ISSN 2942-2566
D 24953
13. Jahrgang

WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

1/2024

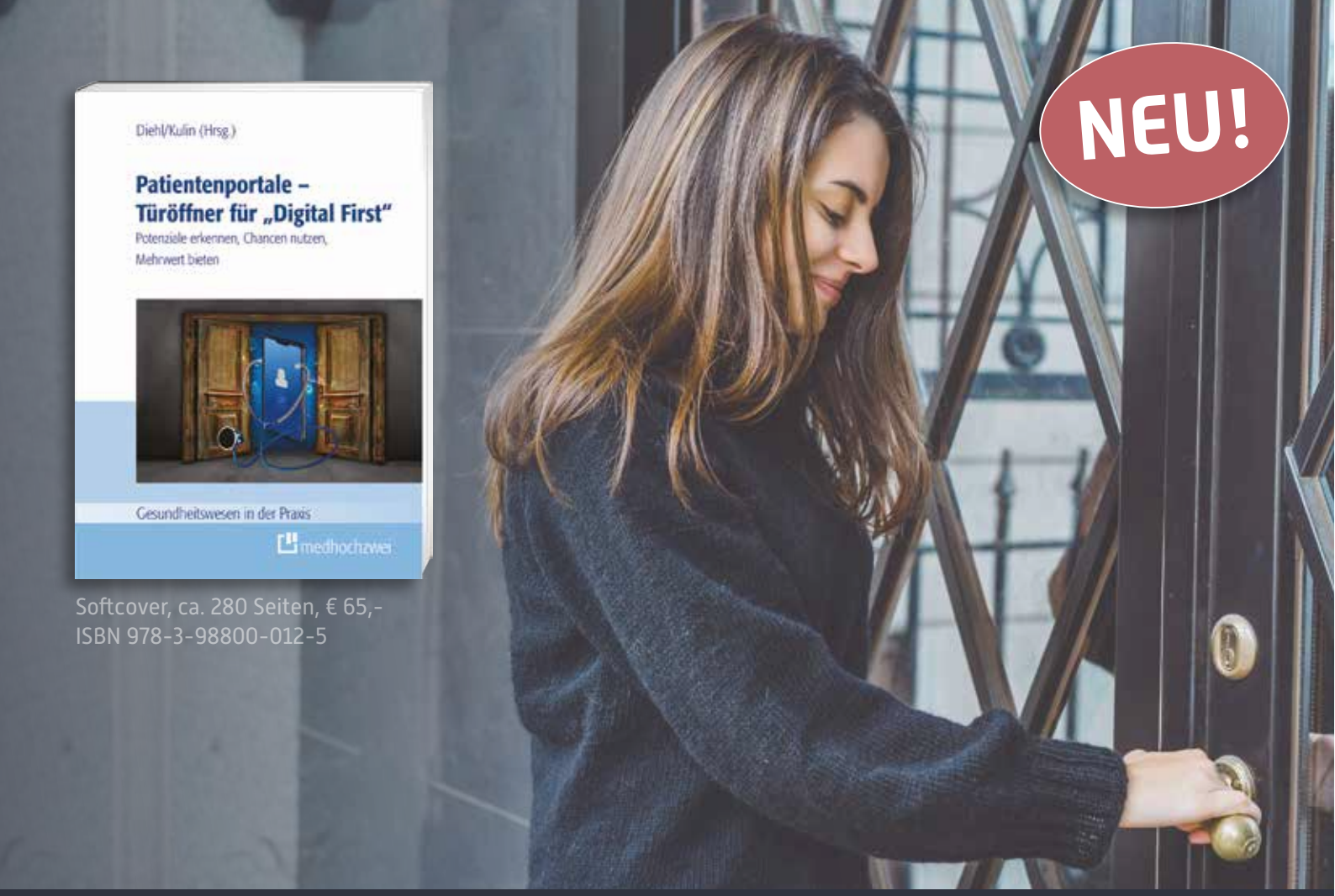
- Transformationen zu mehr Menschenorientierung
- Regionalfonds für integrierte Gesundheit vor Ort
- Effizienzen generieren
- Schulgesundheitsfachkräfte
- Trägerübergreifende Kooperation
- Neue Bündnisse
- Telemedizin und HerzCheck

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

Der Herausgeberbeirat: Bettina am Orde | Prof. Dr. Vera Antonia Büchner | Andrea Galle | Dr. Gerald Gaß | Roland Engehausen | Dr. Isabella Erb-Hermann | Prof. Dr. Lutz Hager | Christian Heerdt | Sandra Postel | Ulrich Langenberg | Dr. Marc-Pierre Möll | Dr. Uwe K. Preusker | Dr. Florian Reuther | Andreas Storm

www.welt-der-gesundheitsversorgung.de

medhochzwei



NEU!

Softcover, ca. 280 Seiten, € 65,-
ISBN 978-3-98800-012-5

Value-basierte Medizin durch Patientenportale
Türöffner für die Gesundheitsversorgung von morgen

Patientenportale sind Dreh- und Angelpunkt für eine Value-basierte Medizin und werden sich zur zentralen Schnittstelle für viele weitere **Digitalisierungsprojekte** entwickeln. Sie haben das Potenzial, in Zukunft zum **zentralen Begleiter der Patientinnen und Patienten** für jegliche Interaktion mit dem Gesundheitssystem zu werden.

