

Betriebs  
Krankenkassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

NEUE KOALITION – NEUER KANZLER

# Leinen Los!

■ **KOALITIONSVERTRAG**  
Fortschritt wagen. Der  
Leitartikel lotet aus,  
was möglich ist

■ **WAS BRAUCHT  
GESUNDHEITSPOLITIK?**  
Franz Knieps im Gespräch zur Agenda  
der neuen Legislaturperiode

# Editorial

Verheißungsvolle Versprechen, hehre Absichten und große Gesten – wie jene, den Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP im Tagungszentrum Futurium zu unterzeichnen. Aufbruchstimmung will die Bundesregierung von Kanzler Olaf Scholz sichtbar machen, auch im entschleunigten, verkrusteten deutschen Gesundheitssystem. „Aufbruch in eine moderne sektorübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“ will der Koalitionsvertrag. Das wäre beinahe schon schiefgegangen. Inmitten der Pandemie, die uns den zweiten Winter fest im Griff hat, ist der Bundeskanzler aus der Flughöhe ambitionierter Ziele hineingestolpert in eine grausame Wirklichkeit mit sterbenden Menschen auf überlasteten Intensivstationen. Als die Virologen verzweifelt drängten, etwas zu tun, wollte sich keiner auf einen Namen für die Nachfolge im Bundesgesundheitsministerium festlegen. Es ging um den wichtigsten Posten in der nächsten Regierung, während den Landkarten mit den rasant steigenden Inzidenzwerten nach dunkelviolet und schwarz die Farben ausgehen. Unter diesem öffentlichen Druck ist eine bemerkenswerte Entscheidung gefallen für Karl Lauterbach. Einer, der am Tag 1 loslegen kann und sich nicht erst einarbeiten muss.

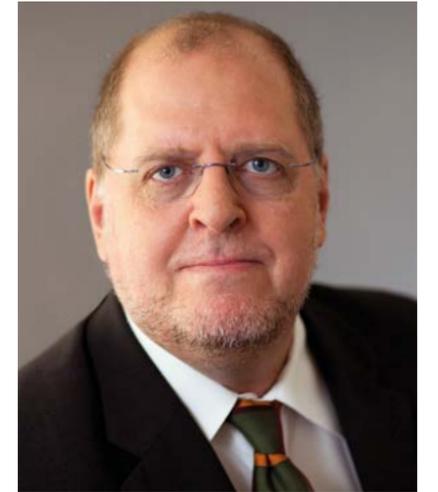
Verstehen wir das als Weckruf! Gesundheitspolitik braucht genau das: Wille zur Entscheidung und Mut zur Veränderung. Denn es geht darum, rasch die großen Baustellen anzugehen: Ganz schnell bessere Bedingungen für die Pflege. Jede Pflegefachkraft, die jetzt wegen der für Patienten und Personal bedrohlichen Arbeitsbedingungen aufgibt, drückt auf die Zahl der verfügbaren Intensivbetten. Die Krankenhauslandschaft muss jetzt aktiv gestaltet und nicht mehr der Erosion durch Fachkräftemangel überlassen werden. Es muss jetzt ein Bund-Länder-Pakt für eine Krankenhausstrukturreform geschmiedet werden. Klare Planung, eine darauf ausgerichtete Investitionsfinanzierung, eine klare Definition von Versorgungssicherheit, eine sektorenübergreifende Vergütung, klare Anreize für mehr ambulante Behandlung, mehr Gestaltungsfreiheit in den Regionen für Krankenkassen und Leistungserbringer. So sieht ein Rahmen aus, in dem sich effizientere Krankenhausstrukturen erreichen lassen. In einer echten integrierten Versorgung steckt viel Potenzial.

Dafür brauchen wir klare Zielbilder. Wir müssen Versorgung konsequent vom Versicherten denken. Erkennen wir die Chancen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, die folgerichtige Innovation und mehr Tempo bei der Digitalisierung bieten. Apps, die Menschen helfen ihre Gesundheit zu managen, mit einer Krankheit umzugehen oder wichtige Arzttermine im Blick zu behalten, müssen ebenso selbstverständlich werden, wie das papierlose e-Rezept, die digitale Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit oder Videosprechstunden, die in der Pandemie ihren Praxistest bestanden haben.

Die Personalsituation in Kliniken und Pflegeheimen zu verbessern und Pflege auch für Betroffene finanziell und strukturell zu sichern, gehört zum Aufbruch im Gesundheitssystem, ebenso wie mit dem AMNOG den Krankenkassen Möglichkeiten zu erhalten, die Arzneimittelpreise zu begrenzen. Es ist gut, dass die Initiative der Betriebskrankenkassen aufgegriffen wurde, mehr Qualitätstransparenz in der GKV herzustellen. Denn mehr Service- und Versorgungsleistungen zu haben, statt allein den Wettbewerb um den Preis, hilft Versicherten und Patienten.

Ob die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung für alle geplanten Vorhaben reichen, muss sich erst noch erweisen. Der Koalitionsvertrag lässt zumindest erahnen, dass diese Regierung erkannt hat, etwas für Sicherung der GKV-Finanzien tun zu müssen. Hier reicht das Vereinbarte noch nicht aus.

**Ihr Franz Knieps**



**FRANZ KNEIPS**

Vorstand des BKK Dachverbandes

**GESUNDHEIT UND POLITIK**

**DER KOALITIONSVERTRAG:  
MEHR FORTSCHRITT GEWAGT?**

Flughöhe und politische Prosa zeigen: Der Koalitionsvertrag mit seinem Kapitel Gesundheit und Pflege ist kein detailliertes Werk, an dem sich der Gesundheitsminister abarbeiten kann. Fortschritt wagen ist der Anspruch, konkrete Schritte sind eher vorsichtig angedeutet. Es wird also darauf ankommen, wie viel Mut und Energie der neue Gesundheitsminister aufbringen wird, daraus ein Zielbild zu entwerfen, das auch in die nächste Legislaturperiode trägt. Der Leitartikel lotet aus, was möglich ist.

**Seite 6**



**GESUNDHEIT UND POLITIK**  
WAS GESUNDHEITSPOLITIK  
JETZT BRAUCHT: MEHR MUT!

Acht Jahre lang hat Dr. Roy Kühne im Bundestag das Gesundheitswesen mitgestaltet. Jetzt ist er wieder Unternehmer und spricht mit Franz Knieps zur Agenda der neuen Legislaturperiode. Und über den Mut, alte Zöpfe abzuschneiden und sich mit den Akteuren anzulegen, den der Gesundheitsminister braucht. **Seite 26**



**GESUNDHEIT UND POLITIK**  
ZUKUNFT DER PFLEGE IM  
KRANKENHAUS

Mangelnde Personalausstattung, Arbeitsverdichtung und hoher Zeitdruck wurden in der Pflege lange hingenommen – in der Pandemie drückt der Pflerix auf die Zahl der verfügbaren Intensivbetten. Können wir evidenzbasierte Pflege in Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Gesundheitsschutz der Pflegefachkräfte übersetzen? **Seite 38**



**UNTERNEHMEN**  
MIELE BKK: IMPULSGEBER FÜR  
GESUNDHEIT

„Es ist ein Wettbewerbsfaktor für uns, dass wir und die BKK so nahe beieinander sind, räumlich, gedanklich und in der Marke“ sagt Rebecca Steinhage, Personalchefin der Miele Gruppe. Wie kann der ostwestfälische Hausgerätekonzern den strategischen Wert Gesundheit gemeinsam mit seiner Betriebskrankenkasse abbilden? **Seite 66**

**6** **GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Der Koalitionsvertrag:  
Mehr Fortschritt gewagt?

**38** **GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Bessere Arbeitsbedingungen – Neue  
Relevante Berufsbilder: Zur Zukunft der  
Pflege im Krankenhaus

**52** **UNTERNEHMEN**  
Vom Krankenhaus in Reha und Pflege:  
Das Entlassmanagement soll digital  
werden!

**26** **GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Was das Gesundheitssystem  
jetzt braucht? Vor allem Mut!

**46** **GESUNDHEIT UND POLITIK**  
Evidenzbasiertes Wissen nutzen:  
Literaturrecherche zum Pflerix

**66** **UNTERNEHMEN**  
Miele BKK:  
Impulsgeber für Gesundheit

**82** **RAUS**  
Impressum



DER NEUE KOALITIONSVERTRAG

# MEHR FORTSCHRITT GEWAGT?

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

**12 Verhandelnde, 2 Wochen Zeit, maximal 3 Seiten in Schriftgröße 11. Das waren u. a. die vorgegebenen Rahmenbedingungen der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege aus SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP zur Vereinbarung ihres Teils des Koalitionsvertrages. Herausgekommen sind Ende November knapp 8 Seiten, die die Richtung für die neue Legislaturperiode vorgeben sollen. Atmen diese den deklarierten Fortschritt?**



© dpa

Spätestens, als der „Leitfaden“ für die Arbeit der Arbeitsgruppen der Öffentlichkeit bekannt wurde, war klar: Dieser Koalitionsvertrag- und konkret der Teil Gesundheit und Pflege- wird kein detailliertes Werk, an dem sich eine künftige Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister abarbeiten kann bzw. muss. Diese Vermutung bestätigte sich, als am 19. November die vorläufige, sechseitige Endfassung der Arbeitsgruppe vorlag. Auf solch einer Flughöhe ist viel Prosa und Lyrik unausweichlich. Viele Absichtserklärungen sind selbstredend. Umso wichtiger ist es, auf die Kernbotschaften zu schauen. Die Finalfassung vom 24. November hat schließlich noch einige Änderungen erfahren, auf die es sich ebenfalls zu blicken lohnt.

Der Bedeutung des Themas angemessen werden im Kapitel Pflege und Gesundheit des Koalitionsvertrages zuvorderst die Pflegefachkräfte angesprochen. Für diese will die Koalition viel tun: finanziell, mit Blick auf die Ausbildung und Kompetenzerweiterung sowie bezüglich der Arbeitsbedingungen. Konkret sollen sie z.B. ein finanzielles „Schulterklopfen“ für die Anstrengungen während der Pandemie erhalten mittels eines Bonus inkl. Steuerbefreiung bis 3.000 Euro. Eine Milliarde Euro will der Bund hierfür zur Verfügung stellen. Entgegen der Forderungen von Pflegeverbänden erfolgt also keine dauerhafte Gehaltsanpassung. Kaum war dies bekannt, wurden Forderungen für höhere Beträge von 5.000 Euro und Boni auch für andere Berufsgruppen reklamiert. Statt Anerkennung für die Pflegekräfte resultiert also wieder Gezänk. Dies, obwohl die Bewältigung der Corona-Pandemie in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ganz maßgeblich von den Pflegekräften abhängt und derzeit wegen Mangels an diesen ganze Krankenhausabteilungen und Betten geschlossen werden müssen. Bezeichnend ist auch der Reflex nach Staatsgeldern für alle zu rufen. In anderen Branchen ist es hingegen üblich, dass Boni, gute Arbeitsbedingungen und Anerkennung in erster Linie von dem Arbeitgeber zu verantworten sind. Aber im Gegenteil: Nun wird gerade zu Lasten der Pflegekräfte nach weiterer Aussetzung von Pflegepersonaluntergrenzen gerufen – einem Instrument, das die Versorgungsqualität in pflegerisch sensiblen Bereichen sicherstellen soll. Unterschreitet man diese Personal- bzw. Versorgungsschlüssel, gefährdet dies Leib und Leben der Patienten und Patientinnen und belastet die Pflegekräfte zusätzlich. Umso wichtiger ist es, dass auch die Koalitionspartner nicht an der Qualität der Versorgung und damit an Personalbemessungsverfahren rütteln, sondern diese weiterentwickeln wollen. Zuversichtlich macht ferner die klare Aussage, dass die Attraktivität des Pflegeberufs auch durch neue Berufsbilder und mehr Kompetenzzuweisungen gesteigert werden soll. Nur sehr vorsichtig wagt man sich hier an die Substitution ärztlicher Leistungen z.B. durch die Etablierung von Gemeindeschwestern

» Die Vorsichtigen Schritte zur Erweiterung der Kompetenzen von qualifizierten Pflegekräften sind nun konsequent weiter zu gehen. «

und einer weiteren Akademisierung heran. Aber es sind erste Schritte, wie auch Frau Prof. Hasseler lobt (siehe Kommentar S. 20) und die es nun konsequent weiter zu gehen gilt. Das Ausland macht es uns vor, dass dies richtig und sinnvoll ist. Gleichzeitig stehen Gehaltsanpassungen zwischen Kranken- und Altenpflege, die Steuerbefreiung von Zuschlägen, die Abschaffung geteilter Dienste, die Einführung trügereigener Springerpools und der Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten auf der Agenda. Zumindest bei den letzten drei Punkten bleibt das Fragezeichen, wie diese Vorgaben den Einrichtungsträgern so vorgeschrieben werden können, dass sie in der Realität auch ankommen. Doch ohne bessere Arbeitsbedingungen wird das Anwerben ausländischer Arbeitskräfte, das auch diese Koalition als wichtig erachtet, wohl kaum erfolgreicher sein als bislang. Hier beißt sich die Katze nun mal in den Schwanz.

Die Pflegeversicherung an sich wird durch die Koalitionäre nicht auf neue Füße gestellt. Dies war auch kaum zu erwarten, nachdem im Sondierungspapier bereits eine Absage für eine Bürgerversicherung formuliert war. Pflegenden Angehörige sollen nun finanziell durch unterschiedliche Maßnahmen entlastet, Eigenanteile beobachtet bzw. ggf. gesenkt und der Beitragssatz „moderat“ angehoben werden. Dass eine Bündelung von Leistungsansprüchen in einem transparenten und flexiblen Entlastungsbudget vorgesehen ist, ist richtig und höchste Zeit. Als Formelkompromiss kann hingegen nur das Prüfen „einer freiwilligen, paritätisch finanzierten Vollversicherung“ als Ergänzung zur Übernahme der vollständigen Pflegekosten in der Pflegeversicherung und PKV verstanden werden. Diese Idee scheint ein Mix aus dem Drei-Säulen-Modell für die Pflege der FDP (Umlagefinanzierung, Private Vorsorge, betriebliche Modelle zur Pflegezusatzvorsorge) und einer Portion Bürgerversicherung von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu sein. Eine Expertenkommission soll hieraus praktikable Vorschläge erarbeiten. Man darf gespannt sein. Hingegen wird es

wieder konkret, wenn es um die Verschiebung der Behandlungspflege in die GKV geht. Bereits in der Vergangenheit wurde an dieser Thematik „gegraben“, um die Pflegeversicherung finanziell zu entlasten. In welcher Höhe der „pauschale Ausgleich“ für die GKV erfolgen wird, bleibt abzuwarten. Es ist nicht das einzige Thema in dem Vertrag, bei dem klare Finanzierungsaus- oder zusagen fehlen.

Nachhaltige Pflöcke schlagen die Koalitionäre mit Blick auf die Länder und Kommunen ein. Ihr Vertrauen in diese ist offensichtlich groß, denn sie sollen stärker als bislang regionale Besonderheiten mitgestalten können. Dies gilt für den Aufbau quaternärer Wohnformen und kommunaler, medizinischer Versorgungszentren. Auch der Einbezug der Kommunen ins Vertragsgeschehen der pflegerischen Versorgung vor Ort soll verpflichtend werden und Entscheidungen des Zulassungsausschusses sind durch die Landesbehörde zu bestätigen. Versorgung findet regional statt und diese somit dort zu denken, ist richtig. Zentral aber wird sein, dass dieser Einbezug mit objektiv versorgungspolitischem Agieren und, wo verantwortlich, auch mit einer entsprechenden Finanzierung einhergeht. Zudem muss es sich tatsächlich um regionale Besonderheiten handeln und nicht um Sonderlocken, die Vertragspartner lähmen oder Doppelstrukturen schaffen. Die Erfahrungen aus dem stationären Krankenhausbereich, dass regional selbst marode Häuser bis aufs letzte verteidigt und am Leben erhalten werden, lässt zumindest Zweifel daran aufkommen, ob dies gelingt. Auch das jahrelange Ausbluten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist ein mahnendes Beispiel einer unzuverlässigen Daseinsvorsorge. Dass der Bund hier nun notwendige Mittel aufbringen will, spricht Bände. Daher müssen unbedingt die neuen kommunalen Versorgungsstrukturen und Mitspracherechte nach klaren, bundesweiten Vorgaben in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung eingebettet werden.

Dass es eines klaren Rahmens für die Krankenhausplanung bedarf, das haben die Koalitionspartner erkannt. Und wie die alte Bundesregierung setzt auch die neue auf eine Kommission aus Bund und Ländern, um Leitplanken zu definieren. Richtiger Weise wird hier und bei der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung u.a. von Leistungsgruppen, Versorgungsstufen und Erreichbarkeit als Kriterien gesprochen. Erlösunabhängige Vorhaltepauschalen sollen als differenzierte Vergütung statt Gießkanne entwickelt werden. Doch in der finalen Fassung des Koalitionsvertrags fehlt, wie auch Prof. Augurzky in seinem Kommentar (siehe S. 18) schmerzlich vermisst, ein konkretes Zielbild, wohin die Versorgung insgesamt weiterentwickelt werden soll. Ferner fehlt nun auch der finanzielle Anreizmechanismus des Bundes – die Beteiligung an der Investitionskostenfinanzierung für diejenigen Bundesländer, die diese Leitplanken bei der Krankenhausplanung umsetzen. Es bleibt abzuwarten, wie viel Energie und Mut die neue BMG-Spitze aufbringt, um echte Strukturveränderungen zu bewirken. Doch will man die „kalte“ Bereinigung der Krankenhauslandschaft auf Grund des Fachkräftemangels verhindern, muss mehr geschehen als lediglich das Schaffen weiterer Einnahmemöglichkeiten durch z.B. eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen. Punktuell mag diese Öffnung richtig sein. Aber grundsätzlich müssen die Überlegungen zur Krankenhausplanung zusammengebracht werden mit dem richtigen Vorhaben der Koalitionäre, multiprofessionelle, sektorenübergreifende Gesundheits- und Notfallzentren aufzubauen. Unrentable Krankenhäuser könnten in diese umgewandelt werden und so am regionalen Bedarf ausgerichtete Versorgung sicherstellen. Diese könnten dann ggf. auch in kommunaler Trägerschaft liegen.

