hören war. Auch über die Instrumente zur Umsteuerung sind sich die Expertinnen und Experten weitgehend einig: Integrierte Versorgung als Regelfall, Konzentration, Spezialisierung und Vernetzung der Einrichtungen, Ambulantisierung und Personalisierung der Medizin, konsequente Durchsetzung der digitalen Transformation.

Der Sammelband enthält Beiträge aus der Sicht unterschiedlicher Organisationen und Professionen. Die verschiedenen Krankenhausträger - öffentlich, freigemeinnützig, privat - kommen ebenso zu Wort wie die unterschiedlichen Krankentypen - Universitätsklinik, Maximalversorger, Regelversorger, Grundversorger, Psychiatrie, Rehabilitationseinrichtung. Die Sicht der niedergelassenen Ärzte und die der Krankenkassen werden ebenfalls einbezogen. Auch finanzierende Banken und beratende Unternehmen präsentieren Vorstellungen von einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem. Angesichts dieses wirklich großen Wurfes ist es verzeihlich, dass einzelne Beiträge unsachliche Kritik an Politik und Krankenkassen enthalten oder auf Wettbewerbsvorteile für das eigene Unternehmen spielen.

Wer immer sich an der Debatte um die unabweislichen Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen beteiligen will oder muss, der oder die kommt an den Vorschlägen der an diesem Buch beteiligten Autorinnen und Autoren nicht vorbei. Endlich kommen aus den Reihen der Leistungserbringer wieder konstruktive Beiträge statt der simplen Forderung nach mehr Geld für alle.

AB INS REGAL

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 5 | 2021

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 05. Oktober 2021
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

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

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

Bildnachweis:
Titelbild: © piranka/E+/Getty Images, S. 7, 19, 25, 31: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 43: © Frank Lochau | #HIHC2021