Von der Praxis für die Praxis richtet sich das Werk an alle **Entscheider aus dem Gesundheitswesen,** die Digitalisierung ganzheitlich und langfristig angehen wollen.

Zunächst vermittelt das Buch das notwendige **Basiswissen** über Patientenportale und wirft dabei einen Blick in die USA, wo sich Patientenportale bereits etabliert haben. Danach wird der **aktuelle Stand aus Wissenschaft und Forschung** zum Nutzen und Mehrwert von Patientenportalen erläutert. Hier werden erste Studien beschrieben zur Einführung von Patientenportalen in der Praxis. Zuletzt geht es um die **langfristigen Perspektiven und möglichen Weiterentwicklungen** von Patientenportalen auch abseits des KHZG.

Dieses Buch zeigt die Chancen auf, die heute und in Zukunft in der Implementierung eines Patientenportals stecken – für Kliniken, aber auch für alle anderen Sektoren und Akteure des Gesundheitswesens.

Jetzt bestellen!

medhochzwei

www.medhochzwei-verlag.de

Prolog

Auf zu neuen Ufern: Wir „reparieren“ zu viel und „erhalten“ zu wenig

„Man entdeckt keine neuen Erdteile, ohne den Mut zu haben, alte Küsten aus den Augen zu verlieren.“ Dieses berühmte Zitat von dem französischen Schriftsteller und Nobelpreisträger André Gide flankiert heute mit der Draufsicht auf unser Gesundheitswesen meinen Themenappell „Auf zu neuen Ufern“. Wir wissen seit Jahren aus der Praxis wie auch in zahlreichen Sachverständigengutachten festgehalten, dass unser Gesundheitssystem enorme strukturelle und prozessuale, aber auch zielbezogene Defizite hat. Nüchtern betrachtet geht es in unserem Gesundheitssystem in erste Linie nicht um Gesundheit, sondern um Behandlung von Krankheiten. In dieser Orientierung hat sich ein Interessengeleitetes „Erhaltungssystem“ entwickelt, in dem der sektorale Bestand im Grunde wichtiger ist als das viel gepriesene „Wohl der Patientinnen und Patienten“. Das System ist nicht so aufgestellt, wie es der durchlässige, friktions- und reibungslose Versorgungsbedarf der Menschen erfordern würde. Vorherrschend ist eine Organisations- und Institutionsorientierung, flankiert vom konfliktbehafteten Agieren einer Vielzahl von gebündelten Leistungs- und Kostenträgerinteressen (wobei es genau genommen alles Leistungsinteressen mit unterschiedlichen Aufgaben und Perspektiven sind, die sich letztlich in Kosten niederschlagen). Seien es nun Verbände oder Berufsgruppen, sie alle agieren dem Grunde nach dem Motto „wo bleibe ich“ und nicht etwa nach der Devise „was ist mit dem Patienten“? Das System hat keine „eingebaute“ Patientenorientierung, es ist als System nicht patientensensibel. Die Menschen, die dieses System nutzen, sind in aller Regel nicht so souverän, dass sie – wie vermehrt auf anderen Massenmärkten – in komplexen Indikationsfeldern ihre Nachfrage selbst steuern können. Sie arbeiten und leben in Städten und Gemeinden, in Kommunen also und sind dort an die jeweiligen Möglichkeiten von Gesundheits- und Versorgungsangeboten angewiesen. Sie haben, wenn sie gesetzlich versichert sind, weitgehende Leistungsansprüche, die sie oft nicht falladäquat und friktionslos erhalten können. Sie sind konfrontiert mit einem Konglomerat von Gesundheits- und medizinischen Versorgungsangeboten, für die sie – wenn sie mehrere Therapiestationen zu durchlaufen haben – im Grunde einen Fallmanager benötigten. Der aber kann an sich auch nichts daran ändern, dass es z.B. erhebliche Zugangsdefizite und -fristen gibt sowie einen Fachpersonenmangel in vielen Bereichen. Das alles sind massive Qualitätsprobleme, die sich aus dem Grundsatz speisen: Wir behandeln und reparieren viel zu viel und wir erhalten, schützen und fördern viel zu wenig. Das muss sich ändern. Deswegen sage ich „auf zu neuen Ufern“, grundsätzlich in jeder Hinsicht. Viele sind auf dem Weg aber längst nicht flächendeckend und längst nicht so, dass es zuerst um Gesundheitserhalt und dann um Behandlung geht.

Herzlichst
Ihr Rolf Stuppardt

BITMARCK®

Das GesundheitsCockpit (GeCo)

- **Nahtlose Integration** in bestehende App-basierte Digitalangebote, z. B. bitGo_App
- **Umfangreiche Integrationsmöglichkeiten** für iOS und Android
- **Digitales Ökosystem** rund um die elektronische Patientenakte (ePA) und Telematikinfrastruktur (TI)
- **Breites Spektrum** an Gesundheitsmehrwerten für Versicherte:
  - Medikationsmanagement
  - Vorsorgeerinnerung
  - Impf- und Präventionsinformationen
  - Einsicht in empfangene eAU als Self-Service
  - Informationen rund um Schwanger- und Mutterschaft

Noch Fragen? Dann wenden Sie sich gerne an **vertrieb@bitmarck.de**.