Beim Stichwort sektorenübergreifende Versorgungsgestaltung kommen endlich – aber erschreckender Weise auch nur dieses eine Mal – die Krankenkassen als Gestalter ins Spiel. Sie sollen mehr Spielraum für Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgungsgestaltung

eingerräumt bekommen. Sie gehören aber auch bei der Analyse der Versorgungsbedarfe und vor allem der –planung mit an den Tisch. Gleiches gilt für die Entwicklung hybrider DRGs für sektorenübergreifende Leistungen oder der stationären Vergütung. Hier können sie nicht zuletzt ihre umfangreichen Erfahrungen aus den vielfältigen Projekten des Innovationsfonds einbringen, die sich von Gesundheitslotsen, mit Kompetenzen ausgestatteten Pflegekräften, neuen Vergütungsformen, Krankenhausplanung, Qualitätssicherung, etc. spannen. Sie können auch unterstützen, die überfällige Reform der Notfallversorgung und Notfallzentren sowie des Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen. Der alten Bundesregierung war auch bei diesen Themen die Luft ausgegangen.

Und das Vertrauen in die vorhandenen Akteure scheint insgesamt nicht groß zu sein. Es heißt dort z. B. „wir wollen in unterversorgten Gebieten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung übernehmen“ Das Grundprinzip, dass ambulante Vertragsärzte und Krankenkassen bei der Sicherstellung zusammenwirken, wird hier offensichtlich aufgehoben. Auch haben es die „bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen)“ in den Vertrag geschafft, die den Kassen – so das bisherige Konzept von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – eher eine weisungsgebundene denn aktiv gestaltende Rolle zuweisen. Wie zuletzt der Medizinische Dienst wird nun auch die UPD dauerhaft von den Krankenkassen entkoppelt und in eine unabhängige Struktur überführt. Dabei setzt man auf die Patientenorganisationen und nicht die Versichertenvertreter der Selbstverwaltung. Auch der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll um Stimmen aus dem Pfliegerat, der Pflege und anderen Gesundheitsberufen erweitert und ihnen Mitsprachrechte eingeräumt werden. Dies erhöht sicherlich die Akzeptanz sowie Verantwortungsübernahme bezüglich der getroffenen Entscheidungen durch die einbezogenen Berufsgruppen. Einhergehen soll die Reform des G-BA aber auch mit der Zielsetzung einer Beschleunigung seiner Entscheidungen – ein herausforderndes Unterfangen, wenn die Zahl der „Köche“ steigt. Nachvollziehbar und richtig ist hingegen nach den Erfahrungen in der Pandemie, dass das RKI von der Bundesregierung unabhängiger wird.

» Digitalisierung darf nicht im Denken als „Tool“ stecken bleiben. «

Versorgung lösungsorientiert und endlich vom Versicherten her zu denken, wird im Unterkapitel zur Digitalisierung im Gesundheitswesen artikuliert. Die dann aufgeführten Aufgaben bzw. Nutzen der Digitalisierung bleiben dann jedoch im Denken eines „Tools“ stecken (regelmäßige elektronische Verordnungen, Telemedizin und –monitoring, Entlastung bei der Dokumentation). Auch hier fehlen Aussagen zu einem künftigen Bild der Versorgung, die sich durch die digitale Transformation in allen Bereichen fundamental verändern wird. Die Verbesserung der Versorgung und Vernetzung der Akteure über die neue Gestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) künftig als „opt-out“ ist dennoch ein wichtiger Schritt. Er ist auch überfällig, denn 72 Prozent der Bürger und Bürgerinnen bestätigten erst kürzlich in einer Befragung des BKK Dachverbandes, dass sie im Behandlungsfall allen an der Versorgung Beteiligten Einsicht in die ePA geben würden. Es bleibt also zu hoffen, dass die Digitalisierung mit dem gebotenen Druck weitergedacht wird. Digital-Moratorien – wie zuletzt von Ärzteseite gefordert – dürfen und können hingegen keinen Raum haben. Und gerade mit Blick auf diese Forderung ist es wichtig, dass digitale Gesundheitskompetenz tatsächlich in der Ausbildung aller ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheits- und Pflegeberufe verankert wird. Denn letztlich haben alle Vorhaben der Koalitionäre, wie Frau Prof. Thun richtiger Weise schreibt (siehe Kommentar S. 22), etwas mit Digitalisierung zu tun.

Irritierend sind schließlich die Aussagen beim Thema Gesundheitsförderung. Will man positiv interpretieren, soll künftig die von den Betriebskrankenkassen geforderte, stärkere Vernetzung aller an der Prävention beteiligten Akteure vorangetrieben werden. Dass ein nationaler Präventionsplan zu verschiedenen Themen aufgelegt werden soll, befremdet hingegen. Schließlich sind mit der nationalen Präventionskonferenz die Voraussetzungen geschaffen, gemeinsam Präventionsaktivitäten zu entwickeln und in den jeweiligen Zuständigkeiten umzusetzen. Bedauerlich ist auch, dass das Thema ökologische und soziale Nachhaltigkeit im Gesundheitsbereich auf die Vermeidung von klima- bzw. umweltbedingten Gesundheitsschäden reduziert wird. Ökologische und soziale Nachhaltigkeit müssen aber neben den Voraussetzungen einer wirtschaftlichen, notwendigen und zweckmäßigen

Leistungserbringung grundsätzlich im Sozialgesetzbuch verankert werden. Zu Recht mahnt daher die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. an, dass Klimaschutz und Prävention ganz oben auf die Agenda der politischen Gesundheitsakteure gehört (siehe Kommentar S. 23). Vage bleibt ferner, wie konkret man die Lieferketten im Arzneimittelbereich und den Aufbau der europäischen Produktion sicherstellen will. Bezüglich robuster Lieferketten wird leider nicht von der notwendigen verpflichtenden Herstellung von Transparenz, und zwar von der Produktion über die Lieferung bis hin zur Lagerung der Arzneimittel, gesprochen. Unstimmig sind auch die geplanten Maßnahmen zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken. Sie existieren zum Teil bereits (vergütete Botendienste) oder sind zwischen Apothekern und Krankenkassen abgestimmt (pharmazeutische Dienstleistungen). Dennoch sollen die Apotheken hierfür nochmal zusätzliche Gelder erhalten.

Und damit ist man insgesamt bei der Frage: Wie sollen all die oben genannten Maßnahmen finanziert werden? Zum Teil tritt der Steuerzahler ein. Aber vieles bleibt pauschal oder wird gar nicht mit einer Finanzierungsüberlegung hinterlegt. Das war zumindest in der Vergangenheit immer gefährlich. Da war plötzlich gerne der Beitragszahler, oder abstrakt „der Fonds“, zur Finanzierung das Mittel der Wahl. Daher ist es bedauerlich, dass in der Endfassung des Koalitionsvertrages die Mehrwertsteuer-Absenkung nicht mehr enthalten ist. Immerhin um rund 6 Mrd. Euro hätte dies die Beitragszahler entlastet. Gleiches trifft, wie oben beschrieben, auf die Bundesmittel beim Umbau der Krankenhauslandschaft zu. Stattdessen setzt man zum einen auf eine regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV. Dies ist auch gerechtfertigt, will man der GKV weiterhin Aufgaben zuschreiben, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind. Ziel muss es jedoch sein, wie Prof. Ulrich völlig richtig in seinem Kurzkomentar schreibt (siehe S. 16), über Strukturanpassungen die im System vorhandenen Effizienzreserven zu heben. Es ist gerade im internationalen Vergleich genug Geld vorhanden, es wird nur falsch eingesetzt. Daher kommt auch aus diesem Grund den Vorhaben zur besseren Vernetzung der Strukturen und einer umfassenden Krankenhausstrukturreform eine besondere Bedeutung zu. Bereits im letzten Koalitionsvertrag als Vorhaben deklariert, versprechen die jetzigen Koalitionäre höhere Beiträge für ALG II-Bezieher aus Steuermitteln. Das Vorhaben ist völlig richtig, denn hierbei handelt es sich in der Tat um eine versicherungsfremde Leistung. Es ist daher hoffentlich nur ein handwerklicher Fehler, dass hierbei sprachlich nicht berücksichtigt wurde, dass an anderer

Stelle die Hartz IV-Empfänger künftig statt ALG II ein Bürgergeld erhalten sollen. Als finanzielle Entlastung für die GKV ist ferner der Beibehalt des Preismoratoriums vorgesehen. Auch dies ist richtig und wichtig. Gleiches gilt auch für das Signal, dass neue Arzneimittel bereits ab dem 7. Monat nach Markteintritt der Erstattungsbetrag gemäß des AMNOG-Verfahren gilt. Hier hätten sich die Krankenkassen sicher ein noch früheres Datum gewünscht, doch es ist ein erster Schritt, um Innovationen und Finanzierbarkeit besser zusammen zu bringen. Welche finanziellen Auswirkungen die beitragsseitigen Veränderungen bei den Selbständigen, das neue Bürgergeld und die Anhebung des Mindestlohns haben werden, bleibt abzuwarten.

Last but not least ist der Mut der Koalitionspartner wohl ausgegangen bei dem Vorhaben, den Wechsel von Versicherten in der PKV zu erleichtern. Damit ist, wie Herr Prof. Wenner richtig feststellt, nicht mal ein Hauch von etwas Bürgerversicherung oder Wettbewerb in der PKV übriggeblieben (siehe Kommentar S. 25).

Bleibt zusammenfassend festzuhalten: Die Verhandler in der Arbeitsgruppe haben an vielen Stellen auf ein „Weiter so“ gesetzt. Sie haben jedoch auch Fortschritte gewagt, die teils noch sehr zaghaft und vorsichtig daherkommen. Letztlich wird es also darauf ankommen, wie viel Mut und Energie der neue Gesundheitsminister aufbringen wird, aus diesen Schritten ein Zielbild und Fundament zu stricken, das idealerweise noch bis in die nächste Legislaturperiode trägt. Als Vorbild kann hier wieder einmal Dänemark dienen, das nachhaltige Strukturveränderungen unabhängig von der Parteienkonstellation der Regierung bewirkt hat. Gelänge dies, würde aus dem „Fortschritt wagen“ ein „Fortschritt gestaltet“ Das wäre dann ein gutes Resümee nach den kommenden vier Jahren. ■



## Steuerzuschüsse für GKV? Oder höhere Beitragssätze?

Prof. Dr. Volker Ulrich,  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Finanzwissenschaft,  
Universität Bayreuth

### Welche Chance für eine langfristig tragbare Regelung für die GKV Finanzen haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Das Thema Finanzierung ist darin zwar berücksichtigt, etwa über die Dynamisierung des Steuerzuschusses, allerdings fehlt eine Bewertung der Illusionen und Gefahren einer stärkeren Steuerfinanzierung sozialer Leistungen unter ordnungs- und politökonomischen Gesichtspunkten. Die nächste Legislaturperiode wird zweifellos für die künftige Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenkassen von großer Bedeutung sein. Der Arbeitsmarkt könnte pandemiebedingt länger belastet bleiben und damit auch die Entwicklung bei den Beitragseinnahmen. Es wird zu entscheiden sein, ob die zugesagten Steuerzuschüsse zur GKV länger als nur ein oder zwei Jahre gezahlt werden oder ob man höhere Beitragssätze in der Sozialversicherung akzeptieren will. Eine stärkere Steuerfinanzierung unterwirft die sozialen Leistungen einer verstärkten Budgetkonkurrenz. Inwieweit die Steuerfinanzierung die gegenwärtigen Probleme der Beitragsfinanzierung in der Sozialversicherung zu mindern vermag, lässt sich theoretisch nicht eindeutig beantworten, auch weil mögliche Beschäftigungswirkungen stark davon abhängen, welche Steuern zur Finanzierung herangezogen werden.

Das Dilemma der widersprüchlichen Einschätzungen zum Finanzierungsmix aus Beiträgen, Steuern und neuen Schulden besteht darin, dass es bislang keine verbindliche Festlegung für den GKV-Finanzierungsmix gibt. In einem beitragsfinanzierten GKV-System sollte sich die Steuerfinanzierung auf versicherungsfremde Leistungen beschränken, sonst wird sie zum Spielball der Politik.

Um die Finanzierung der Gesundheit langfristig zu sichern, sind umfassende Strukturreformen unverzichtbar. Letztlich stellt die Finanzierungsseite der GKV nur die eine Seite der Medaille dar. Ohne weitere Anstrengungen zur Begrenzung der Ausgaben bzw. zur Anreizverbesserung auf der Ausgabenseite wird eine stabile Lösung nicht gelingen. Dies impliziert auch eine Überprüfung der Leistungsversprechen und der Strukturen im Gesundheitswesen. Alle auch international erfolgversprechenden Ansätze basieren auf einem konsequenten Versorgungsmanagement. Die bisherigen Selektivverträge erreichen noch nicht die nötige vertikale und horizontale Verknüpfung zu Netzwerken für eine umfassende Versorgung. Insgesamt sollten die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen stärker an die langfristigen Erfordernisse einer nachhaltigen Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherung angepasst werden. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Die Vorhaben der neuen Koalitionspartner zielen auf mehr Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen ab. Die gegenwärtige Versorgung ist zersplittert und impliziert Brüche in der Patientenbehandlung. Die Regelungen im Koalitionsvertrag gehen aus meiner Sicht in die richtige Richtung. Bereits zu Beginn des Kapitels über Pflege und Gesundheit wird die Bedeutung eines sektorübergreifenden Ansatzes in der Gesundheits- und Pflegepolitik betont. Die geplanten integrierten Gesundheits- und Notfallzentren eröffnen die Chance, die Versorgung stärker am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Die elektronische Patientenakte soll per Opt-out-Verfahren allen Versicherten angeboten werden, wodurch ihre Verbreitung unterstützt werden kann. Auch das Bekenntnis, die Telemedizin oder die Videosprechstunde zur Regelleistung zu machen, ist hier positiv zu erwähnen. Mit den Vorhaben im Bereich der Digitalisierung kann die bisherige Entwicklung weiter forciert und auch in der Pflege zumindest angeschoben werden.

Im ambulanten Bereich erhofft man sich den Zugang zu bisher stationär erbrachten Leistungen, umgekehrt verhält es sich mit den Erwartungen im stationären Bereich. Dort erwartet man, dass die Krankenhäuser neue ambulante Behandlungsmöglichkeiten für ihre Patienten erhalten. Beides kann durchaus angezeigt sein; hier muss allerdings nachgeschärft werden, in welchen Fällen man in welche Richtung tendiert. Bei der Strukturreform in der Krankenhaus- und Notfallversorgung sowie in der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen zeigt der Koalitionsvertrag Gestaltungswillen und bringt einiges auf den Weg. Das Vorhaben, das DRG-System nach 20 Jahren weiterzuentwickeln, ist ebenfalls begrüßenswert. Allerdings ist die Krankenhausstrukturreform in einer Bund-Länder-Kommission gelandet und dürfte es bei divergierenden föderalen Interessen schwer haben. «



## Zielbild der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung

Dr. rer. pol. Boris Augurzky,  
RWI- Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

### Welche Chance für eine umfassende Reform der Krankenhausstrukturen haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hatte die Erwartungshaltung, dass die neue Regierung sich aufmacht, ein Zielbild der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung für dieses Jahrzehnt zu erarbeiten, das sukzessive durch geeignete Maßnahmen in dieser Legislaturperiode angestrebt und idealerweise in der nächsten Legislaturperiode erreicht wird. Da die Personalressourcen in diesem Jahrzehnt immer knapper werden, muss sich das Zielbild dazu äußern, wie die Gesundheitsversorgung effizienter gestaltet werden kann, um Rationierung und/oder steigende Beitragssätze der GKV zu vermeiden. Meines Erachtens brauchen wir dazu eine sektorenübergreifende Versorgung, flankiert durch entsprechende Planungselemente und durch eine darauf ausgerichtete Investitionsfinanzierung, eine klare Definition von Versorgungssicherheit, eine sektorenübergreifende Vergütung, die Anreize zur stärkeren Ambulantisierung setzt, und vor allem mehr Gestaltungsfreiheit in den Regionen sowohl für Krankenkassen als auch für Leistungserbringer. Damit ließen sich schneller als bislang effizientere Krankenhausstrukturen erreichen. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Ein gesamthafter Blick in Form eines Zielbilds einer effizienten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung fehlt im Koalitionsvertrag. Auch gibt es keine Aussage zur Investitionsfinanzierung. Dennoch finden sich einige interessante Ansatzpunkte. Positiv überrascht hat mich dabei nicht die eine Maßnahme, sondern vielmehr das Bündel an Vorhaben: sektorenübergreifende Versorgungsplanung, eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung, eine Krankenhausfinanzierung mit nach Versorgungsstufen differenzierten Vorhaltepauschalen und mit Hybrid-DRG für die sektorenfreie Leistungserbringung, bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge und in diesem Zusammenhang die Ausweitung des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Eine „kleine“ Überraschung waren für mich die Errichtung von Gesundheitskiosken und der Ausbau der Angebote an Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen sowie die Aufnahme des Rettungswesens als integrierten Leistungsbereich in das SGB V. «



## Die Entwicklung der Pflegeberufe in Zukunft

Prof. Dr. Martina Hasseler,  
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

### Welche Chance für eine Verbesserung der Situation der Pflegefachkräfte haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hätte mir zuerst erwartet, dass die Pandemiefolgen mitbedacht werden, da diese für die Pflegeberufe enorm sind. Sie sind gesundheitlich belastet, die Arbeits- und Rahmenbedingungen haben sich verschlechtert, Pflegeberufe verlassen den Beruf – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Des Weiteren hätte ich erwartet, dass professionelle Pflege von der Pflegeversicherung getrennt gedacht wird. Auch in diesem Koalitionsvertrag schwimmt wieder ein Teilleistungsrecht mit den Pflegeberufen. Es ist dringend erforderlich, dass politische Entscheidungsträger realisieren, dass die Pflegeversicherung nicht für die Pflegeberufe und nicht für Entwicklung und Finanzierung professioneller Pflege steht. Wünschenswert wäre gewesen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflege mehr auszudifferenzieren wie auch die Frage, wie die Entwicklung der Pflegeberufe in Zukunft aussehen soll. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Im Koalitionsvertrag hat mich positiv überrascht, dass im Bereich der Pflegeversicherung aus den Eigenanteilen die Ausbildungumlage und aus der Pflegeversicherung sogenannte versicherungsfremde Leistungen wie Rentenbeiträge für die pflegenden Angehörigen und pandemiebedingten Zusatzkosten sinnvollerweise herausgenommen werden sollen. Wie sich die Übertragung der Behandlungspflege (was für ein obsoletes Wort) aus der stationären Versorgung in die gesetzliche Krankenversicherung auf die stationäre Versorgung auswirken wird, muss beobachtet werden. Damit könnten auch negative Anreize entstehen. Damit ist nicht automatisch verbunden, dass die Behandlungspflege tatsächlich finanziert wird.