Inhalt

1 **Prolog: Auf zu neuen Ufern: Wir "reparieren" zu viel und "erhalten" zu wenig**
In seinem Prolog greift Herausgeber Rolf Stuppardt die strukturellen und prozessualen Defizite im Gesundheitswesen auf und ist der Meinung, dass nun die Zeit reif wäre, konsequent zu neuen Ufern aufzubrechen, wo der Gesundheitserhalt für alle ganz vorne stehen muss.

5 **Drin ist, was draufsteht...und draufsteht, was drin ist... – Gespräch mit Andrea Galle über Veränderungen**
Zwei, die ihren Namen im neuen Jahr geändert haben, haben sich vor Weihnachten zu einem Gespräch über ihre Beweggründe getroffen. Die bis Ende 2023 über die letzten Dekaden auch durch zahlreiche Fusionen stark gewachsene BKK VBU heißt ab Anfang diesen Jahres mkk – meine krankenkasse und lebt die Doppeldeutigkeit des „einfach machen". Was die Krankenkasse bewegt, wie sie transformiert und worauf es im Gesundheitswesen hinauslaufen soll, darüber haben *Andrea Galle und Rolf Stuppardt* freimütig gesprochen.

12 **Vorschlag für einen Regionalen Transformationsfonds**
Am Rande des Hauptstadtkongresses für Medizin und Gesundheit | HSK 2023 wurde die Idee geboren, Mittel aus dem Innovationsfonds Gesundheit nicht nur für die Er-forschung, Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungangebote, sondern auch für die Diffusion gelungener Erneuerungen auf regionaler Ebene zu verwenden. Im nach-folgenden Beitrag haben *Dr. Michael Brinkmeier, Prof. Dr. Josef Hilbert und Dr. Helmut Hildebrandt* diese Idee zu einem Vorschlag für einen regionalen Transformationsfonds verschriftlicht. Seit November 2023 haben sie über ihre Anregung den Austausch mit Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen gesucht. Auf ausgewählte Fragen und Bedenken gehen die Autoren ergänzend zum konzeptionellen Aufschlag ein.

16 **Fachprozesse effizient gestalten durch Business Process Outsourcing**
Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der leistungsstärksten weltweit. Damit dieses so bleibt, sollten Liefermodelle überdacht werden. Eine Option ist das Business Process Outsourcing. Insbesondere durch Digitalisierung und Optimierung von wiederkehrenden und arbeitsaufwendigen Aufgaben kann das Auslagern von Geschäftsprozessen Entlastung bieten und zur Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Deutsche Krankenversicherer erkennen das und übergeben mehr Fachprozesse an externe Spezialisten, so eines der Ergebnisse einer aktuellen Branchenbefragung von SPS und den Gesundheitsforen Leipzig. *Oliver Wibbe*, GF von SPS berichtet.

21 **Rolle, Funktion und Aufgaben von Schulgesundheitsfachkräften**
Das Thema Gesundheit gehört wie Rechnen und Schreiben lernen an die Schulen. Davon sind wir in der Redaktion schon länger überzeugt. Die Schule ist für die jungen Menschen ein Lern- und Lebensraum. Gesundheit ist ein lebensbegleitendes Thema und hat Relevanz von der Geburt bis zum Tod. Für mehr Gesundheit im Schulalltag, dafür stehen u.a. die Schulgesundheitsfachkräfte. *Magdalena Vogt und Janine Vetsch* verschaffen uns einen Überblick über bereits etablierte und mögliche Aufgabenbereiche von Schulgesundheitsfachkräften sowie deren Chancen und Hindernisse in Deutschland.

27 **Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens**
Am 24./25. April 2024 findet das 7. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung statt. Dort geht es um die thematische Trias von Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft. Es muss deutlich mehr Reibungslosigkeit durch neue Bündnisse und Kooperationen, durch mehr regionale Integration und interprofessionelle Zusammenarbeit rund um die immens wichtigen Themen Gesundheit und Versorgung geben. Wir müssen zu neuen Ufern.

31 **Unterstützung für Langzeitarbeitslose mit Rehabedarf**
Das Modellprojekt ELAN hat unsere Aufmerksamkeit aus zwei Gründen gefunden: Zum einen wird der Ansatz der trägerübergreifenden Kooperation einem komplexen Gesamtgeschehen bei Langzeitarbeitslosigkeit gerecht. Fast nichts im realen Leben endet an Zuständigkeitsgrenzen. Das halten wir für neu + nützlich. Zum anderen ist die Zielgruppe oft mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen konfrontiert. Und wir finden es nützlich, dass sich hier Perspektiven auftun, die auch der Stabilisierung von Gesundheit gerecht werden können.

35 **HerzCheck – Erkennung und Prävention einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren**
Herzinsuffizienz ist weit verbreitet. Die Diagnostik erfolgt nicht selten spät. Mit HerzCheck soll das früher präzise erkannt und umgesetzt werden. Die Früherkennungsuntersuchung HerzCheck wurde im Rahmen des vom Innovationsfond des G-BA geförderten Projekts „HerzCheck – Erkennung und Prävention einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren in strukturschwachen Regionen" entwickelt. Mit der Kombination aus Telemedizin und innovativer, leistungsfähiger Diagnostik in mobilen Einheiten leistet das HerzCheck-Projekt einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Stärkung strukturschwacher und ländlicher Regionen. Das finden wir neu + nützlich.

Medientipp 39

Verträge und Leistungen 40

Recht und Gesetz 42

Europa & Internationales 43

Epilog & Impressum 48

Dieser Ausgabe liegt eine Mitteilung an unsere Abonnentinnen und Abonnenten bei. Wir bitten um Beachtung.