Die Stärkung der Pflegeausbildung ist hochrelevant. Die Bereiche der autonomen durchzuführenden Aufgaben für Pflegeberufe, auch durch Übertragung sogenannter heilkundlicher Aufgaben, ist absolut notwendig. Auch wenn wir diese Übertragung bereits seit 20 Jahren erfolglos in Deutschland versuchen umzusetzen. Im Koalitionsvertrag wird die Community Health Nurse explizit als förderwürdig betrachtet und auch das Bekenntnis zur Stärkung der akademischen Pflege im Koalitionsvertrag ist positiv aufgefallen. «



## Mit DIGA, eRezept, ePA in ein neues digitales Gesundheitswesen

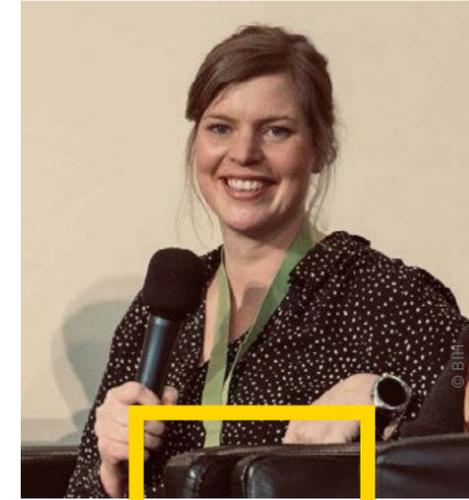
Prof. Dr. Sylvia Thun,  
Berlin Institute of Health

### Welche Chance für eine Beschleunigung der Digitalisierung haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Durch die Digitalisierung können endlich die Sektorengrenzen durchbrochen und der Fokus auf den Patient und die ganzheitliche Patientenbehandlung und Prävention gelegt werden. Durch den uneingeschränkten Zugang zu digitalen Werkzeugen, welche bei einem guten WLAN im Krankenhaus oder hervorragenden Breitbandverbindungen im ländlichen Raum anfangen und über DIGAS, eAU, eRezept und EPA fortschreiten, ist es möglich barrierefrei und niederschwellig die Versorgung stetig zu verbessern und den Ärztinnen und Ärzten hilfreiche Wissensmanagementkomponenten mitzugeben. Das wiederum benötigt eine umfassende Strategie und Umsetzung der vielen Gesetze, die in der letzten Legislaturperiode auf den Weg gebracht worden sind. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Der Digitalisierungsscheck und die Gesetze gegen digitale Gewalt bilden einen guten Rahmen für die vielfachen Aufgaben, die vor uns liegen. Ebenso finden Passagen zur Gendermedizin, paritätischen Beteiligung und Diversität Einzug. Das sind alles auch digitale Themen, da v.a. die ‚falschen Algorithmen‘ auf Basis von Daten von vornehmlich Männern eine Gefahr für die Gesundheit von Frauen darstellen können. Die Entbürokratisierung und Entlastung bei der Dokumentation ist ein bereits seit vielen Jahren gewünschtes Ziel, durch innovative Softwarelösungen wäre das nun möglich. Niederschwellige Online-Angebote und Telemedizin können die Medizin, Pflege, Therapie und das Wohlbefinden jedes Bürgers verbessern, auch das finden wir im Koalitionsvertrag. Die neue Gesundheitsagentur mit den opt-out-Lösungen kann uns in ein neues digitales Gesundheitswesen führen. «



## Klimawandel und Gesundheitsrisiken

Maïke Voss,  
KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

### Welche Chance für Klimawandel & Gesundheit haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Gelobt hätte ich einen starken Bezug zu und konkrete Aktivitäten für die notwendige gesellschaftliche Transformation, die wir benötigen, um Klimawandel bedingte Gesundheitsrisiken zu vermeiden, zu reduzieren und Gesundheit dort zu fördern, wo Kinder und Erwachsene lernen, arbeiten und leben. Dies darf dabei nicht nur auf Deutschland bezogen bleiben, sondern braucht einen klaren europäischen und internationalen Bezug. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Positiv hervorzuheben ist, dass die Ampel-Koalition die Klimakrise als die Bedrohung wahrnimmt, die sie für uns aktuell und für zukünftige Generationen noch viel mehr darstellt. In wenigen, dafür aber wichtigen Fällen bezieht sich der Koalitionsvertrag auf die Schnittstelle Klimawandel und Gesundheit. So sollen bei zukünftigen Klimaanpassungsstrategien auch Ziele der Gesundheitsförderung, Allergie- und Hitzeprävention verfolgt und Luftbelastungen reduziert werden. Außerdem soll eine nationaler Präventionsplan klima- und umweltbedingte Gesundheitsschäden vorbeugen. Klimaschutz und Prävention werden daher oben auf der Agenda der politischen Gesundheitsakteure zu finden sein – hoffentlich mit der notwendigen Dringlichkeit, einem breiten Verständnis von Gesundheitsschutz und -förderung in planetaren Grenzen sowie mit ausreichend Ressourcen. Wir haben keine Zeit zu verlieren. Die deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) steht gern mit Rat zur Seite. «



## Ein Rechtsrahmen für globale Gesundheit

Prof. Dr. Felix Welti,  
Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht,  
Universität Kassel

### Welche Chance für einen gemeinsamen Rechtsrahmen internationaler Gesundheit haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich habe ein klares Bekenntnis dazu erwartet, dass in einer global vernetzten Welt die bestmögliche Gesundheit jeder einzelnen Person die Voraussetzung für die Gesundheit aller ist. Funktionierende Pandemievorsorge und gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen werden nur global durchgesetzt werden können. Partikulare wirtschaftliche und politische Interessen müssen dagegen zurückgestellt werden. Das Bekenntnis zur Stärkung der WHO, zum „One Health“-Ansatz und zur globalen Impfallianz hätte konkreter sein müssen, aber es ist vorhanden und lässt noch Raum für die Schaffung eines nötigen Rechtsrahmens globaler Gesundheit. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Das klare Bekenntnis zur Ratifikation des Fakultativprotokolls zum Sozialpakt hat mich positiv überrascht. Damit werden individuelle Menschenrechtsbeschwerden möglich, mit denen überprüft werden kann, ob Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit respektiert, schützt und erfüllt. «



## Zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung

Prof. Dr. Ulrich Wenner,  
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht

### Welche Chance für einen Zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hatte auf einen minimalistischen Einstieg in die Bürgerversicherung gehofft, die nach allen empirischen Befunden auf extrem hohe Zustimmungswerte in der Bevölkerung trifft. Das hätte bedeutet, dass zumindest neu ernannten Beamten die Möglichkeit eröffnet wird, statt für die Kombination von Beihilfe des Dienstherrn und private Versicherung für die freiwillige Versicherung in der GKV zu optieren. Das ist so inzwischen über den Umweg einer „pauschalierten Beihilfe“ in Hamburg und anderen von SPD und Grünen dominierten Bundesländern verwirklicht. Dass sich dazu nicht einmal ein Prüfauftrag im Koalitionsvertrag findet, ist sehr bedauerlich. «

### Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Positiv hat mich überrascht, wie viele Ideen zu einer stärker regional ausgerichteten Gesundheitsversorgung aufgegriffen worden sind. Die zunächst nur für besonders benachteiligte Kommunen und Stadtteile vorgesehenen Gesundheitskioske können Modellcharakter haben und mittelfristig ein wichtiger Ansatz (auch) für lokale und niederschwellige Angebote zur Prävention etwa durch Schutzimpfungen sein. Dass nunmehr der Bund höhere Beiträge für die Bezieher von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II übernimmt, ist zwar „nur“ die Korrektur eine langjährigen Fehlentwicklung, aber was heißt im Kontext von milliardenschweren Umverteilungsentscheidungen schon „nur“ «



© Deutscher Bundestag/Thomas Trutschel

WAS GESUNDHEITSPOLITIK JETZT BRAUCHT

# VOR ALLEM MEHR MUT!

Das Gespräch wurde am 12.10.2021 geführt mit Dr. Roy Kühne, Franz Knieps und von Anne-Kathrin Klemm moderiert

**Die Bundestagswahl ist vorbei und die neue Regierung ist absehbar im Amt. Ein guter Zeitpunkt also, um mit einem zu sprechen, der acht Jahre lang im Bundestag saß und das Gesundheitswesen in allen Facetten kennengelernt und nachhaltig gestaltet hat. Im Dialog mit Franz Knieps erfolgt ein Blick zurück und eine klare Sicht auf die künftige Agenda der Gesundheitspolitik in der neuen Legislaturperiode.**

**Die letzte Legislaturperiode wurde gerade in den letzten beiden Jahren stark von Corona geprägt und wahrscheinlich wird es die nächste Legislaturperiode zumindest zu Beginn auch sein. Was müsste aus Ihrer Sicht, Herr Dr. Kühne, darüber hinaus dringend angepackt werden? Was sind die prioritären Themen für die kommende Legislaturperiode?**

DR. ROY KÜHNE:

» Sie haben es eben gesagt: Der Stempel der Gesundheitspolitik in den letzten zwei Jahren war Corona. Es wurden viele Maßnahmen verabschiedet, die wichtig und gut waren. Also diverse Rettungsschirme, die unbürokratisch und kurzfristig beschlossen wurden. Natürlich gibt es immer, wenn etwas unbürokratisch und schnell beschlossen werden muss, auch Fehler. Die muss man auch zulassen, wenn schnell reagiert werden soll. Man muss nun natürlich schauen, dass man aus diesen Fehlern auch etwas lernt. Das heißt: wie sind wir mit Digitalisierung umgegangen, wie sind wir mit Entbürokratisierung umgegangen, wie sind wir mit vereinfachten Anträgen umgegangen. Das ist der Punkt, der mich damals als junger Nicht-Politiker in die Politik getrieben hat: Der teilweise überbordende Bürokratismus, den wir in der Gesundheitspolitik haben. Egal ob bei der Zulassung von neuen Hilfsmitteln oder das AMNOG-Verfahren, das ausgerollt wurde. Ich glaube, da sollten wir aus den letzten zwei Jahren gelernt haben: Es ist besser, wenn man sofort versucht, in die Puschen zu kommen und Lösungen zu finden, die nicht immer eine 150-prozentige Sicherheitslösung sind. Da sollte die Politik mutiger sein, Sachen einfach anpacken und dann im Prozess zu lernen. «

FRANZ KNEIPTS:

» Das kann ich absolut unterstützen. Ich würde zusätzlich noch den absehbaren und vor allem spürbaren Ressourcenmangel adressieren. Das gilt zum einen für die Frage: „Wie finanzieren wir das zukünftige Gesundheitssystem?“ Das muss diskutiert werden, und zwar jenseits jeglicher Ideologie: Beitragssteuern, Eigenbeteiligung und wer spielt dabei welche Rolle? Können wir uns ein so zerfasertes System, wie wir es haben, noch leisten? Das gilt vor allem auch mit Blick auf die gut ausgebildeten Fachkräfte. Wir haben zu lange eine Hierarchisierung in Kauf genommen: Oben die Ärzte und darunter die anderen Gesundheitsberufe. Können wir es uns aber leisten, dass Ärzte Tätigkeiten betreiben, die in allen anderen entwickelten Ländern der Welt andere Gesundheitsberufe machen? Können wir es uns leisten, gut ausgebildete Gesundheitsfachkräfte wie Hilfskräfte zu behandeln in unserem System? Ich denke, hier liegt ein ungeheures Potenzial. Diese Personengruppe muss aber auf Augenhöhe in unserem System kommen. Sie muss besser bezahlt werden, bessere Arbeitsbedingungen haben und sich entfalten können. Das war auch unser zentrales gemeinsames Anliegen, dass Herr Kühne und mich dazu motiviert hat, an einem gemeinsamen Fachbuch zu arbeiten. Wir hoffen sehr, dass das, was wir da mit vielen Autorinnen und Autoren entwickelt haben, in der kommenden Legislaturperiode Früchte trägt. «

**Also Entbürokratisierung, neue Rollen in den Berufsgruppen, Ressourcenmangel beheben und Finanzierungsaspekte angehen. Wenn man sich nun alleine diese Themen anschaut, wie müsste man rangehen, damit das tatsächlich gelingt? Einiges davon steht ja eigentlich schon lange im Gesetz, aber es funktioniert nicht. Also wie bekommen wir es hin?**

DR. ROY KÜHNE:

» Ich glaube, der zentrale Punkt ist: Wir müssen als Politiker mutiger werden! Darum hoffe ich, dass wir irgendwann auch Mal einen Gesundheitsminister haben, der den Mut hat, alte Zöpfe abzuschneiden und sich mit den Akteuren anlegt. Das ist sicherlich nicht einfach in Berlin, das weiß ich. Aber man muss tatsächlich einmal fragen, ob das jetzige Sozialgesetzbuch noch zeitgemäß ist. Das hatte seine Bestimmung und auch seine Zeit. Aber nun muss man auch mal über den Tellerrand hinausschauen und überlegen, ob man Ressourcen, die durchaus vorhanden sind, besser miteinander verknüpfen kann. Das beträfe beispielsweise die Gesundheitsfachberufe, die in den Krankenhäusern mit den Kollegen aus der Ärzteschaft auf Augenhöhe arbeiten. Man muss sicherlich auch die Frage nach der Krankenhausedichte in Deutschland stellen. Da ist zu beantworten, ob weiter die Quantität, die wir haben, im Vordergrund steht, statt der Qualität, die wir tatsächlich auch brauchen. Wir brauchen einen Gesundheitsminister oder eine Gesundheitsministerin, die sich das traut. Und am besten wäre es jemand, der danach sagt „Es war schlimm, aber auch Zeit, mit dem Besen durchzukehren!“ «

**Das heißt die Akteure im deutschen Gesundheitswesen funktionieren nur, wenn sie die Peitsche zumindest vor Augen gehalten bekommen?**

DR. ROY KÜHNE:

» Ich glaube nicht, dass die Peitsche das richtige Wort dafür ist. Ich sage es mal so: So lieb drücken, dass ihnen die Luft zum Meckern wegbleibt. «

FRANZ KNEIPS:

» Ich würde gerne noch einmal das aufgreifen, was Herr Kühne am Anfang gesagt hat: Möglichkeiten schaffen. Wir haben einen völlig bekloppten Paragraphen im Sozialgesetzbuch, der nicht die Krankenversicherung, sondern die Sozialversicherung regelt. Da steht in etwa drin: Es ist den Akteuren alles verboten, was ihnen nicht ausdrücklich erlaubt ist! Ich kenne keinen anderen Bereich, wo so etwas drinsteht. Es ist völlig klar, dass die Sozialversicherung Regeln beachten muss! Aber in vielen Dingen sollten wir doch denjenigen, die etwas besser machen und die zusammenarbeiten wollen, auch die Freiheiten dafür geben. Der Einzelsektor muss sich rechtfertigen und nicht die durchgängige Behandlung von der Prävention über die Kuration bis hin zur Reha und zur Pflege. Ein neues Sozialgesetzbuch braucht keine 380, sondern wenige Paragraphen. Sie müssen den Leuten Freiheiten geben und Besserwissertum von einem Amt in Bonn oder einem Ministerium in Berlin ausschalten. Wir dürfen nicht länger am starren System festhalten, das historisch gewachsen ist und an dem immer mehr angebaut wird. Und das sieht doch auch nicht schön aus. Das ist ja nicht Neuschwanstein, sondern eher ein völlig verwirrender Bau mit dunklen Gängen, Notausgängen und vielen blockierenden Mauern. Politik sollte den schon beschriebenen Mut aufbringen und sagen „Leute, macht mal!“ Dazu gehört dann nach einigen Jahren, genauer hinzuschauen „Das war gut. Das war weniger gut.“ Orientieren wir uns an dem was gut war. Dann aber nicht auf Basis von Gefälligkeitsgutachten. «

**Ich möchte nochmal zum Thema Aufwertung der Pflege- und Heilberufe kommen. Was wären hier die notwendigen nächsten Schritte, damit – wie Sie es beschrieben haben – die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auf Augenhöhe auch gelingt?**

DR. ROY KÜHNE:

» Es gibt ja bereits verschiedenste Modelle, die wir in der Praxis durchgeführt haben. Im Bereich der Heilberufe ist das die Blankoverordnung, d. h. der Arzt stellt die Diagnose und der Therapeut macht das, was er aufgrund seiner Erfahrung und Ausbildung eben macht. Zusammenarbeit gibt es natürlich auch bereits in der Pflege. Wir wissen, dass viele Bereiche übergreifend besser funktionieren. Gerade was therapeutisch eingesetzte Pflege angeht. Denn Pflege ist ja nicht nur das einfache Handling am Patienten, sondern auch das Waschen, das Reichen von Nahrungsmitteln, das Umlegen. Dies kann beispielsweise unter therapeutischen Aspekten passieren, so dass auch hier ein Crossover von therapeutischen Ansätzen in der Behandlungspflege stattfindet. Ich glaube aber, dass hierzu vor allem die Forschung intensiver angegangen werden muss. Das Deutsche Pflegeinstitut, das durchaus Forschung betreiben möchte, erhält z.B. keine staatliche Unterstützung. Im Bereich der Heilmittelerbringer ist das ähnlich. Es gibt eigentlich kaum Forschung und Untersuchungen- leider auch nicht im Innovationsfonds. Wie können therapeutische Ansätze beispielsweise effektiver genutzt werden? Was kann im Rahmen von ganz bestimmten Handlings erreicht werden? Nehmen wir nur die zur Vorbereitung oder zur Vermeidung von Operationen. Was können wir aus der Pandemie lernen: Wir wissen, dass im Rahmen der Corona-Pandemie weniger Operationen stattgefunden haben. Es wäre klug zu schauen, was aus den Patienten überhaupt geworden ist. Wurden die Operationen nur aufgeschoben? Wurden sie weiter therapiert? Vielleicht wurde festgestellt, dass manche Operationen gar nicht mehr nötig waren, weil zum Beispiel im therapeutischen Bereich mit einer guten Hilfsmittelversorgung, mit einer guten Pflegeversorgung tatsächlich eine Verbesserung des Ergebnisses erzielt wurde. Da müssten mehr gezielte Untersuchungen stattfinden – auch durch staatliche Förderung. Also: Mutiger in Modellversuche reingehen, klare Abschnitte definieren, bis wann dieser Modellversuch durchgeführt werden soll und keine sinnlose Verlängerung. Zwischenergebnisse müssen bewertet und in gemeinsamen Gruppen besprochen werden, so dass auch wieder neu justiert werden kann. Ich kenne leider Modellversuche, die sind einfach nebenher gelaufen und es gab nie eine richtige Auswertung und dann hat man gefragt „Lassen wir es?“ oder gesagt „Machen Sie einfach weiter!“ Diese Ergebnisse gehören außerdem sauber erforscht. «

**Würden Sie da eine besondere Rolle für den Innovationsfonds sehen? Oder wäre das etwas, das Sie in einer Gesetzgebung verankert sehen, die einen Rahmen gibt?**

DR. ROY KÜHNE:

» Wir haben ja seit 2004 die Möglichkeit diese Modellversuche zu machen. Ich finde es ja immer erstaunlich, dass manche meinen sie müssten nach immerhin 16 Jahren das Rad neu erfinden. Nein, Krankenkassen haben zusammen mit Leistungserbringern seit langem die Möglichkeit. Es wurde aber ehrlicherweise auch nicht forciert. Weder durch die Politik, noch durch die Krankenkassen oder die Leistungserbringer. Da müssen Brücken gebaut und Hindernisse beseitigt werden, damit man einfach schneller aufeinander zugeht. Oft reicht es, wenn wir in ganz bestimmten Landkreisen, in ganz bestimmten Regionen kleine Projekte machen. Da finde ich auch die Ansätze, die so

» Wir wissen, dass während Corona-Pandemie weniger Operationen stattgefunden haben. Es wäre klug zu schauen, was aus den Patienten geworden ist. «

manche Betriebskrankenkasse hat, gut. Im kleinen Kreis erst einmal Angebote schaffen, die überschaubar und für einen gewissen Zeitraum sind. Wir müssen nicht immer gleich das Riesenrad drehen. Und vom Innovationsfonds erwarte ich auch, dass er über den Tellerrand hinausschaut. Wieviel Prozent der Förderung wandern im Moment in die Versorgungsforschung im Bereich der Gesundheits- und Fachberufe? Ich kann Ihnen das ganz genau sagen: Kaum bis gar nichts, weil natürlich aus diesen Kreisen auch kaum Anträge kommen. Wie auch? Dort erfolgt wenig Hilfestellung und es muss ein Konsortium vorhanden sein. Hier muss eine Brücke von Krankenkasse zu Leistungserbringer im Sinne der Patienten gebaut werden. «

» Was haben wir unter Pandemiebedingungen gut gemacht, was kann weiter ausgebaut werden? «

**Forcieren als Stichwort: Nehmen wir das Beispiel elektronische Patientenakte. Wie schätzen Sie in dieser Thematik den notwendigen Grad der Forcierung ein?**

DR. ROY KÜHNE:

» Ich kann überhaupt nicht nachvollziehen, warum nur ein geringer prozentualer Teil der Leistungserbringer an der elektronischen Patientenakte teilnehmen wird. Und das, obwohl wir wissen, dass Kommunikation unter den Leistungserbringern absolut nötig ist. «

**Beim Thema Digitalisierung ist ja auch schon einiges passiert, nachdem viele Jahre nichts geschah. Wie muss es nun weitergehen, dass wir den notwendigen Schwung hinbekommen? Wer muss da der Treiber sein?**

DR. ROY KÜHNE:

» Also ich erwarte von Politikern, dass sie klare Aufgaben formulieren und dass sie die „Mitspieler“ mit leichtem Druckmittel auch mit ins Boot holen. Als Politiker hat man ein gutes Netzwerk, in dem man innovative Ideen mit geeigneten Akteuren nach vorne bringen kann. Da erwarte ich von der Politik die Übernahme der Führungsfunktion und nicht, dass man das nur an die Selbstverwaltung übergibt, guckt was passiert und in drei Jahren dann mal nachfragt. So wird Deutschland meiner Meinung nach nicht irgendwann wieder Leading Country werden. Dabei waren wir wirklich mal gut. Natürlich, ich bin aus der CDU und wir stellten im Prinzip seit acht Jahren den Gesundheitsminister. Aber man scheitert teilweise daran, dass sogenannte Kommunikationsbrücken sehr lange dauern, Vorbehalte sehr lange gepflegt werden und selten gesagt wird „Komm jetzt machen wir mal. Jetzt geht es los!“. Ich erwarte natürlich auch von den Krankenkassen, dass sie progressiv nach vorne gehen. Sie sollen noch mehr fragen, wie können wir unsere Patienten, die ja im Mittelpunkt all unseres Denkens stehen, in den Vordergrund schieben? Das können wir alle besser. Und wir müssen es auch besser machen, denn wir können uns irgendwann diesen Apparat gar nicht mehr leisten. Deshalb ist meine Bitte an den zukünftigen Gesundheitsminister und die Krankenkassen zu schauen, wie das, was wir unter Pandemiebedingungen gut gemacht haben, weiter ausgebaut werden kann. Also Corona als Chance und als Lernwerkzeug sehen. Was brauchen wir und was brauchen wir eigentlich nicht? Wo stehen wir uns selber im Weg? Und aus diesem Grund brauchen wir mutige Krankenkassen und mutige Politiker! «

**Mutige Krankenkassen ist das Stichwort für Herrn Knieps. Welche Rolle würden Sie da den Krankenkassen zuschreiben?**

FRANZ KNEIPS:

» Also ehe ich das beantworte, möchte ich nochmal den Ball aufgreifen und positive Beispiele im Sinne „Corona als Chance“ bringen. Für mich hat sich die Versorgungswelt verbessert. Ich bin chronisch krank und ich habe eine Vielzahl von Arztterminen. In der Pandemie wurde mindestens die Hälfte der Termine durch Digitalsprechstunden beziehungsweise durch E-Mails ersetzt. Auf einmal ging das. Klar, Blut muss immer noch abgezapft werden. Aber das Wartezimmer war unter Pandemiebedingungen nie voll, es gab eine Bestellzeit und diese Zeit wurde eingehalten. Vorher saßen da 30 bis 40 Leute, alle irgendwie leicht erkältet, im Wartezimmer und haben zum fröhlichen Virenaustausch geladen. Das ist auf einmal vorbei. Natürlich braucht der Arzt dann auch die entsprechenden Abrechnungsziffern, damit er dadurch nicht weniger Geld bekommt, weil er mich nicht persönlich gesehen hat. Ich hoffe sehr, dass wir daraus lernen. Noch ein zweites positives Beispiel: Die überfüllten Notaufnahmen und überfüllten Ambulanzen im Rahmen der ambulanten Behandlung der Charité- das ist alles weg. Die Notaufnahmen sind leer, die Ambulanzen sind leer. Ich habe schon den Eindruck, dass die Pandemie zum bewussteren Umgang mit der Ressource Gesundheitswesen geführt hat. Das müssen wir beibehalten.

Und damit komme ich zur Rolle der Krankenkassen. So sehr ich Herrn Spahn und auch den Gesetzgeber lobe für das, was im Bereich Digitalisierung gemacht wurde, so sehr tadele ich ihre grundsätzliche Rollenzuweisung für die Krankenkassen. Wir haben gefälligst alles zu bezahlen und ansonsten – Verzeihung für die Umgangssprache – die Klappe zu halten. So sehe ich die Rolle der Krankenkassen nicht. Ich sehe die Rolle der Krankenkassen als Begleiter, als Organisator, partiell als Gesundheitsmanager, wobei sie die Patienten nicht behandeln sollen, sondern unterstützen. Speziell in Sachen der Digitalisierung hat der Gesetzgeber dies so gesehen: Er hat sehr klar ins Gesetz geschrieben, dass wir die Patienten hinsichtlich ihrer digitalen Gesundheitskompetenz unterstützen sollen. Apps zu nutzen, Videosprechstunden zu nutzen, digitale Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen, darin sehe ich die Zukunft der Krankenversicherung. Die Krankenversicherungen sind in hohem Maße Eigentümer und Inhaber

von standardisierten Prozessen zu ihren Kunden. Aber ich sehe auch die Leistungserbringer als Kunden der Krankenkassen. Und diese Kundenprozesse müssen digital, müssen viel einfacher werden. Dabei müssen wir endlich begreifen, dass wir die Leute nur dann zum Mitmachen bewegen, wenn wir positive Anwendungsbeispiele finden. Hier waren wir viel zulange viel zu bürokratisch und haben auch als Krankenversicherung Dinge schlecht gemacht. Wenn ich für die elektronische Gesundheitskarte als erste Anwendung die Verwaltung für Verwaltungsdaten der Krankenversicherung schaffe, dann darf ich mich nicht wundern, dass unsere Versicherten und unsere Betriebe den Kopf schütteln und dass sie andere Wege gehen. Dass Versicherte Digitalversorgung annehmen, zeigt sich im Bereich Banken und Versicherungen und in der gesamten Dienstleistungswirtschaft. Wer heute Angebote ohne den digitalen Zweig macht, wird rasch verschwinden. Und so ähnlich sehe ich auch die Entwicklung in der Krankenversicherung. Wir werden weiter eine empathische Begleitung unserer Versicherten benötigen, persönliche Ansprechpartner. Aber wir werden das Massengeschäft und das Geschäft mit eher jüngeren Versicherten vollständig digitalisieren müssen. Und wie bei allem: Wir müssen Geld in die Hand nehmen, damit die Infrastruktur aufgebaut wird. Das können wir! Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass die Pandemie uns ein Push gegeben hat, das zu machen. «

**Also lernen aus Corona. Die richtigen Schlüsse ziehen und die Rahmenbedingungen anpassen. Wenn ich die bislang adressierten Stichpunkte zusammenfasse, kommt ein ordentliches Bündel an Themen oder Maßnahmen heraus. Sie kennen das Gesundheitssystem, Sie kennen das Beharrungsvermögen: Was wäre Ihr Zeithorizont zum Angehen der Themen und Maßnahmen?**

DR. ROY KÜHNE:

» Ich sage das mal ganz klar: Wir haben keine Zeit mehr! Wir stehen definitiv vor einem Finanzierungsproblem. Und ich sage nach wie vor, das ist kein Einnahmenproblem, sondern ein Ausgabenproblem. Kluge Gesundheitspolitik muss sich auf gute Ressourcen konzentrieren. Sie muss schauen, was sinnvoll ist und was in Zusammenarbeit mit verschiedenen Gesundheitsteilnehmern hinterfragt und vielleicht tatsächlich auch abgeschafft werden kann. Es ist Zeit, alte Prozesse zu hinterfragen. Und der Zeithorizont: Das muss in den nächsten zwei, drei Jahren passieren. Die Schritte müssen jetzt gegangen werden. Jetzt ist das Bewusstsein bei den Menschen vorhanden, dass wir neue Wege gehen müssen. Wir haben durch Corona gemerkt: Wir gehen verschwenderisch mit bestimmten Ressourcen um. Doch Schuldzuweisungen sind völlig überflüssig. Wir sollten die Situation als Chance begreifen, jetzt anzupacken - und bitte kein Zeithorizont von vier Jahren. Die nächsten zwei Jahre mal richtig Butter bei die Fische: Wo kann was positiv verändert werden? Was muss hinterfragt werden? Was muss gelassen werden? Als Politikerin oder Politiker einfach mutig sein und Prozesse anstoßen. Politik und Krankenkassen müssen hierfür intensiver zusammenarbeiten. Die Politik darf die Krankenkassen nicht als Gegner sehen und die Krankenkassen dürfen die Politik nicht als Bremse sehen. Ich bin als Abgeordneter oft persönlich auf Krankenkassen zugegangen und habe gesagt „Mensch, wie wollen wir hier die Sachen nach vorne bringen?“ Umgekehrt soll Politik nicht immer kommen müssen, um zu sagen „So, jetzt macht ihr mal!“ Ideal wäre: „Eigentlich haben wir beide dasselbe Interesse: Nämlich die Bedingungen im Gesundheitssystem für die Patienten besser zu machen! Wir haben etwas, das verbindet, nicht das trennt.“ «

**Zwei bis drei Jahre, das klingt nach viel Dynamik. Herr Knieps, sind Sie hier auch so zuversichtlich?**

FRANZ KNIEPS:

» Ich sehe das auch so. Eine neue Regierung muss sich einarbeiten und das braucht ein paar Monate, vielleicht auch ein halbes oder dreiviertel Jahr. Aber ich erwarte von der neuen Regierung, dass sie spätestens Mitte nächsten Jahres genau sagt, was sie will und dann entsprechend gesetzgeberisch tätig wird. Es sind eine Vielzahl von Baustellen. Man kann überlegen, ob man alles in ein Gesetz packt. Man kann aber auch überlegen, ob nicht mehrere begrenzte Gesetze eine bessere Realisierungschance haben und auch eine bessere Möglichkeit bieten, die Menschen gut mitzunehmen. Wir wollen ja immer auch Verhaltensänderungen bewirken bei den Akteuren des Gesundheitswesens. Vom Patienten bis zur Pflegekraft. Und vor allem bei Ärztinnen und Ärzten. Ich denke auch, der Zeithorizont umfasst eineinhalb bis zwei Jahre. Dann muss das sitzen. Da kann man gegebenenfalls noch nachsteuern. Wir wissen aber auch, dass das letzte Jahr vor der Wahl in der Regel nur noch begrenzt Gestaltungsmöglichkeiten bietet. Mir ist wichtig, dass die Politik klar die Verantwortung adressiert. Wenn das die Selbstverwaltung tun soll, dann muss die Selbstverwaltung Fristen bekommen. Dann muss nach Ablauf der Fristen die Aufsicht, die Politik sagen „Ihr habt das nicht gemacht, also jetzt geben wir vor, was läuft!“ Wenn wir Dinge dem Wettbewerb, dem Markt überlassen - und das können wir in vielen Punkten, ohne dass wir die Qualität und Sicherheit gefährden - dann muss die Politik aber auch bereit sein, Unterschiede hinzunehmen. Dann macht die eine Region das anders, als die andere. Und dann macht das die eine Krankenkasse anders als die anderen Krankenkassen. Ich persönlich kann damit gut leben. Ich weiß aber aus eigener Erfahrung, wie schwer es ist, Politiker davon zu überzeugen, dass Unterschiede das System nach vorne bewegen und dass wir nicht immer auf den letzten in der Karawane warten können. Das würde ich mir von der Politik wünschen und das ist wahrscheinlich das, was Roy Kühne mit Mut umschreibt. «



**Franz Knieps**  
@FranzKnieps



**Dr. Roy Kühne**  
@Dr\_Roy\_Kuehne

BESSERE ARBEITSBEDINGUNGEN – NEUE RELEVANTE BERUFSBILDER

# ZUR ZUKUNFT DER PFLEGE IM KRANKENHAUS

Von Olaf Rotthaus, Versorgungsmanagement

Bereits seit langem vor der Corona-Pandemie ist der öffentliche Diskurs über die Pflege im Krankenhaus in Deutschland von Begriffen wie „Pflegernotstand“ über „Katastrophe“ bis hin zu „Skandal“ geprägt. Als Ursache dafür wird die mangelnde Personalausstattung in der Pflege angesehen, die zu Arbeitsverdichtung und hohem Zeitdruck bei den Pflegerinnen und Pflegern führt und damit zu Qualitätsverlust, erhöhter Fehleranfälligkeit und der Unmöglichkeit, den Patientinnen und Patienten das Maß an Zuwendung zu geben, das diese benötigen, wie die Pflegekräfte selbst eindrücklich bestätigen.