Drin ist, was draufsteht… und draufsteht, was drin ist…

Gespräch mit Andrea Galle über Veränderungen

Zwei, die ihren Namen im neuen Jahr geändert haben, haben sich vor Weihnachten für ein Gespräch gefunden, warum sie das gemacht haben. Die bis Ende 2023 über die letzten Dekaden auch durch zahlreiche Fusionen stark gewachsene BKK VBU heißt ab Anfang diesen Jahres mkk – meine krankenkasse und lebt die Doppeldeutigkeit des „einfach machen". Was die Krankenkasse bewegt, wie sie transformiert und worauf es im Gesundheitswesen hinauslaufen soll, darüber haben Andrea Galle und Rolf Stuppardt freimütig gesprochen.

Rolf Stuppardt: Veränderungen und Wandel sind ja die Regel und in einem Interview mit Inga Bergen habe ich von Ihnen gelesen, dass in Ihrem Unternehmen die Veränderungsbereitschaft so eine Art DNA sei. Das hat mir gefallen. Vor über 30 Jahren fing bei Ihnen alles mit rund 500 Mitgliedern an, inzwischen sind daraus fünfhundertfünfzigtausend geworden. Bis heute haben Sie unter dem Namen BKK VBU firmiert. Ehrlich gesagt, musste ich damals auch nachschauen, was sich dahinter verbirgt. Und nun haben Sie sich einen anderen Namen gegeben. mkk – meine krankenkasse, finde ich genial, warum?

Andrea Galle: Ja, die berühmte Frage nach dem Warum! Ich glaube, die Frage nach dem Warum erst jetzt, scheint mir fast berechtigter zu sein. Warum also erst jetzt? Nun, weil man einfach sehen muss, dass Betriebskrankenkassen oft eine lange Tradition haben und sie stammen aus ihren Trägerunternehmen. Und insofern ist es so, dass auch wir den Namen unseres gründenden Trägerunternehmens im Namen unserer Kasse geführt haben. Ich glaube, das war auch alles richtig, solange man für das Trägerunternehmen selbst auch diesen starken Bezug darstellt.

Rolf Stuppardt: Ja, das ist wohl so, aber warum nicht schon früher?

Andrea Galle: Bei uns war es eigentlich auch 1996, mit der Öffnung der BKK im Grunde überhaupt noch kein Thema. Wir waren für jedermann offen, wir waren frei wählbar. Und Sie haben es ja schon gesagt, wir sind mit 533 Mitgliedern gestartet und sind sehr rasch gewachsen. Und das eben außerhalb unseres Trägerunternehmens. Erst nach und nach kam für uns die Frage auf, was bedeutet dann VBU? Und das nahm – je größer wir wurden – zu. Ich habe gar nicht gezählt, wie oft ich erklären musste, was VBU bedeutet und was die Verkehrsbau Union (VBU) mit uns zu tun hat. Das ist einerseits ganz nett, weil man dadurch auch immer einen Gesprächsanker hatte, gleich am Anfang in den Austausch zu kommen. Aber irgendwie erklärt es eben nicht den Unternehmenszweck. Es war demnach immer ein weiter historischer Bogen zu schlagen, zu erklären, was die Verkehrsbau Union mit Krankenversicherung zu tun hat. Und ich glaube, wir haben über die Jahre auch eine Entwicklung gesehen. Die Namen der Firmen sollten im besten Fall widerspiegeln, was sie tun und vor allem auch, wie sie es tun.

Rolf Stuppardt: Ja, es scheint mir auch immer wichtiger zu werden, dass schon aus dem Namen, aus dem gesamten Branding hervorgeht, was die Unternehmen für wen wie tun.

Andrea Galle: Daher haben wir immer mal wieder über Namensveränderungen gesprochen. Und es schien uns einfach jetzt, erstens der richtige Zeitpunkt, und zweitens hatten wir auch eine zündende Idee. Nun könnte man fragen, warum ist euch die Idee nicht schon vorher gekommen? Manche Ideen brauchen halt auch ihre Zeit und ihren Raum. Und Zeit und Raum waren jetzt da. Daher haben wir gesagt, wir machen es einfach, wir lassen einfach mal VBU weg und dann bleibt meine krankenkasse. Das ist nämlich der Claim, den wir seit 2013 als Internetadresse nutzen. Und meine krankenkasse, www.meinekrankenkasse.de, in der Abkürzung ist mkk. Und so fügt sich nun alles perfekt zusammen.

Rolf Stuppardt: Das gefällt mir wirklich sehr. Ich bin ein Fan des einfachen, des Folgerichtigen. Es ist bei uns von WELT DER KRANKENVERSICHERUNG ähnlich gewesen. Ich kam aus der Krankenversicherung in den Ruhestand und wollte ein Medium schaffen, was für die wichtigen Gestaltungsthemen Brücken baut zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen. Und wir haben dabei zwangsläufig die unterschiedlichsten Themen aufgegriffen, die nicht nur die Krankenversicherung was angingen. Immer häufiger begegnete mir in den letzten zwei, drei Jahren das Feedback, dass man nicht vermutet hätte, dass das Thema unter unserem Titel erschienen wäre. Und das hat uns dann dazu gebracht, den Titel so zu verändern, dass er dem, was da erzählt wird über Gesundheit, Gesundheitsgestaltung und Gesundheitsversorgung auch mehr entspricht. Wir alle müssen in der Gesundheitswirtschaft und im Gesundheitswesen im Sinne der Patientinnen und Patienten enger zusammenrücken. Wir müssen kooperieren, wir müssen uns integriert ausrichten, und da sind alle gefragt. Und die Themen, die wir hier bewegen, gelten in unterschiedlichen Ausprägungen für alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Inhaltlich und konzeptionell ist es keine Veränderung. Und das sollte der Titel ausdrücken können. Daher heißt die Zeitschrift ab 2024 WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG. Und in der ersten Ausgabe mit dem neuen Titel erscheint nun auch unser Interview über Ihre Namensänderung, eine schöne Duplizität unterschiedlicher Ereignisse.

Bei Ihnen liebe Frau Galle, ist es ja aber mehr als nur ein Zeitschriftenformat, es ist ein gewachsenes Unternehmen mit seinem ganzen operativ-strategischen Anforderungen. Das bringt – könnte ich mir vorstellen – viel Umstellungsaufwand mit sich. Da sind sächliche, finanzielle und sonstige Ressourcen gefragt. Zum Beispiel müssen Ihre Versicherten neue Gesundheitskarten bekommen und so weiter und so fort. Und in Zeiten, wo Nachhaltigkeit gefragt ist, stellen sich eben besondere Herausforderungen. Und meine Frage ist, wie gehen Sie damit um?

Andrea Galle: Das ist eine spannende Frage. Und darauf haben wir einen sehr starken Fokus gerichtet und lange Diskussionen darüber gehabt. Aber vielleicht noch einmal einen Schritt zurück, weil ich das so spannend fand, was Sie bewegt hat, die Zeitschrift umzubenennen. Ich glaube, ein bisschen hat es ja auch was mit Glaubwürdigkeit zu tun. Es gibt ja bekanntlich diesen Spruch: Drin ist, was draufsteht. Aber man kann ihn auch umkehren, man kann auch sagen, draufsteht, was drin ist.

Andrea Galle

Und das ging uns natürlich auch so. Also, Kunden und Kundinnen sollen auf den ersten Blick erkennen können, was drin ist. Wir kommen ja aus einem sehr starken Fusionsfokus und wir sind schon lange nicht mehr die BKK VBU aus dem Jahr 1993. Wir haben viele Entwicklungsschritte vollzogen, nach einem starken organischen Wachstum mit elf Fusionen. Da kommen neue Belegschaften, neue Regionen, neue Kundinnen und Kunden, neue Stakeholder dazu. Und alles das brauchte ja auch eine Plattform, dass es sich gut entwickeln und integrieren kann. Letzteres hat übrigens etwas damit zu tun, weshalb ich eigentlich immer sage: Uns gibt es immer noch. Nicht, weil wir die BKK

VBU von 1993 sind, sondern weil wir es immer verstanden haben, uns zu verändern.

Rolf Stuppardt: Ja, das meinte ich mit Veränderungsbereitschafts-DNA.

Andrea Galle: Genau. Und um auf die Nachhaltigkeitsaspekte zu kommen, zunächst einmal ist eine Namensänderung nicht profan. Das schüttelt man nicht einfach mal so aus dem Ärmel, sondern da passiert im Hintergrund ganz viel Kernerarbeit. Wir haben es hier mit einem echten Markenrelaunch zu tun. Und der hat uns das ganze Jahr beschäftigt. Nicht ausschließlich, aber es hat viele Kräfte gebunden, die über das Jahr hierfür viel Projektarbeit gemacht und konzeptionell gearbeitet und nach der finalen Entscheidung schließlich die Umsetzung vorangetrieben haben. Da wir seit Jahren nachhaltig aufgestellt sind, hat uns das aber auch geholfen, bestimmte Entscheidungen besser treffen zu können. Wir haben zum Beispiel überhaupt nicht das Erfordernis, die komplette Kundschaft sofort mit neuen Versichertenkarten auszustatten. Wir werden das sukzessive tun, ganz so wie die Karten ablaufen. Das heißt, wir haben einen längeren Übergangszeitraum, indem die bisherigen Karten auch noch funktionieren. Und gleichzeitig ist dieser Relaunch damit verbunden, dass die neu eingesetzten Karten auch umweltfreundlicher sind.

Abb. 1: Neues Logo der Krankenkasse

Wir werden auch nicht alle Kundencenter sofort komplett neu ausstatten, sondern so wie es opportun ist. Zum Beispiel wird bei manchen der Mietvertrag auslaufen und da stehen vielleicht Umzüge an und so weiter. Da macht es jetzt keinen Sinn, alles neu umzugestalten. Wie auch immer. Nachhaltigkeit war und ist für uns ein wichtiger Aspekt, und die Parameter, die wir hier schon länger gesetzt haben, haben uns in dieser Phase natürlich geholfen, diesen Relaunch ressourcenschonend umzusetzen.

Dennoch kenne ich aber auch diese Diskussionen, „ob das nicht Geldverschwendung" sei und ob das denn „in Zeiten knapper Kassen" sein muss? Oder: „Sie müssen es ja haben, so etwas muss man sich ja leisten können" usw. Ich glaube, es muss dann auch die Frage gestellt und beantwortet werden, was wir uns leisten, wenn wir es uns nicht leisten?