Belegt wird dies auch durch die Kennzahlen der Krankenhausstatistik. So hat sich zwar die Zahl der Vollzeitpflegekräfte vom Jahr 2007, dem Jahr des absoluten Tiefstandes, bis zum Vor-Corona-Jahr 2019 von 298.000 auf 345.000 erhöht, ist aber immer noch weit entfernt von den 400.000 aus den 90er Jahren. Gleichzeitig stieg die Zahl der stationären Krankenhausfälle in den letzten 25 Jahren von 16,2 Millionen auf 19,4 Millionen pro Jahr. Mittlerweile muss in Deutschland eine Pflegefachkraft im Durchschnitt 13 Patienten versorgen, während dies beispielsweise in den Niederlanden 7 Patienten sind und in Norwegen sogar nur 5. Dies verdeutlicht den gewaltigen Druck und das hohe Arbeitspensum, die auf den Pflegekräften lasten und die

auch nicht durch die seither halbierte Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kompensiert werden kann. Der Pfleger Alexander Jorde drückt dies in einem Interview so aus: „Die Arbeitsbelastung ist enorm. Und es ist schade, dass man so viele Sachen lernt, die man mit dem Patienten machen kann, für die aber überhaupt keine Zeit bleibt. Es ist ja noch nicht einmal eine vernünftige Grundversorgung möglich.“ Experten sehen gegenwärtig einen Bedarf von weiteren 80.000 Pflegekräften, um die Qualität der Pflege für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen und die Arbeitsbedingungen für die Pflegerinnen und Pfleger zumutbar zu gestalten.

Angesichts dieser Situation verwundert es nicht, dass viele Pflegekräfte, frustriert aufgrund des Arbeitsdrucks, geringer Entlohnung und mangelnder Anerkennung in der Gesellschaft oder weil sie schlicht ausgebrannt sind, ihrem Beruf den Rücken kehren. Insbesondere in der Pandemie ist dies verheerend und gefährdet eine angemessene Versorgung.

Seit über zehn Jahren versucht die Politik dieser Entwicklung mit vielerlei, teilweise durchaus kritikwürdigen, Maßnahmen entgegenzuwirken. Das Thema wird auch im aktuellen Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis90/Grüne und FDP aufgegriffen. Kurzfristig soll die Pflegepersonalrichtlinie 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes eingeführt werden. Dabei wird einem gemeinsamen Konzept von Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), der Gewerkschaft ver.di und des Deutschen Pflegerats gefolgt, bei dem auf wissenschaftlicher Basis die gesamte Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses anhand des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten berechnet wird. Mit einem Ampelsystem wird dann der Grad der Pflegepersonalausstattung angezeigt. Ob dies die Koalitionäre überzeugt hat, mag dahingestellt sein. Jedenfalls steht dieses Konzept durchaus in der Kritik, da hier ein Versorgungsoptimum definiert wird, dessen Nichteinhaltung von den Kostenträgern kaum sanktionierbar ist, anders als bei Personaluntergrenzen, deren Unterschreitung Vergütungsabschläge auslöst. Der DKG wird jedenfalls nachgesagt, sich mit PPR 2.0 für die Krankenhäuser eine Soll-Kosten-Finanzierung der Pflege zu erhoffen, die unabhängig von der tatsächlich vorgehaltenen und geleisteten Pflege erfolgt. Weiter wird im Koalitionsvertrag angekündigt, mit einer Reihe von Maßnahmen die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, die

Ausbildung zur Pflegeassistenz besser zu finanzieren und die akademische Pflegeausbildung zu stärken. Durch verstärkte Digitalisierung sollen die Pflegekräfte bei der Dokumentation entlastet werden. Darüber hinaus sollen mehr ausländische Fachkräfte gewonnen werden und es soll geprüft werden, wie die Selbstverwaltung der Pflege in Zukunft organisiert werden kann. Der Deutsche Pflegerat soll als Stimme im GBA und in anderen Gremien gestärkt werden.

Bereits in den vergangenen zwei Wahlperioden wurden zahlreiche Maßnahmen beschlossen, die die Pflegesituation in den Krankenhäusern verbessern sollten. Beispielhaft seien hier das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG), die Einführung der Personaluntergrenzen sowie das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) genannt.

2015 wurde mit dem KHZG ein Pflegestellenförderprogramm aufgelegt, das Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, ausgehend vom Bestand 01.01.2015, in den Jahren von 2016 bis 2018 mit insgesamt 660 Millionen Euro fördern sollte. In diesen Jahren wurde jedoch nur rund die Hälfte der Mittel abgerufen. Der damalige Versorgungszuschlag wurde durch den Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich ersetzt. Je höher der Anteil des Pflegepersonalbudgets eines Krankenhauses am gesamten Budget für das Pflegepersonal in Deutschland war, umso höher der Pflegezuschlag. Außerdem wurde eine Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ eingesetzt. Nach deren Empfehlungen wurden mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten 2017 Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

eingeführt. Festgelegt wurden zunächst sechs pflegesensitive Bereiche. Wenn ein Krankenhaus in diesen Bereichen bei der Pflegepersonalausstattung in den untersten 25% aller Krankenhäuser liegt, muss es entweder Personal aufstocken oder die Patientenzahl reduzieren, ansonsten muss es Vergütungsabschläge hinnehmen. Mit dem PpSG 2018 wurde dann der sehr weitreichende Beschluss getroffen, die Pflegekosten der Krankenhäuser aus dem DRG-System auszugliedern. Die Kostenträger sollen die Pflegekosten vollständig übernehmen. Dies stieß durchaus auf Kritik, da es ein schwerwiegender Eingriff in das DRG-System ist, die Komplexität der Krankenhausfinanzierung beträchtlich erhöht und einen Rückfall in Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips darstellt. Darüber hinaus wird mit dem PpSG jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte werden sie nun vollständig von den Kostenträgern refinanziert.

Die Politik hat also durchaus große Anstrengungen unternommen und beträchtliche Mittel der GKV eingesetzt, um die Situation der Pflegekräfte zu verbessern und deren Zahl zu erhöhen. Aber, wie gezeigt, sind die Ergebnisse nicht zufriedenstellend. Es bedarf noch weiterer Maßnahmen und Ansätze, um das Ziel einer vor allem für die Patientinnen und Patienten besseren Pflege im Krankenhaus zu erreichen. Pflegerische Versorgung ausgerichtet am Bedarf ist der einzige Weg, um mit der knappen Ressource Pflegefachkraft angesichts einer alternden und multimorbiden Gesellschaft umzugehen. Das heißt auch, dass die Ambulantisierung stationär erbrachter Leistungen vorangetrieben werden muss. Vier Millionen Fälle liegen nur eine Nacht

im Krankenhaus. Das sind rd. 20% aller Krankheitsfälle, die fast alle ambulant versorgt werden könnten. Das birgt enormes Entlastungspotenzial für das Pflegepersonal. Der Koalitionsvertrag bietet hier Anlass zur Erwartung, dass man hier in den nächsten Jahren vorankommen kann. Die Koalitionäre haben sich darauf geeinigt, für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG einzuführen. Ob diese Art des Vergütungsmodells richtig ist, muss man diskutieren. Verstärkte Anreize, Leistungen ambulant zu erbringen, sind jedoch unbedingt notwendig. Aber auch die Arbeitsbedingungen in der Pflege und insbesondere auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf müssen kontinuierlich weiter verbessert werden. Der gesamtgesellschaftliche Anspruch für die pflegerische Versorgung muss eine evidenzbasierte, aktivierend-therapeutische und dem Patienten zugewandte Pflege sein, für welche den Pflegenden genügend Zeit am Bett eingeräumt werden muss. Dabei dürfen Versorgungsqualität, Patientensicherheit und der Gesundheitsschutz der Pflegekräfte nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Sebastian Dienst vom Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) gibt uns einen Impuls aus der Praxis. Er zeigt wie das DHZB mit moderner Personalplanung & Digitalisierung als entscheidende Hebel für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege und einen nachhaltigen Vorsprung bei besserer Patientenversorgung, Pflege als Wettbewerbsvorteil etabliert hat.

Er nimmt auch die Krankenhäuser selbst in die Pflicht, durch modernes Personalmanagement für eine gleichmäßige Belastung der Pflegenden zu sorgen, indem genügend qualifiziertes Pflegepersonal zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zur Patientenversorgung zur Verfügung steht. ■



## Wertvolle Ressource Mensch

Sebastian Dienst,  
Pflegedirektor im Deutschen Herzzentrum Berlin

**Digitalisierung hilft bei moderner Personalplanung. Das bringt bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege und einen nachhaltigen Vorsprung bei besserer Patientenversorgung. Dazu haben wir im November mit Sebastian Dienst, dem Pflegedirektor im Deutschen Herzzentrum Berlin in einem Podcast gesprochen. Der von seinem 14-jährigen Sohn gefragt wurde: „Warum musstest Du dafür studieren? Wenn Du den Leuten gute Arbeitsbedingungen anbietest, ist es doch logisch, dass die zu Dir kommen.“**

**Warum ist Digitalisierung ein entscheidender Hebel für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege? Aus Ihrem hervorragenden Vortrag bei unserem Krankenhaustag des BKK Dachverbands habe ich verstanden: verlässliche Dienstpläne sind ein im Alltag entscheidendes Ziel. Was lässt sich erreichen für bessere Arbeitsbedingungen?**

» Es geht nicht nur um verlässliche Personalplanung für Pflegendе, sondern um alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Warum müssen wir das digitalisieren? Wir sehen einen großen Metatrend: Wir werden in der sehr nahen Zukunft viel zu wenig gut qualifizierte Menschen haben für ein Riesen-Aufgabenpaket. Das ist kein Pflege-thema, sondern das ist ein Thema im ärztlichen Dienst, bei den MTAs, bei den Physiotherapeuten Und das ist nicht nur Krankenhausthema, das geht weit darüber hinaus.

Der Hauptjob wird es sein, diese wertvolle Ressource Mensch so effektiv wie möglich einzusetzen. Das gelingt uns nur, wenn wir unglaublich viele Datensätze zusammenführen zu workload, also Arbeitsbelastung und vielen anderen Themen – und dann in Echtzeit so zu reagieren, dass die Mitarbeiter eine stabile Arbeitssituation vorfinden. Wir haben gerade im Krankenhaus extrem wechselhafte Belastungen. Manchmal ein Riesen workload, weil viel zu wenig Pflegekräfte da sind, aber auch, das gehört zur Wahrheit dazu, dass wir manchmal mehr Ressourcen im Personalbereich verfügbar haben, weil die Patienten gerade nicht da sind. Und das können wir uns schlichtweg nicht mehr leisten. «

» Wir können in Echtzeit so reagieren, dass die Mitarbeiter eine stabile Arbeitssituation vorfinden. «

**Gibt es Bedenken bei den Pflegefachkräften – etwa die Sorge, dass sie digital quer durchs Haus verschoben werden?**

» Absolut nicht. Es muss eine Grundstabilität in der Arbeitsbelastung gewährleistet sein. Aber es gibt eben auch Mitarbeiter, die wollen flexibel arbeiten, weil familiäre Umstände das erlauben oder sie haben andere private Bedingungen wie Bildung. Die können uns eine flexible Reserve anbieten. Aber auch die muss digital harmonisiert werden mit der jeweils anfallenden Arbeit. Also eigentlich ziemlich einfach: Wir müssen es schaffen, das Personal zur richtigen Zeit am richtigen Platz zu haben.

Und wir müssen den Mitarbeitern anbieten können, je nach persönlicher Lebenssituation entweder mit einem stabilen Dienstplan zu arbeiten oder die flexible Reserve digital sinnvoll einzusetzen. «

**Und wie ist es Ihnen gelungen, auch die skeptischen Mitarbeiter mitzunehmen?**

Ganz ehrlich: Sie haben es erstmal im Ist-Zustand erlebt, dass die Besetzungen im Dienstplan stabiler geworden sind. Ohne zu wissen, welche Prozesse genau digitalisiert wurden. Wir messen in Echtzeit: Wie viele Mitarbeiter betreuen wie viele Patienten? Diese Besetzungsquotienten sind mit den Mitarbeitern und den Betriebsräten besprochen. Und wir berichten regelmäßig, zeigen unsere

Dashboards. Die können genau sehen, in welcher Schicht wir wie besetzt waren. Daraus hat sich Vertrauen entwickelt – eine sehr analoge Eigenschaft. Und dann wächst natürlich die Bereitschaft, da auch mitzuziehen.

Das habe auch ich als Pflegedirektor gelernt: Zu Beginn der Pandemie fand ich digitale Konferenzen total merkwürdig. Denn Ich will die Menschen analog um mich herum haben. Mein Stellvertreter hat mir gesagt: Herr Dienst, auch das müssen wir jetzt digital machen. Und ehrlicherweise haben auch alle Leitungen schnell mitgezogen. Inzwischen treffe ich mich mit meinen Mitarbeitern digital in Kurz-Chats und Konferenzen.



Wie kann Digitalisierung in der Pflege einen Wettbewerbsvorteil des DHZ bei der Einstellung neuer, gut ausgebildeter Fachkräfte schaffen?

Das hören Sie im BKKDV Podcast mit Sebastian Dienst hier:  
<https://www.bkk-dachverband.de/presse/bkk-radioservice>

EVIDENZBASIERTES WISSEN NUTZEN

# LITERATURRECHERCHE ZUM PFLEXIT

Von Daniel Fuchs und Raphael Tafer, Gesundheitsförderung, Pflege und Rehabilitation

Angesichts der sich erneut zuspitzenden SARS-CoV-2 Pandemie muss allen politischen Entscheidern nachdrücklich eines der bedeutendsten Nadelöhre der gesundheits- und pflegerischen Versorgung schmerzhaft offenbar werden: Ohne Pflege(fach)personen wird jedes freie Intensivpflegebett eine blasse statistische Größe bleiben. Und wer zurecht dafür eintritt, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mehr sein müsse als nur „satt und sauber“, wird angesichts realer pandemiebedingter Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen den neuen politischen Kampfbegriff des Pflexit aufgreifen müssen, um auf eine sich verschärfende Personalsituation in der Pflege aufmerksam zu machen. Der BKK Dachverband hat es sich zur Aufgabe gemacht, diesem Begriff wissenschaftlich auf den Grund zu gehen.



© Willie B. Thomas/Digital Vision/Getty Images

Im Koalitionsvertrag der taufischen Bundesregierung, dessen Tinte gerade erst getrocknet zu sein scheint, ist die Pflege und mithin die Situation des Pflegepersonals – wenig überraschend – eines der prominenten Themen. Deren Einsatz soll mit einer weiteren steuerfreien „Heldenprämie“ gedankt werden, während die Arbeitsbedingungen „schnell und spürbar“ verbessert werden sollen. Speziell in der stationären Langzeitpflege soll u.a. der bereits angelaufene Aufbau des Personalbemessungsverfahrens beschleunigt werden, die Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege geschlossen und der Beruf z. B. durch Steuerbefreiungen und erweiterte Kompetenzen

attraktiver gemacht werden. Angesichts des aktuell zu konstatierenden Fachkräftemangels in der Pflege und den hieraus resultierenden gesellschafts- und versorgungspolitischen Herausforderungen wurde aber auch schon vor den aktuellen Fortschrittsbekundungen der Ampel-Koalitionäre politisch und gesetzgeberisch einiges unternommen, um diesem zu begegnen. So hat z. B. die Bundesregierung in der ausgelaufenen 19. Wahlperiode u.a. die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen und medial in den Mittelpunkt gestellt. Mit dieser wurde unter der Federführung dreier Bundesministerien (BMG, BMFSFJ und BMAS) ressortübergreifend das Ziel verfolgt, mit verschiedensten

Akteuren den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflege(fach)personen zu verbessern, die Pflege(fach)personen zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken. In diversen Bereichen wurden mit den relevanten Akteuren und Institutionen Maßnahmen und Ziele zur Verbesserung der Pflegepersonalsituation im Sommer 2019 vereinbart, welche sich nach wie vor in der Umsetzung befinden.