Rolf Stuppardt: Da ich das ja auch kenne, habe ich diese Frage auch bewusst recht früh gestellt…

Andrea Galle: …und um es hier deutlich zu sagen: Wir haben im Verwaltungsrat ein einstimmiges Votum gehabt und in der Belegschaft haben wir einen ganz hohen Zuspruch. Wir kommen schließlich aus Fusionen und die Hälfte unserer Beschäftigten gehört nicht der Ursprungs-VBU an. Es darf nicht unterschätzt werden, dass die Belegschaft sich unter dem neuen Dach noch geeinter und zugehöriger fühlt.

Rolf Stuppardt: So viel zum Prozess eines heterogen gewachsenen, großen Unternehmens. Nun interessiert die inhaltliche Seite. Es geht ja nicht nur um den Namen, sondern dahinter verbirgt sich – vermute ich mal – eine Dienstleistungsphilosophie. Und Sie schreiben ja im Internet auch deutlich, wir machen Gesundheit einfach.

Andrea Galle: Gesundheit einfach zu machen drängt sich einfach auf. Wir leben in einer hochkomplexen Welt, in denen Menschen Orientierung suchen und sie häufig nicht mehr finden. Das erleben wir, das spiegeln uns auch unsere Kundinnen und Kunden wider. Daher erheben wir für uns den Anspruch, dass wir Gesundheit einfach machen wollen, zumindest nicht dazu beitragen werden, dass es für die Menschen komplizierter wird. Was bedeutet das konkret? Das fängt beim Service an. So sollten wir uns z. B. fragen, ob wir jetzt noch die siebente Anlage zu einem 25. Vordruck benötigen. Da sollten wir uns in die Pflicht und in die Verantwortung nehmen, um Dinge zu entkomplizieren. Das muss mindestens drin sein, aber das geht auch weiter. Wir haben beispielsweise eine interessante Erfahrung im Bereich der Pflege und da wird uns hoffentlich künftig das Datennutzungsgesetz helfen, es einfacher zu machen: Aktuell dürfen wir erst beraten, wenn Kunden, Kundinnen einen Antrag stellen. Es aber tatsächlich einfacher zu machen, würde nach meinem Verständnis bedeuten, dass wir aus unseren Daten erkennen, ob Beratung angemessen oder hilfreich wäre. Und dann bieten wir auch eine Beratung an. Wir haben solche Erfahrungen bereits im Bereich Pflege gemacht. Wir haben Kundinnen und Kunden Prospektivberatung angeboten, wo wir aus unseren Unterlagen gesehen haben, dass es auf Pflege hinausläuft. Wir haben da sehr positive Erfahrungen gemacht, Menschen waren überrascht und erleichtert, dass sich einer kümmert. Auch das verstehe ich unter „einfach machen".

Rolf Stuppardt: Das aktive Kümmern ist generell tatsächlich defizitär und ich glaube, Sie rennen mit dieser Ausrichtung bei den Versicherten offene Türen ein.

Andrea Galle: Ja, wobei man zuerst auf die eigene Nase schauen muss, wo und an welchen Stellen machen wir es eigentlich unseren Kundinnen und Kunden gerade nicht

einfach. Hier müssen wir den Anspruch haben, genauer hinzuschauen und im Kunden- und Kundinnen-Interesse auch Wirkung entfalten. In unserem Leitspruch steckt auch ein kleines Wortspiel: Es geht nicht nur um das „Einfach machen", es geht auch darum, es einfach zu machen, es auch einfach zu tun. Auch dafür wollen wir stehen. Nämlich Impulse zu geben, Dinge anzuschieben und mal einfach zu machen, wenn wir glauben, dass es ein richtiger Weg ist.

Rolf Stuppardt: Ich glaube, wir neigen im Gesundheitswesen traditionell sehr schnell zu einer Haltung, dass andere das machen müssten, es ist nicht unsere Sache. Sehr beliebt ist auch die Floskel, der Gesetzgeber muss halt mal ein anderes Gesetz machen. Wenn man mal genauer hinschaut, gibt es genug Themen und Gelegenheiten, wo einfach was gemacht werden könnte. Dazu gehört Mut, Initiative und gesunder Menschenverstand.

Andrea Galle: Ja, das ist sozusagen die Herausforderung. Gegenüber den Kundinnen und Kunden soll es am Ende einfach sein. Und das heißt keinesfalls, dass es nicht Aufwand macht. Aber der Fokus ist einfach bei ihnen. Wir reden so häufig über Patienten- und Patientinnenzentrierung. Ich glaube, wenn man mal fragen würde, was darunter verstanden wird, würden wir höchst unterschiedliche Antworten erhalten.

Rolf Stuppardt: Mit Sicherheit.

Andrea Galle: Einfach machen ist zum Beispiel auch mal einfache Botschaften geben. Menschen nicht zu überfordern. Wir hätten mehr Akzeptanz bei der elektronischen Patientenakte (ePA), so denke ich, wenn man den Menschen einfach gesagt hätte: „Du musst mit der ePA gar nichts tun. Wir geben Dir einen Schlüssel, damit Deine Behandler zusammenarbeiten können." Im Moment nehme ich wahr, dass eine Reihe von Menschen Angst haben, man müsse damit etwas machen und sie sich dem Ganzen nicht gewachsen fühlen. Das macht den Menschen eher Stress, nach dem Motto, da kommt jetzt schon wieder was Neues, und ich weiß gar nicht, was ich damit machen soll.