Die Neukoalitionäre im Bund und allen voran die neue Bundesgesundheitsminister:in werden bei der Umsetzung ihrer vertraglich geeinten Bündnisbekundungen über ein entscheidendes versorgungspolitisches Puzzleteil stolpern – dem Phänomen des Pflexit. Vereinfacht ausgedrückt, bezeichnet dieser Begriff den konkreten Ausstieg oder die Absicht von professionell Pflegenden, aus ihrem Beruf auszustiegen. Der Pflexit ist medial in aller Munde. Immer neue Schlagzeilen [1,2,3] weisen auf die Dramatik der aktuellen Situation hin. Dabei zeigt sich allerdings ein durchaus uneinheitliches Bild: So signalisieren die Daten der Bundesagentur für Arbeit in diesem Kontext einerseits außergewöhnlich deutliche Zuwächse bei den Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege und dem versorgungspolitischen Beobachter drängt sich dann sofort die Frage auf, ob der damit nachgewiesene Personalaufwuchs hinreichend ist, um den gleichzeitig steigenden Bedarf zu decken? Andererseits zeichnen

Umfragen von Verbänden und Gewerkschaften ein extrem düsteres Bild: Laut DBfK denken über 30% Prozent der Pflegenden darüber nach, ihre bisherige Tätigkeit aufzugeben und dem Beruf den Rücken zu kehren [4]. Ein besonderes Paradoxon zeichnete sich in diesem Zusammenhang angesichts der Bemühungen zur Etablierung etwaiger Landespflegekammern ab, welche als eigenständige berufsständische bzw. fachpolitischen Interessenvertretungen installiert werden sollten, um die Belange der Pflege mit einer starken Stimme selbst in die Hand nehmen zu können: Denn der Haken dieser Initiativen zeigt sich ausgerechnet bei deren Basis, wie zuletzt bei der Auflösung der Landespflegekammer Schleswig-Holstein. Hier votierten 91,7 Prozent der pflegenden Mitglieder für deren Auflösung [5]. Andernorts musste die Beteiligung an etwaigen Umfragen zur Schaffung etwaiger Landespflegekammern als durchaus marginal bezeichnet werden. Die aktuell grassierende SARS-CoV-2 Pandemie wirkt in diesem Zusammenhang dann als eine Art pflegepolitisches Brennglas, welches die Probleme und Herausforderungen und letztlich auch die hieraus resultierenden Kontroversen nochmals deutlich verstärkt. Damit liegen nach Ansicht des BKK Dachverbandes genügend Gründe vor, das Phänomen Pflexit – unterstützt durch folgende Fragestellungen – genauer unter die Lupe zu nehmen:

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

Um Licht in Dunkel zu bringen und zu prüfen, wie evident das zumeist medial beschriebene Pflexit-Szenario ist, hat der BKK Dachverband eine externe und wissenschaftlich gestützte adhoc-Literaturrecherche beauftragt. Konkretes Ziel war es, damit einen aktuellen und strukturierten Überblick zur aktuellen Datenlage zu bekommen und hieraus erste Thesen mit Blick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuleiten. Auf dieser Grundlage ist es zudem das Anliegen, einen Ausblick zu versorgungspolitischen Handlungs- und ergänzenden Forschungsbedarfen zu generieren. Gerade das BKK-System, welches sich seit

jeher aufgrund seiner betrieblichen Nähe im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention aufweist und sich deshalb speziell auch im Bereich Pflege engagiert, treibt die Vermutung um, dass gerade die als intrinsisch motiviert geltenden Berufsgruppen der Pflege reihenweise und für immer den Dienst quittieren könnten und damit eine massive versorgungspolitische Krise ausgelöst wird.

Da sich die öffentlichen und „lauten“ Diskussionen zum Pflexit aufgrund der aktuellen Pandemiesituation nachvollziehbarer Weise eher auf den akutpflegerischen Bereich und speziell auf den Intensivpflegebereich beziehen, hat der BKK Dachverband bei seinem Rechercheauftrag bewusst den Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege in den Fokus genommen – wo gemeinsam mit den Angehörigen (dem nach wie vor größten „Pflegedienst“ Deutschlands) – der allergrößte Teil der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland versorgt wird. Konkret sollte sich im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege auf der Grundlage der vorliegenden Daten der Beantwortung der Frage genähert werden: „Ob und wenn ja, in welchen Bereichen ein Pflexit gesichert nachgewiesen werden kann und welche Ursachen der Ausstieg aus dem Beruf bzw. der Pflegebranche konkret hat?“ Es handelt sich hierbei um eine orientierende Literaturrecherche für

den Zeitraum Januar 2020 bis Juli 2021. Hierbei wurden in einschlägigen Datenbanken in der sogenannten „westlichen Welt“ (Ausschluss: Asien, Afrika, Südamerika) nach Publikationen gesucht, die insbesondere das Verlassen des Pflegeberufs adressieren. Der BKK Dachverband wird diese Erkenntnisse analysieren und bearbeiten, um einen allgemeinen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels in der Pflege und im Besonderen – angesichts des Regierungsübergangs in außerordentlichen Krisenzeiten – Unterstützung bei der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie zu leisten. Letzteres inkludiert natürlich perspektivisch etwaige Erfahrungen und Erkenntnisse in die Praxis einfließen zu lassen in einer – hoffentlich – postpandemischen Zeit.

Daher sei es an dieser Stelle erlaubt, faktisch vorab als Appetizer einige ausgewählte erste Tendenzen zu skizzieren:

- Sowohl die Intention bzw. die Ankündigung den Pflegeberuf zu verlassen, als auch die tatsächliche Umsetzung des Berufsausstiegs scheint als Begriff Pflexit synonym zur Anwendung zu kommen – hier zeigt die vorliegende Literatur einen Differenzierungsbedarf.
- Auch während bzw. trotz der SARS-CoV-2-Pandemie scheinen für Pflege(fach)personen Faktoren zu existieren, welche als Ressourcen die Resilienz förderten und damit positiv erlebt wurden.
- Das Belastungserleben von Fachkräften und Führungskräften in der Krise divergiert deutlich.
- Im Vergleich scheinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ambulanten Pflegeeinrichtungen deutlich weniger im Fokus zu stehen als in stationären Einrichtungen obgleich sich die Situation für die Pflege(fach)personen in der SARS-CoV-2-Pandemie durch die allgemeinen Rahmenbedingungen zum Teil viel fragiler darstellt als in der stationären Pflege.
- Das (alte) Thema einer mitarbeiterorientierten und partizipativen Führung/Management in Pflegeeinrichtungen scheint unter dem Druck der Pandemie in bestimmten Belangen noch entscheidender geworden zu sein.
- Die pflegerische Versorgung durch Pflege(fach)personen bzw. Pflegeeinrichtungen scheint einem „Teilzeitdilemma“ ausgesetzt zu sein. Insofern wäre das Thema „Teilzeitarbeit“ in der Pflege nochmals differenziert in seinen unterschiedlichen Wirkmechanismen zu betrachten.

Bereits diese ersten skizzierten Ergebnisse zeigen, dass offenbar eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Pflexit und weitere gezielte wissenschaftliche Erhebungen notwendig sein werden. Klar dürfte sein: Die Zeit der Wahlkampflogans ist spätestens jetzt vorbei und populistischen Einzeilern droht die baldige Entlarvung – auch wenn die oft bemühten Allgemeinplätze „mehr Geld“ und „mehr Personal“ nicht prinzipiell in die Verdammung gehören. Letztlich muss aber offenbar werden – auch wenn es im kurzlebigen politischen Geschäft nicht attraktiv und für die aktuelle Situation der täglich ackernden Pflegekräfte bitter erscheint – dass es eine schnelle Verbesserung der Situation nicht geben wird. Vielmehr werden ein langer Atem und ein kontinuierliches Monitoring erforderlich sein. Auf dieser Grundlage werden die politischen Entscheider gefordert sein, einen begünstigenden rechtlichen Rahmen und dies weit über den Tellerrand des SGB XI hinaus zu schaffen. Stichworte könnten für den Gesetzgeber hier die kommunale Verankerung der pflegerischen Versorgung und ein verbesserter Quartiersbezug sein, welcher auch die Rolle der Angehörigenpflege stärker berücksichtigt. Auch die angrenzenden Sozialgesetzbücher dürfen dabei nicht aus dem Blick des Wandels und der inhaltlichen Annäherung geraten. Nur so wird es möglich sein, nachhaltig und im Zweifel in aller regionaler Kleinteiligkeit eine neuen „Gesellschaftsvertrag-Pflege“ zu schmieden, der wiederum die Akteure der Pflege befähigt, ein pflegespezifisches „New Work“ praktisch umzusetzen. ■



#### LITERATURLISTE

Vollständige Liste unter  
[www.bkk-dv/210647](http://www.bkk-dv/210647)



VOM KRANKENHAUS IN REHA UND PFLEGE

# DAS ENTLASSMANAGEMENT SOLL DIGITAL WERDEN!

Von Andrea Röder, Politik und Kommunikation

Es ist keine Vision mehr, dass das Entlass- und Überleitungsmanagement im Krankenhaus digital durchgeführt werden kann. Im Sinne des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) können Kliniken heute bereits die Versorgungskoordination digital optimieren. Der digitalen Lösung, einer Online-Plattform mit 15.000 Leistungserbringern, 220 Krankenhäusern und 440 Reha-Kliniken des Start-Up RECARE sind derzeit 12 Betriebskrankenkassen beigetreten.



© Solzkin/Digital Vision/Getty Images

Als Pilotkassen arbeiten seit der ersten Stunde die pronova BKK, die BKK VBU und die SBK mit RECARE zusammen. Mit Hilfe der Software werden zum Beispiel die Abläufe zur Bearbeitung von Reha-Anträgen digitalisiert und die Bearbeitung erheblich verkürzt und so ein schneller Start der Anschlussheilbehandlungen sichergestellt.

Bei schweren Erkrankungen oder komplizierten Operationen wie zum Beispiel bei einer Hüftoperation, ist eine Rehabilitation (kurz: Reha) wichtiger Bestandteil des Genesungsprozesses für Patientinnen und Patienten. Nach einem Krankenhausaufenthalt geht es bei einer Anschlussheilbehandlung darum sich zu erholen, Muskeln zu trainieren und wieder richtig gesund zu werden. Hier gilt: je früher begonnen wird, desto besser sind die zu erwartenden Ergebnisse. Um optimale Behandlungserfolge zu erzielen, sollte sich daher eine Reha möglichst nahtlos an eine stationäre Behandlung in der Klinik anschließen. Doch

bislang sieht die Versorgungsrealität in vielen Fällen anders aus. Im Klinikalltag muss zunächst ein Antrag gestellt werden, sobald absehbar ist, wann der Krankenhausaufenthalt beendet sein wird. Die anschließende kurzfristige Suche nach einem freien Reha-Platz ist nicht immer übergangslos erfolgreich. Es kommt sehr oft zu Wartezeiten.

„Hier setzen wir an“, erklärt Daniela Lätsch, Teamleiterin Versorgung bei der pronova BKK. „Mit unserem Partner RECARE haben wir den kompletten Prozess digitalisiert und entbürokratisiert, mit dem bestmöglichen Effekt: einer optimalen Versorgung unserer Kundinnen und Kunden.“

So funktioniert es: Mit der RECARE-Plattform werden im Zuge einer Reha-Maßnahme der notwendige Austausch zwischen den Leistungserbringenden und der Krankenkasse sowie sämtliche bürokratische Abläufe vereinfacht. Reha-Anbieter, die mit Hinblick auf den individuellen Behandlungsbedarf der jeweiligen Versicherten in Frage kommen, können direkt in der Software identifiziert werden. Alle beteiligten Stellen können über eine Nachrichten-Funktion live miteinander kommunizieren und Formulare sicher austauschen. Termine und Anträge können digital eingereicht werden und ersetzen somit aufwendige Abstimmungsschleifen. Das Faxgerät hat damit ausgesorgt. Nicht zuletzt auch wegen der aktuellen Rechtsprechung im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Hier wird deutlich, dass das Faxgerät kein datenschutzkonformes Medium mehr ist, um sensible Gesundheits- oder Sozialdaten zu übermitteln und zu verarbeiten.

„In der Vergangenheit ist es vorgekommen, dass 80 bis 90 Nachsorgeeinrichtungen gleichzeitig sensible Patientendaten via Fax erhalten haben und jeder der am Faxgerät stand Zugriff auf die Faxübertragung hatte“, so Maximilian Greschke, CEO und Gründer von RECARE.

Jetzt funktioniert es wesentlich einfacher und sensibler: Über die Browser gestützte Software der RECARE Online-Plattform haben die Krankenhäuser die Möglichkeit ihre Versorgungsanfragen für die am Projekt beteiligten BKK-Versicherte an die Kasse zu senden. Auch die Antragsprüfung und -freigabe durch die Mitarbeitenden der Kassen sowie die Weiterleitung von Patientenfragen an Reha-Einrichtungen erfolgen direkt über diese digitale Lösung. Die Kommunikation über die digitale Plattform ist sicher und Ende-zu-Ende verschlüsselt.

„Wo traditionell Daten unstrukturiert per Fax übertragen wurden, können wir heute strukturierte Daten in Echtzeit übertragen – und das bis in das Primärsystem der gesetzlichen Krankenversicherung“, ergänzt Maximilian Greschke.

#### **EIN QUANTENSPRUNG: DOCH NOCH FEHLT EIN FLÄCHENDECKENDES ENTLASS- UND ÜBERLEITUNGSMANAGEMENT IN KRANKENHÄUSERN**

Die Realität in deutschen Krankenhäusern sieht bislang vielerorten noch anders aus. In den Kliniken wird das Entlassmanagement überwiegend von Sozialarbeitern oder Case Managern analog umgesetzt. Nachdem die Weiterversorgung aufwendig per Telefon koordiniert wurde, werden überleitungsrelevante Informationen standardmäßig per Faxgerät an den Kostenträger oder die weiterversorgende Einrichtung übermittelt. Das zieht großen administrativen Aufwand für das Klinikpersonal nach sich und kostet wichtige Zeit, die für die direkte Betreuung und Beratung der Patienten fehlt.

» Wo traditionell Daten unstrukturiert per Fax übertragen wurden, können wir heute strukturierte Daten in Echtzeit übertragen. «

**Maximilian Greschke, Geschäftsführer RECARE**

Im analogen (Fax)-System steht die volle Bandbreite der vorhandenen freien Versorgungskapazitäten in den Einrichtungen nicht schnell genug und nicht ausreichend transparent zur Verfügung. Selten werden die Entlassprozesse kollaborativ von Krankenhaus und Kostenträger bearbeitet.

Auch rein ökonomisch gesehen hat analoges, ineffizientes Entlassmanagement in der Krankenhauspraxis negative Auswirkungen. Wenn kurzfristig keine adäquate Nachversorgung entsprechend der medizinischen Bedürfnisse sichergestellt werden kann und der Patient in diesem Sinne länger im Akutkrankenhaus verweilt als nötig, nimmt dies unnötig Ressourcen im Krankenhaus in Anspruch.

Dies alles sorgt dafür, dass die Klinik- und Krankenkassenwelt derzeit verstärkt die Themen Digitalisierung besonders hinsichtlich des aktuellen Krankenhauszukunftsgesetzes und dem Ende 2019 in Kraft getretene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) diskutiert. Mit diesen Gesetzen soll die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland Realität werden.

„Wir als Betriebskrankenkassen wollen mit dem digitalen Entlass- und Überleitungsmanagement den Systemwechsel in Richtung einer patientenorientierten, ressourcensparenden Kommunikation einläuten und fordern Krankenhäuser und andere Versorger auf, sich dem Vertrag anzuschließen. Perspektivisch soll das Angebot von RECARE Deutschland GmbH von den BKK auch für die Versorgung im Hilfsmittelbereich und im Transportdienst genutzt werden“, so Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes.

#### **KOOPERATION FÜR DIGITALE IMPULSE IN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG: BETRIEBSKRANKEN-KASSEN UND UNIVERSITÄTSKLINIKEN GEHEN GEMEINSAMEN WEG**

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der BKK Dachverband (BKK DV) wollen in der Frage der Nutzung von Möglichkeiten zur Anwendung digitaler Innovationen in der Krankenhausversorgung gemeinsame Wege gehen. Im Juni 2021 wurde eine Kooperationsvereinbarung für eine enge Zusammenarbeit geschlossen, damit Universitätskliniken und Betriebskrankenkassen vor Ort digitale Lösungen, wie z.B. beim Entlassmanagement voranbringen können. Ziel dabei ist auch, die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung zu verbessern und zusätzlich die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, Versicherten und Mitarbeitenden der Universitätsklinika und Krankenkassen optimal zu verzahnen.

„Das Entlassmanagement soll digital werden. Das ist wichtig, denn wir wollen die Versicherten von Betriebskrankenkassen in den Fokus rücken, nicht das Verwaltungsprozedere darum herum – und zwar mit innovativen, digitalen Instrumenten. Hilfreich kann hier die Online-Plattform von RECARE sein“, so der Vorstand des BKK Dachverbandes, Franz Knieps.

„Das Wesen von Universitätskliniken ist es, medizinische Innovationen zu entwickeln und dafür zu sorgen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst schnell bei den Patientinnen und Patienten ankommen. Durch die Kooperation mit dem BKK Dachverband können wir innovative digitale Projekte an den Unikliniken umsetzen. So wird die Patientensicherheit weiter gestärkt“, sagt Jens Bussmann, Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD).

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Um hier Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.

Ein wichtiger Baustein dabei ist die finanzielle Förderung von Patientenportalen für die Vernetzung und Kommunikation zwischen Patienten und Leistungserbringern. Das Gesetz beinhaltet ein Förderprogramm des Bundes für Krankenhäuser im Umfang von über drei Milliarden Euro. Zusätzliche 1,3 Milliarden Euro werden von den Ländern aufgebracht. Neben einer dreijährigen Förderung (länderspezifisch bis zu 100 % der Kosten) fordert der Gesetzgeber die Etablierung eines solchen Portals entsprechend der gesetzten Standards ab 2025 und droht sogar an, Krankenhäuser, die derartige Lösungen nicht in den eigenen Prozessen etabliert haben, mit sensiblen Strafen zu belegen.

„Die RECARE-Plattform für digitales Entlassmanagement ermöglicht die reibungslose Koordination von Versorgungsplätzen in den Bereichen Pflegeüberleitung, Krankenhausverlegung, Anschlussheilbehandlung sowie die dazugehörige Organisation von Krankenförderung und Hilfsmitteln“, erläutert Maximilian Greschke.

#### **HERAUSFORDERUNG PFLEGEPLATZ-MANAGEMENT FÜR KRANKENHÄUSER UND BETRIEBSKRANKENKASSEN**

Die Überführung in die Pflege zu Hause oder in eine Pflegeeinrichtung bringt Herausforderungen für alle Beteiligten mit sich. Um einen geeigneten Pflegeplatz zu finden, müssen sich die Mitarbeiter sowie Angehörige neben den Patienten mit den praktischen Möglichkeiten der Pflegeplatzsuche auseinandersetzen. Seit April 2020 nutzt die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) und seit kurzem die Heimat BKK die RECARE-Online-Plattform um ihren Versicherten zeitnah und unbürokratische einen stationären oder ambulanten Pflegeplatz zu organisieren.