Rolf Stuppardt: Ja, doch da gibt es hierzulande auch noch zusätzliche Hintergründe. Über Sinnvolles führen wir jahrelang Diskussionen und scheitern regelmäßig an den jeweiligen Interessen im Leistungsbereich. Stichwort: Gläserner Patient. Oder es wird der Datenschutz überstrapaziert. Ich bin seit 40 Jahren überzeugt für Transparenz unterwegs, aber wir tun uns ungeheuer schwer damit. Und da schließt sich meine nächste Frage an: Wenn Sie es Ihren Versicherten einfach machen und einfach mal machen wollen, dann sind die ja nicht nur mit Ihnen zusammen, sondern diese sind ja im Zweifel auch in einem Gesundheitssystem eingebunden, was per se nicht unbedingt einfach ist. Wie geht man mit Blick auf andere Entscheidungs- und Verantwortungsträger damit um? Was ist Patientenzentriertheit durchgängig gedacht? Muss nicht im gesamten System ein neues Rollenverständnis her? Das wollte ich mit Ihnen mit Blick auf die Gestaltung der Zukunft noch besprechen.

Andrea Galle: Ja, völlig d'accord. Wer mich und unsere BKK bisher kennt, weiß, dass das Themen sind, die uns besonders umtreiben. Zunächst einmal ist da die Frage nach dem System, was ist denn eigentlich das System? Wer verändert das System, oder wer gestaltet es? Und sich dann auch zu fragen, wo die Priorität liegt. Ist es die Versorgung, oder brauchen wir nicht echte Gamechanger, die stärker auf Gesunderhaltung zielen? Oder derartige Fragen, wie wir wirklich einen konsequent geschlechtsspezifischen und geschlechtssensiblen Blick in der Medizin erreichen? Oder: Wie kommen wir dahin, dass Menschen in einer gesunden Umwelt aufwachsen? Das sind Themen, die wir bisher auch bewegt haben. Und die auch mir am Herzen liegen. Und ich glaube auch, dass wir diese Gestaltungsräume haben. Mit mkk – meine krankenkasse wird es mindestens einfacher, es zu kommunizieren. Inhaltlich haben wir uns diese Themen über die Jahre bereits erarbeitet. Und wir werden weiter unseren Beitrag dazu leisten. Mindestens indem man Themen adressiert, indem man sie anspricht, indem man Lösungen anbietet, auch mit den Akteurinnen und Akteuren gemeinsam. Und dann ändert es sich.

Rolf Stuppardt: Mir scheint ganz entscheidend zu sein, dass das mit den Akteuren gemeinsam geschieht. Sie machen ja z. B. auch Verträge. Und irgendwie stelle ich mir einfach vor, es müsste sich diese Philosophie dann auch in Verträgen oder in Kooperationen niederschlagen.

Andrea Galle: Ja. Ohne Frage. Doch zuallererst adressieren wir natürlich an unsere Kundinnen und Kunden. Wir haben zum Beispiel im ersten Step unsere Zusatzleistungen angeschaut und haben da das Kunden- und Kundinnenerlebnis gespiegelt. Das war teilweise so verwirrend, dass man sich da gar nicht durchgefunden hat, was dazu geführt hat, dass wir zum Start der mkk – meine krankenkasse aufgeräumt haben. Auch hier machen wir es jetzt einfach , indem wir ein Gesundheitskonto eingeführt haben, „das ABC+" heißt. Da steht A für Active, B für Baby, C für Care. Und am Ende soll es so einfach sein wie das ABC. Das bedeutet, man kann jetzt sehr gut darunter finden, was zu einem selbst und den eigenen Lebensrealitäten passt. Das wird auch in Richtung unserer Vertragspartner Wirkung entfalten. Wir arbeiten mittlerweile einfach auch anders. Wenn wir Vertragsanbahnung haben und

Vertragsgespräche führen, sind für uns andere Aspekte von Bedeutung. Wenn beispielsweise ein leistungserbringender Vertragspartner mit uns über eine Zusatzleistung spricht, dann gehört für uns zwingend dazu, dass wir das Thema der geschlechtsspezifischen Versorgung adressieren. So können wir auch Wirkung erzielen für unsere Kundinnen und Kunden mit Blick auch auf die Vertragspartnerschaften.

Rolf Stuppardt: Wenn Sie so auf die Zukunft des Gesundheitswesens schauen, was wären denn für Sie die wichtigsten Veränderungsthemen? Sie haben sich ja z. B. für das Thema Frauengesundheit sehr stark gemacht. Ich schaue mit meiner Frage darüber hinaus auch ungeduldig auf die Durchlässigkeit der Versorgung von Prävention bis Pflege. Da, denke ich, muss einiges passieren. Oder wie sehen Sie das?

Rolf Stuppardt

Andrea Galle: Mein Standardbaukasten für gute Guidelines, die uns helfen können, in eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu kommen, enthält folgendes: Bei mir ist Prävention first, Digitalisierung first, ambulant first. Also ambulant vor stationär. Und das Ganze sehr gerne geschlechtsspezifisch und vor allem nachhaltig. Und was wir einfach nicht außer Acht lassen können, sind gewisse Trends. Trends in der Gesellschaft, die Megatrends sind. Gesundheit ist ein solcher Megatrend. Das heißt, wir haben eine enorme Chance, dass Menschen sich für Gesundheit interessieren und auch einbringen. Und gleichzeitig ist Gesundheit aber eben auch – da haben wir uns schon einmal drüber unterhalten – mehr als das SGB V. Im Übrigen, ich habe es neulich gerade wieder in einer Diskussion gehabt, es glauben immer alle, das SGB V sei für die Krankenkassen geschrieben. Das SGB V ist aber für alle Akteurinnen und Akteure geschrieben, die im Gesundheitswesen beitragen. Und da wären wir wieder bei dem Kapitel Zusammenarbeit. Zudem: Wenn wir über ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sprechen, führt kein Weg daran vorbei, dass wir endlich der Gesunderhaltung und der Krankheitsvermeidung die höchste Priorität einräumen müssen.