„Die Aufgaben, die es dabei zu bewältigen gilt, sind vielfältig und häufig komplex. Beispielsweise müssen sich die Beteiligten auch um die Anschlussfinanzierung und damit um Leistungen der Pflegekassen kümmern. Doch oft fehlt es an einem transparenten, sicheren und schlanken Überleitungsprozess von der Kranken- zur Pflegekasse. Das erschwert die Planbarkeit und die schnelle Bearbeitung dieser Überleitungsfälle und bedeutet häufig Stress für die Mitarbeitenden der Krankenkassen, Krankenhäuser und der Nachsorgeeinrichtungen. Außerdem wirkt sich diese Situation negativ auf die Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörige aus“, betont Martin Spiegel, Bereichsleiter für Ausgabensteuerung bei der SBK.

Die digitalen Lösungen von RECARE verbessern diesen Zustand: Das Portal erstellt beispielsweise bei der Pflegeplatzsuche eine individuelle Liste mit Vorschlägen. Berücksichtigt wird hierbei das Entlassdatum und Wunschdatum der Nachversorgung, die Entfernung der Einrichtung zum Wohnort des Patienten oder der Bedarf einer konkreten individuell erforderlichen Behandlung. Die Klinikmitarbeiter können so anhand spezifischer Kriterien die potentiellen Nachversorger nach aktuell freien Pflegeplätzen abfragen.

„In der Praxis bedeutet das beispielsweise für die Mitarbeiter vom Sozialdienst in den Krankenhäusern, dass sie bei jeder individuellen Pflegeplatzsuche für Patienten bereits innerhalb weniger Minuten die relevanten Informationen über die Einrichtungen, deren Kapazitäten und Schwerpunkte einsehen können“, so Maximilian Greschke.

Im Mittelpunkt sollte der Mensch stehen. Denn zum Schluss müssen die digitalen Lösungen auf die Patienten und Mitarbeiter der Krankenhäuser und der Nachsorgeeinrichtungen zugeschnitten sein und mit den digitalen Plattformen interagieren. ■

DIGITALE PLATTFORM RECARE

# Stimmen aus den Kassen



» Der Gang in eine Pflege- oder Reha-Einrichtung ist für die Patient\*innen mit großen Belastungen verbunden. Um sie in dieser schwierigen Situation bestmöglich zu unterstützen, arbeiten wir schon länger mit RECARE zusammen. Dadurch können wir unseren Versicherten den Übergang zu einem Reha- oder Pflegeplatz deutlich schneller und einfacher gestalten. Oft geben wir die ersten Vorschläge für einen geeigneten Anbieter schon nach wenigen Stunden an unsere Versicherten weiter. Diese Beschleunigung verdanken wir der deutlich einfacheren Suche nach freien Plätzen in passenden Einrichtungen und der Möglichkeit zum digitalen Austausch zwischen den Beteiligten. «

**Dr. Gertrud Demmler,**  
Vorständin SBK

» Die Nachversorgung der Patienten nach einer stationären Krankenhausbehandlung kranke in der Vergangenheit oft an der Intransparenz der passenden Angebote. Die digitale Vernetzung über RECARE und der direkte Zugriff auf offene Portale bringt Leistungserbringer und Patienten schneller und effektiver zusammen. Unsere Versicherten profitieren zukünftig von einer individuell auf sie abgestimmten Anschlussversorgung und wir können unserer Rolle als Lotse und Kümmerer einfach besser gerecht werden. «



**Dagmar Stange-Pfalz,**  
Vorstand BKK VerbundPlus

» Wir möchten dafür Sorge tragen, dass unsere Kundinnen und Kunden in schwierigen Lebensphasen schnell und zielgerichtet in die Hände von kompetenten Nachversorgern gelangen. Genau aus diesem Grund sind wir die Kooperation mit RECARE Deutschland GmbH eingegangen und sind mit dieser Entscheidung sehr zufrieden. «

**Siegfried Gänslar,**  
Vorstandsvorsitzender vivida bkk



» Es ist immer unser Ziel, eine Phase des Stillstands zu vermeiden, die die Patienten in ihrem Genesungsprozess zurückwerfen könnte. Daher ist es folgerichtig, dass wir gemeinsam auf digitale Prozesse umsteigen, die eigentlich längst überholte, aber leider immer noch verbreitete Papier- und Faxlösungen überflüssig machen! Nur so sind wir auf dem richtigen Weg in die Gesundheitsversorgung der Zukunft und setzen »gute Digitalisierung« zum Wohl unserer Kundinnen und Kunden um. «



**Andrea Galle,  
Vorständin BKK-VBU**

» Die Heimat Krankenkasse hat sich bewusst für eine Zusammenarbeit mit RECARE entschieden, da RECARE uns eine innovative Plattform für die gemeinsame Nutzung durch Leistungserbringer und Kostenträger zur Verfügung stellt. Dabei werden neben den datenschutzrechtlichen Anforderungen auch die Anbindungen an die Kernsysteme der Partner ideal gewährleistet. Durch die Nutzung der vernetzten Plattform erwarten wir für unsere Kundinnen und Kunden beschleunigte Prozesse und somit insgesamt eine bessere Patientenversorgung. «



**Klemens Kläser,  
Vorstand Heimat Krankenkasse**

» Wir freuen uns sehr, unseren Versicherten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit RECARE eine schnelle und gute Weiterbehandlung anbieten zu können. RECARE digitalisiert die Prozesse zwischen dem Krankenhaus und der BKK Pfalz und verkürzt für unsere Kunden damit die Zeit bis zur Kostenzusage für die Anschlussversorgung deutlich. Mit RECARE gehen wir unseren eingeschlagenen Weg der Digitalisierung zum Wohle unserer Kunden konsequent weiter. «



**Hans-Walter Schneider,  
Vorstand BKK Pfalz**

» In RECARE hat die pronova BKK einen verlässlichen und zukunftsweisenden Partner für die Reha-Vermittlung gefunden. Gemeinsam optimieren wir die Versorgung unserer Kundinnen und Kunden, indem wir bürokratische Hürden abbauen. Außerdem ist RECARE ein bedeutsamer Zugewinn für unsere Digitalisierungsziele. Nach einer erfolgreichen Pilotphase haben wir unsere Kooperation nun auch vertraglich besiegelt. Wir freuen uns, künftig auch im Pflegebereich mit RECARE zusammenzuarbeiten. «



**Lutz Kaiser,  
Vorstandsvorsitzender pronova BKK**



## Neue digitale Prozesse

Gerhard Fuchs,  
Vorsitzender der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern  
zum BKK VAG Vertrag mit RECARE

### Herr Fuchs, die BKK VAG Bayern hat einen Vertrag zum Entlassmanagement geschlossen. Was war der Hintergrund?

» Unser Gesundheitswesen ist sehr kleinteilig organisiert und strukturiert. Werden bei einer Patientin beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt weitere Nachbehandlungen oder Pflegeleistungen notwendig, geht herkömmlich eine mühsame Suche nach der passenden Einrichtung los. Im Sinne der Patientin aber auch der Krankenversicherung ist natürlich eine rasche und am persönlichen Bedarf orientierte Nachversorgung wünschenswert. Häufig sind jedoch aufwändige und zeitintensive Recherchen notwendig und oftmals fehlt es schlichtweg an Transparenz darüber, wo welche Versorgungskapazitäten frei sind. Zeitlich aufwändige Anfragen und Rückfragen sind in den tradierten Versorgungsstrukturen die Regel. Dass dabei in unserem System auch sperrige Sektorengrenzen überwunden werden müssen, kommt erschwerend hinzu. «

### Worum geht es in dem Vertrag mit RECARE?

» Der Vertrag mit RECARE zielt darauf ab, Kliniken, Krankenkassen und Nachversorger auf einer digitalen Plattform im Sinne der zu behandelnden Person zu vernetzen. Die digitale Plattform, RECARE spricht von einem Marktplatz, ermöglicht, für die Patientinnen und Patienten rasch und mit deutlich weniger Aufwand eine bedarfsgerechte Einrichtung in der Nach- oder Weiterbehandlung zu finden. Dabei kann RECARE aktuell auf rund 200 Akutkrankenhäuser, alle in Deutschland existierenden Rehakliniken und rund 15 Pflegeeinrichtungen zugreifen werden, Tendenz steigend.

Der digitale Zugriff spart allen Beteiligten Zeit und weitere Ressourcen, die eine rein analoge Recherche mit sich bringt. In Summe versprechen wir uns also eine qualitativ bessere, aber auch eine effizientere Koordination der Nach- oder Anschlussbehandlung im Sinne der zu versorgenden Person. «

### Was sagen Gesetzgeber zu Ihrem Rahmenvertrag?

» Gesetzgeberisch sind die Krankenkassen und Kliniken sogar gefordert, digitale Konzepte zu unterstützen. Denn nach dem Krankenhauszukunftsgesetz werden künftig alle Krankenhäuser in Deutschland ihr Entlassmanagement digitalisieren müssen. Gleichzeitig können die teilnehmenden Kassen auch die Versorgung steuern, etwa, indem sie auf die medizinisch passenden Nachversorger aus ihrem individuellen Vertrags-/Partnerschaftsportfolio zurückgreifen.

Gerade das Entlass- und Nachsorgemanagement bietet viel Potenzial für digitale Prozesse und der Gesetzgeber unterstützt diese Entwicklung ja. Perspektivisch wollen wir deshalb im BKK System das Marktplatz-Angebot von RECARE auch für die Versorgung im Hilfsmittelbereich und im Transportdienst nutzen. «

MIELE BKK

# IMPULSGEBER FÜR GESUNDHEIT

---

Von Stefan B. Lummer

---

Gesundheit ist ein strategischer Wert im Unternehmen. Das ist weitgehend Konsens bei Managern und Geschäftsführern deutscher Firmen – gleichgültig ob sie Konzerne leiten oder mittelständische Unternehmen. Betriebskrankenkassen sind nah bei ihren Versicherten und eng verbunden mit den Trägerbetrieben und deren Tradition und Unternehmenskultur. Wir geben in diesem Portrait unserer Rubrik UNTERNEHMEN einer Betriebskrankenkasse eine Bühne, die sich mit einem traditionsreichen Unternehmen neu dem BKK Dachverband angeschlossen hat. Stellen wir den Neuen also die Frage: Wie kann der ostwestfälische Hausgerätekonzern Miele den strategischen Wert Gesundheit gemeinsam mit seiner Betriebskrankenkasse abbilden. Ist ein Unternehmen mit BKK attraktiver, wenn es gilt, gut ausgebildete Frauen und Männer zu gewinnen? Und was ist mit der BKK? Ist eine Kasse selbstverständlicher vertraut mit Kundenzentrierung und einem Mindset, das sich Innovationen konsequent öffnet? Macht das Unternehmen durch sein Bestehen auf einem anderen Markt als dem staatlich reglementierten Gesundheitssystem seine BKK schneller und wendiger?

» Kann es gelingen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Industrieunternehmen zum Teil einer Bewegung für bessere Gesundheit zu machen? «

„Es ist ein Wettbewerbsfaktor für uns, dass wir und die BKK so nahe beieinander sind, räumlich, gedanklich und in der Marke.“ Rebecca Steinhage, Personalchefin der Miele Gruppe, muss nicht lange überlegen. Es gibt diesen klaren Vorteil für die Attraktivität als Arbeitgeber. „Der hohe Anspruch, den die BKK genießt, und die vom Unternehmen geschaffene Verbindung von der Premium-Marke mit hohem Qualitätsanspruch mit sozialer Verantwortung für die Menschen, die am Erfolg der Marke mitarbeiten, leisten einen wichtigen Beitrag zur Mitarbeiterbindung. Das macht Miele auch für neue Mitarbeitende noch attraktiver.“ Die BKK Miele gehört ganz selbstverständlich zum Unternehmen. Allein dadurch vermittelt die Betriebskrankenkasse den Beschäftigten Vertrauen und Sicherheit. Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu übernehmen – das hat eine lange Tradition. Nur zehn Jahre nach der Firmengründung

1899 in einer alten Säge- und Kornmühle mit elf Beschäftigten, vier Drehbänken und einer Bohrmaschine, um zunächst Milchzentrifugen und dann die erste mechanische Waschmaschine herzustellen, gründeten der Techniker Carl Miele und der Kaufmann Reinhard Zinkann ihre Betriebskrankenkasse (siehe Kasten Seite 76).

„Immer Besser“ – das Leitmotiv der Firmengründer ist Unternehmensphilosophie und leitet auch BKK Vorstand Peter Kinnett. „Das Unternehmen bekennt sich zu seiner Betriebskrankenkasse. Die BKK passt gut zu einer Unternehmenskultur, in der Qualität und die Wertschätzung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen hohen Stellenwert hat.“ Peter Kinnett sieht drei Hauptvorteile: Ein hervorragendes Leistungsangebot, die von den Versicherten sehr geschätzte persönliche Betreuung von Kollege zu Kollege und konsequente Unterstützung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

„Wir nehmen unsere Aufgabe ernst, gemeinsam mit dem Unternehmen gute Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliches Arbeiten zu schaffen. Dies stellt besonders in einer schnelllebigen Zeit einen Mehrwert dar, der auch von den Familien der Beschäftigten wahrgenommen wird. Deshalb sind oft mehrere Generationen eines Familienverbundes bei der BKK Miele versichert.“

Betriebskrankenkassen sind keine großen Tanker der gesetzlichen Krankenversicherung, die lange Bremswege haben und viel Raum für Wendemanöver brauchen. An der Seite ihrer Unternehmen übernehmen Betriebskrankenkassen automatisch die Innovationskultur, die konsequente Ausrichtung auf die Kunden und den Blick für Chancen in die Kassen-DNA. So können Betriebskrankenkassen die Ziele einer modernen Gesundheitslandschaft, die auf datenbasierte, patientenorientierte Prozesse und auf Kooperation

interprofessioneller, digital vernetzter Teams setzt, besser ansteuern.

„Es ist ein Vorteil, ein gegenseitiges Verständnis für die Prozesse zu entwickeln, die auf der Kassenseite oder im Unternehmen stattfinden“, sagt Personalchefin Rebecca Steinhage. „Wenn man so nahe beieinander ist, entwickelt sich ein gemeinsames Verständnis für das gemeinsame Ziel: Die Gesundheit der Menschen, die mit uns arbeiten. Diese Menschen sind aber nicht nur Mitarbeiter, sondern auch Teil der Gemeinden, aus denen sie stammen und in denen wir unsere Standorte haben. Wir haben im Betrieb eine Schnittmenge von Menschen, die während der Arbeitszeit dort zusammenkommen. Herr Kinnett kann uns mit der BKK helfen, Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem besser zu verstehen und Dinge im Betrieb besser umzusetzen. Gleichzeitig schaffen wir gemeinsam eine Ebene des Vertrauens.“



Die Mitarbeiter fühlen sich durch die BKK Miele besser an das Unternehmen gebunden.“

Kurze Wege, schneller Zugang, Mitarbeitende aus Werk und Kasse, die sich lange persönlich kennen – das erleichtert vieles. Für den Kassenchef Peter Kinnett eine alltägliche Erfahrung: „Gerade, wenn es um die eigene Gesundheit geht und die besondere individuelle Situation, gibt es natürlich auch Fragen, die komplexer sind. Informationen, die weitere Fragen aufwerfen. Wir machen die Erfahrung, dass das persönliche Gespräch sehr wichtig ist und als wertschätzend empfunden wird. Weil wir als Betriebskrankenkasse mit individuellen Ansprechpartnern da sind und bei der Lösung direkt helfen können.“ Peter Kinnett sieht Vorteile für seine BKK: „Wir kennen das Unternehmen, wir sind dicht dran mit klaren Kommunikationswegen. Wir können schnell reagieren

und gemeinsam handeln. Die Interaktion, die daraus entsteht, bringt uns natürlich gemeinsam nach vorn. Und das spüren auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass dies eben ein Miteinander ist. Wir können Synergien schaffen, die auch tatsächlich einen nachhaltigen Effekt haben für die Gesundheit.“

Die BKK wird wahrgenommen als Sozialleistung des Unternehmens. Gesunderhaltung und individuelle, gezielte Unterstützung im Krankheitsfall – das hat auch einen festen Platz im Nachhaltigkeitsbericht eines Unternehmens, dem es schon seit der Gründung wichtig ist, erfolgreich und ressourcenschonend, besonders langlebige Produkte, mit Rücksicht auf die Mitarbeiter, die Partner und die Umwelt zu schaffen. Die Betriebskrankenkasse macht Gesundheitsverantwortung sichtbar.

Können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die eigene Gesundheit als persönliches Projekt sehen? Für Rebecca Steinhage ist das ein klares Human Resource Ziel. Ein Ziel, das mit einer Industriebelegschaft umzusetzen ist: Ältere Menschen, die die Spuren jahrelanger körperlicher Arbeit in den Knochen haben. „Wir haben lange Zeit über demographischen Wandel gesprochen und jetzt kommen demographischer Wandel und Transformation des Unternehmens zusammen“, sagt Rebecca Steinhage. „Da ist jede Menge Dynamik und da kann eine BKK gezielt Angebote entwickeln. Ob das Screenings sind oder begleitende Informationen, die den Erhalt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit zum Ziel haben. Oder eben auch eine Anlaufstelle zu haben, wenn es zu heiß wird und Mitarbeiter sagen: „Wie soll ich das denn jetzt schaffen?“ Wir haben natürlich unsere betrieblichen Mittel auch im BGM mit der Kasse verzahnt. Aber darüber

hinaus haben wir ein gemeinsames Verständnis dafür, was auf der jeweils anderen Seite passiert.“ Rebecca Steinhage lobt im Interview vor allem die Chance, durch ihre Betriebskrankenkasse nicht betriebsblind zu sein: „Über eine BKK, die im Dachverband organisiert ist, habe ich die Möglichkeit, Marktdaten für ein eigenes Benchmarking zu erhalten.“ (Siehe Interview ab Seite 72)

Kann es gelingen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem Industrieunternehmen zum Teil einer Bewegung für bessere Gesundheit zu machen? Diese Challenge nehmen beide an, der Kassenchef (siehe Interview ab Seite 76) und die Personalchefin. „Als Arbeitgeber kann ich das gezielt unterstützen.“ Auch die BKK – so Rebecca Steinhage – könne mit den Impulsen, die sie setzt, auf die Lebenseinstellung der Versicherten und Mitarbeiter einwirken. „Ich sehe die Betriebskrankenkasse als Impulsgeber für Gesundheit.“



## Starke Marke – Soziale Verantwortung

Rebecca Steinhage, Personalchefin der Miele Gruppe

**Gesundheit wird bei Miele als strategischer Wert im Unternehmen verstanden. Sie verstehen mit der Betriebskrankenkasse beim Unternehmen die Welt der Gesetzlichen Krankenversicherung – auch die Hemmnisse des Gesundheitssystems – weitaus besser. Denken Sie, dass von diesem strategischen Vorteil – der Wahrnehmung der Arbeitswelt, die Sie aus verschiedenen Perspektiven sehen – auch das Unternehmen profitiert?**

» Ein wesentlicher Vorteil ist, dass wir nicht nur ein gegenseitiges Verständnis für die Prozesse entwickeln, die auf der Kassenseite oder im Unternehmen stattfinden. Wenn man so nahe beieinander ist, ergibt sich auch ein gemeinsames Verständnis für das übergeordnete Ziel, nämlich die Gesundheit der Menschen, die mit uns arbeiten. Diese zu erhalten, ist immer komplexer geworden. Deshalb ist es so wertvoll, wenn Unternehmen und BKK hier an einem Strang ziehen. «

**Was macht das Thema heute so komplex?**

» Früher war ein großer Teil der Menschen ein Berufsleben lang in einer Anstellung, heute haben wir ganz andere Erwerbsbiographien mit Jobwechseln, Umschulungen und Umzügen in andere Städte oder Bundesländer. Die Herausforderungen an die Belegschaft, an die Wandlungsfähigkeit sind so hoch, dass dies auch Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und die Leistungsfähigkeit hat. Auch unser Unternehmen befindet sich gerade in der Transformation, mit veränderten Strukturen und neuen Anforderungen an die Belegschaft, etwa im Zusammenhang mit der Digitalisierung. Da ist es extrem gut, wenn ich eine Krankenkasse an der Seite habe, die genau versteht, was im Unternehmen gerade passiert und so auch die betrieblichen Prozesse unterstützen kann, etwa mit Blick auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit unserer vielen langjährig Beschäftigten. Das betrifft nicht nur unsere Fürsorgepflicht als Arbeitgeber, sondern hat natürlich auch eine wirtschaftliche Komponente und ist damit ein wichtiger Wettbewerbsfaktor für uns. «

**Kann es dem Management gemeinsam mit der BKK gelingen, das Thema Gesundheit zum Teil der Unternehmenskultur zu machen?**

» Ich sehe die Betriebskrankenkasse als einen wichtigen Impulsgeber für Gesundheit und eine gesunde Lebenseinstellung. Als Arbeitgeber kann ich das gezielt unterstützen – da sind wir bei Initiativen wie dem gesunden Essen in der Kantine, bei Möglichkeiten für Sport und Bewegung bis hin zu der Frage, wie wir uns kleiden. Auch die Betriebskrankenkasse kann mit den Impulsen, die sie setzt, auf die Lebenseinstellung ihrer Versicherten, deren Familien sowie den Beschäftigten bei Miele positiv einwirken. Das Unternehmen kann gemeinsam mit der BKK passende Angebote entwickeln. Das ist auf jeden Fall eine Bereicherung unserer Unternehmenskultur. Und, nicht zu vergessen: Unsere traditionsreiche und leistungsfähige BKK ist ein wichtiges Element für das Employer Branding. «

**Wie schaffen Sie es, die wichtigsten HR-Aufgaben in einem klassischen Industrieunternehmen gemeinsam mit der BKK zu lösen?**

» Nehmen Sie zum Beispiel BGM und die Krankenquote in den Werken, das ist einer unserer Arbeitsschwerpunkte. Wie schon erwähnt, haben wir viele Mitarbeitende, die schon seit Jahrzehnten bei uns sind – und auch bereits zahlreiche Maßnahmen entwickelt, damit für diese älteren Kolleginnen und Kollegen die körperliche Arbeit in den Hallen weiterhin leistbar bleibt. Dafür sind wir in engem Austausch mit der BKK zu Fragen der körperlichen, aber auch der psychischen Belastung. Wie schaffen wir es, die Motivation unserer Mitarbeitenden zu erhalten und wie können wir sie in Phasen unterstützen, in denen es ihnen auch emotional nicht gut geht? An der Stelle hilft uns die BKK, die uns zum Beispiel sagen kann, wie sich Krankheiten bei den Beschäftigten der Industrie oder auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene entwickeln – oder welche Maßnahmen von Belegschaften besonders gut angenommen werden. «

**Was ist Ihre größte Herausforderung in diesem Zusammenhang?**

» Dass wir den Menschen zum Thema Gesundheitsvorsorge – sieht man einmal ab von Themen wie der ergonomischen Gestaltung der Arbeitsplätze – nur Angebote machen können. Wir können nur versuchen, sie zu motivieren. Doch wer die eigene Gesundheit nicht für sich selbst als persönliches Projekt sieht, ebenso wie den Erhalt seiner Leistungsfähigkeit, der wird bestimmte Angebote gar nicht erst wahrnehmen. Es geht also auch darum, gemeinsam mit der BKK gute Strategien zu entwickeln, die Menschen zu aktivieren, sie dabei zu begleiten, die eigene Gesundheit als in wertvolles Gut zu sehen. Da haben auch wir im Bereich Human Resources noch Potenzial, uns weiterzuentwickeln, Kennzahlen zu verstehen, die es uns erlauben, bereits vor einer Krankschreibung handeln zu können. «

**Der BKK Dachverband kann auf politische Rahmenbedingungen einwirken, damit Betriebskrankenkassen erfolgreich im Sinne ihrer Versicherten handeln können. Gruppen von Kassen finden im BKK Dachverband immer wieder zusammen, um ihre Innovationskraft zu bündeln. Welche Vorteile sehen Sie auf Unternehmensseite an dieser politischen Vertretung in Berlin?**

» Auch dazu ein Beispiel: Wie eben schon beschrieben, ist für uns extrem wichtig, den Kontext zu verstehen. Natürlich kann ich mir im Unternehmen ansehen, welche Quote von AU-Tagen ich habe und diese analysieren, um Muster zu erkennen. Aber über eine BKK, die im Dachverband organisiert ist, habe ich zum Beispiel auch die Möglichkeit, Marktdaten für ein eigenes Benchmarking zu erhalten. Und wenn bei BGM-Maßnahmen Berichte vorgelegt werden, frage ich mich natürlich: Ist das jetzt eigentlich gut? Können wir zufrieden sein? Wo stehen wir im Vergleich mit anderen? Nur dann erhalten wir belastbare Aussagen und wertvolle Anregungen. Ein weiterer Vorteil ist der Austausch mit anderen Mitgliedern – aber auch die sehr innovative und komfortable neue Kommunikations-App Phileo für unser BGM. «



## Synergien schaffen für die Gesundheit der Mitarbeiter

Peter Kinnett, Vorstand BKK Miele

**Herr Kinnett, gelingt es Ihnen gut, sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Industrieunternehmen, als auch das Management vom Vorteil der eigenen Betriebskrankenkasse zu überzeugen?**

» Da brauchen wir zum Glück keine Überzeugungsarbeit mehr zu leisten, denn die Miele BKK ist seit 112 Jahren ein fester Bestandteil der Miele-Familie, der sich im Management und bei den Mitarbeitenden einer sehr hohen Wertschätzung erfreut. Annähernd 80 Prozent Versichertenquote in der Belegschaft bestätigen dies. Richtig ist aber auch: Wir sind anders als Krankenkassen im üblichen Sinne und freuen uns sehr darüber, im Unternehmen als vertrauenswürdiger Ansprechpartner in Gesundheitsfragen wahrgenommen zu werden. «

**Was bieten Sie Ihren Mitgliedern denn an Besonderem?**

» Der Verwaltungsrat und alle Kolleginnen und Kollegen in der BKK unterstützen sehr engagiert, im persönlichen Gespräch und durch gezielt unterstützende Mehr- und Zusatzleistungen. Beispiele hierfür sind die Satzungsregelung zum wichtigen Thema Haushaltshilfe oder der unbürokratische Bonus gesundLeben für ein gesundheitsgerechtes Verhalten und Inanspruchnahme der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen. All dies schätzen die Mitarbeitenden und ihre Angehörigen, rein praktisch wie auch emotional, und fühlen sich bei uns gut aufgehoben. Außerdem erleichtert es vieles, wenn man einen kurzen Weg und schnellen Zugang hat. Gerade wenn es um die eigene Gesundheit geht und die besondere individuelle Situation, ist das persönliche und lösungsorientierte Gespräch sehr wichtig und wird als wertschätzend empfunden. «

**Was halten Sie von der Idee, Mitarbeiter nicht nur zu nudgen, anzustupsen für ein gesundheitsförderndes Verhalten, sondern Begeisterung für die eigene Gesundheit zu schaffen? Mit Blick auf tatsächlich leicht zu erreichende Ergebnisse gesundheitsbewusster und gesünder zu leben, sich mehr zu bewegen, vielleicht den Weg zu Arbeit anders zu gestalten? Kann die Kasse sich vorstellen, die Mitarbeiter im Betrieb zum Teil einer Bewegung zu machen?**

» Ja, natürlich, und das tun wir auch bereits. Wir entwickeln gemeinsam Strategien und konkrete Maßnahmen, um nicht nur unsere älteren Beschäftigten dabei zu unterstützen, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, sondern auch die jüngeren. Dafür starten wir bereits zu Beginn mit gezielten, auch digitalen Angeboten für Azubis, um gemeinsam im Betrieb mehr Gesundheitskompetenz zu erreichen. Und mit dem Gesundheitsportal auf unserer Website bieten wir unseren Versicherten jederzeit qualifizierte Gesundheitsinformationen, damit sie auch ohne Dr. Google in die Lage versetzt werden, zu unterscheiden, was wichtig ist, aktuell und wissenschaftlich abgesichert. «

**Was genau wollen Sie damit erreichen, welchen Anspruch verfolgen Sie?**

» Auf dieser Basis wollen wir vorhandenes Wissen verfügbar machen und mit Anreizen und Angeboten für eine bessere Gesundheitskompetenz verbinden. Wir wollen dazu anregen, Dinge auszuprobieren, Erfolge zu erleben und sich für Schulungen zu interessieren. All dies zusammengenommen soll die Erkenntnis fördern, dass die eigene Gesundheit wichtig und wertvoll ist. Gerade bei der jüngeren Generation bin ich da sehr zuversichtlich, weil nach unserer Beobachtung bei den Jungen ein ganz anderes Körperbewusstsein vorhanden ist. Das kann man aufnehmen und aktiv unterstützen, dass unsere Mitarbeiter ein Umfeld und die Möglichkeit haben auf sich selbst und ihre Gesundheit zu achten. «

**Was bieten Sie Ihren Mitgliedern denn an Besonderem?**

» Der Verwaltungsrat und alle Kolleginnen und Kollegen in der BKK unterstützen sehr engagiert, im persönlichen Gespräch und durch gezielt unterstützende Mehr- und Zusatzleistungen. Beispiele hierfür sind die Satzungsregelung zum wichtigen Thema Haushaltshilfe oder der unbürokratische Bonus gesundLeben für ein gesundheitsgerechtes Verhalten und Inanspruchnahme der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen. All dies schätzen die Mitarbeitenden und ihre Angehörigen, rein praktisch wie auch emotional, und fühlen sich bei uns gut aufgehoben. Außerdem erleichtert es vieles, wenn man einen kurzen Weg und schnellen Zugang hat. Gerade wenn es um die eigene Gesundheit geht und die besondere individuelle Situation, ist das persönliche und lösungsorientierte Gespräch sehr wichtig und wird als wertschätzend empfunden. «

**Welche Vorteile der Mitgliedschaft im BKK Dachverband sehen Sie?**

» Als Mitglied im BKK Dachverband freuen wir uns zunächst einmal über die Möglichkeiten des Austauschs und der gemeinsamen Umsetzung einer digitaleren Zukunft. Außerdem wollen wir die Chancen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung kreativ nutzen. Weiterhin bringen auch wir uns als Teil des BKK Systems gerne ein, um gemeinsam auch in Zukunft erfolgreich zu sein. Wir erkennen in der Vielfalt des BKK Systems hervorragende Innovationspotenziale: Kassen können in verschiedensten Konstellationen Erfahrungen sammeln, die wir im BKK System gemeinsam zur Optimierung der Versorgung zu Gunsten der Versicherten nutzen können. Der Dachverband organisiert und unterstützt die Kooperation und das Netzwerken im BKK System. Daraus resultiert ein sich gerade entwickelnder Transformationsprozess, der auch die gemeinsame Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten vor Ort zum Ziel hat. Die Unternehmensphilosophie „IMMER BESSER“ – werden zu wollen, trägt uns auch hier. «

## Der Hausgerätehersteller Miele

„Immer Besser“ – das war das Leitmotiv der Firmengründer: Im Jahr 1899 gründeten der Techniker Carl Miele und der Kaufmann Reinhard Zinkann in einer alten Säge- und Kornmühle eine Firma mit elf Beschäftigten, vier Drehbänken und einer Bohrmaschine. Hergestellt wurden zunächst Milchzentrifugen. 1903 kam die



erste mechanische Waschmaschine auf den Markt, das Oberpendel-Modell A mit einem auf der Maschine angebrachten Pendel mit Schwunggewicht, um die Maschine leichter in Bewegung zu bringen. Doch schon drei Jahre zuvor gab es eine erhebliche Arbeitserleichterung für überwiegend die Frauen in den bäuerlichen Betrieben: die Meteor-Buttermaschine. Ehe die ersten Waschmaschinen die Waschküche verlassen und in der Wohnung zum Einsatz kommen konnten, sollten jedoch noch Jahrzehnte vergehen: Das war erst 1952 soweit.

Im Lauf ihrer frühen Geschichte produzierte Miele nicht nur landwirtschaftliche Maschinen, Waschmaschinen und Staubsauger. Von 1912 bis 1914 bauten die Gütersloher Unternehmer sogar Autos – insgesamt verließen aber nur 143 Stück das Werk. Auch Fahrräder oder Motorräder hat Miele eine Zeit lang produziert. Dann aber konzentrierte sich Miele schrittweise auf seine hochwertigen Elektrogeräte für die Küche, die Wäsche- und Bodenpflege. Ein weiteres Standbein

sind bis heute die Wäschereitechnik und Spülgeräte für den gewerblichen Einsatz sowie die Medizin- und Labortechnik.

Heute erwirtschaftet Miele 70 Prozent des Umsatzes im Ausland, aber die Wertschöpfung findet zu mehr als 80 % im Hochlohnland Deutschland statt. Hier arbeiten mehr als 11.000 Ihrer fast 22.000 Beschäftigten. Die Geräte sind konsequent auf lange Lebensdauer ausgelegt, gehören damit technisch, aber auch ökologisch, zum Besten, was auf dem Markt erhältlich ist. Denn in der Firmenzentrale in Gütersloh hat man die Konkurrenz aus Asien im Blick und weiß: Ein Wettbewerb um den niedrigsten Preis ist mit überwiegend deutscher Produktion nicht zu gewinnen, wohl aber der Wettbewerb um das beste Produkt.

Miele hat seine Marke mit einem eindrucksvollen Gespür für Innovationen geprägt, von der ersten Milchzentrifuge bis hin zum vernetzten Haushalt. Geräte wie die Waschmaschinen, Trockner, Backöfen, Kochfelder, Dampfgarer, Kaffeevollautomaten, Kühlschränke und

Geschirrspüler von Miele lassen sich heute per App und Smartphone oder Tablet mobil steuern. So hat man das gewählte Programm ebenso jederzeit im Blick, wie die Restlaufzeit. Auch ein- und ausschalten lassen sich die Geräte von unterwegs. Und wer möchte, kann seinen Backofen mit einer Rezeptdatenbank verbinden oder einen virtuellen Kochassistenten zuschalten. Die neuen Backöfen sind Foodview-Pioniere: Sie sehen das Essen, senden Bilder in HD-Qualität vom Kuchen, Braten oder Brot aufs Smartphone, der Backofen holt Luft, mit der App lässt sich die Heizphase verkürzen oder verlängern. Auch der High-Tech-Konzern Miele achtet noch immer auf bisweilen belächelte Tugenden wie Solidität, Beharrlichkeit, Beständigkeit und Respekt vor Mitarbeitern und lebt diese vor. Miele gehörte 1909 zu den ersten Unternehmen in Deutschland, die eine Betriebskrankenkasse gründeten und damit schon früh in ihrer Firmengeschichte soziale Verantwortung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ausdruck brachten.

**IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 6 | 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: 05. Dezember 2021  
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich  
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:  
THE BRETTINGHAM 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: © Florian Gärtner/Photothek/Getty Images, S. 39, 43, 49: Getty Images ([www.gettyimages.com](http://www.gettyimages.com))