Rolf Stuppardt: Richtig. Und dazu brauchen Sie im Grunde genommen die Kompetenz und die Haltung in dieser Frage fast aller Beteiligten. So vermisse ich beispielsweise präventionsrelevante Teile in der Behandlung. Prävention muss auch in den Arztpraxen, im Krankenhaus, in der Rehabilitation und in der Pflege mitgedacht und mitgemacht werden. Von daher ist es mir sehr sympathisch, wenn Sie sagen, Prävention first, ambulant first. Eine prioritäre Orientierung zu haben, die abgeht von einer konsumtiven Haltung, die wir gefördert haben und die auf Behandlung abzielt, nach der Denke: „Lieber Herr Doktor, ich habe was, mach das mal weg." Ich fasse das mal so holzschnittartig zusammen.

Andrea Galle: Ja, auch ein wichtiger Change-Aspekt. Man geht bezeichnenderweise nicht zur Ärztin oder zum Arzt, wenn man gesund ist. Das hört sich vielleicht komisch an. Aber wie cool wäre es eigentlich, eine Praxis aufzusuchen und über Gesundheit zu sprechen und nicht über Krankheit. Da sagen mir dann Ärzte und Ärztinnen gerne: „Na, das wird ja nicht bezahlt." Und ich glaube, da ist ja auch was Wahres dran. Letztendlich haben wir alle darauf konditioniert, dass man mit Krankheit Geld verdient, oder?

Rolf Stuppardt: Im Grunde ist das so. Das bestehende Bewertungssystem insgesamt erfordert es, im ökonomischen Verständnis dessen, der Leistungen erbringt, etwas zu tun, was im Einzelfall nicht unbedingt angezeigt ist.

Andrea Galle: Insofern bin ich überzeugt, natürlich muss man incentivieren. Man sollte Behandlerinnen und Behandler incentivieren, die sich um Gesunderhaltung verdient machen. Genauso, wie man auch Menschen Incentives geben sollte. Und zwar direkte Belohnungen, wenn sie gesund leben. Und wir dürfen auch die Krankenkassen nicht vergessen. Weil es auch bei den Krankenkassen im Grunde so ist, dass wir in diesem MRSA-Zuweisungssystem für Krankheiten incentiviert werden. Ein Gedanke dazu: Unser Versorgungsstandard wird alles in allem immer besser. Vielleicht könnte durchaus von der Seite gedacht werden, dass dieser Versorgungsstandard gar nicht so schlecht ist. Daher kümmern wir uns jetzt vordringlich

nicht um die Versorgungsverbesserung, sondern investieren in die Krankheitsvermeidung. Das wäre doch was.

Viele adressieren die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Aber, ob dies die Gesundheit als solche auch verbessert, bleibt dann immer noch die Frage.

Rolf Stuppardt: Das finde ich zitierfähig nach vorne geschaut. Ich bin völlig bei Ihnen. Auch ich habe häufiger in Diskussionen gesagt, das Versorgungsniveau sei überhaupt keine Frage. Es wird – salopp gesprochen – versorgt auf Teufel komm raus. Die Frage die hier für mich bleibt: Wie läuft die Versorgung ab? Und was findet vor der Versorgung statt? Und vor der Versorgung findet gesellschaftlich und auf die Wirtschaft gesehen, einiges statt, was gesundheitsrelevant ist. Auch Gesellschaft und Wirtschaft sind nicht unbedingt strickt präventiv ausgerichtet.

Andrea Galle: Das ist wohl so. Das Spannende ist ja zum Beispiel, wir reden über Fachkräftemangel oder Arbeitskräftemangel, über Firmen, die ein Interesse daran haben, dass ihnen ihre Menschen nicht ausfallen, weil sie eh schon knapp sind. Gut, es wird ein wenig betriebliches Gesundheitsmanagement gemacht, das will ich gar nicht kleinreden. Aber wo bleibt denn der Aufschrei der Wirtschaft: Richtet das Gesundheitswesen aus, dass Menschen gesund bleiben?!

Rolf Stuppardt: Richtig. Weil wir erkannt haben, dass die Lebensqualität und die Produktivität, die mit Gesundheit einhergeht, Wirtschaft und Gesellschaft schlichtweg zugutekommen.

Andrea Galle: In Zeiten von mobilem Arbeiten ist das mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eben teilweise auch zu kurz gesprungen, weil die Lebenswelt Arbeit sich mit der Lebenswelt zu Hause und Freizeit immer stärker vermischt. Eigentlich müsste die Wirtschaft adressieren, dass die Gesunderhaltung der Menschen ein Faktor für den Wirtschaftsstandort Deutschland ist.

Rolf Stuppardt: Wohl wahr. In den Unternehmen, wo ich Kontakt mit einigen verantwortlichen Menschen hatte, wurde das im Grunde auch so gesehen. Ich sage dann immer, wenn von euch solche Botschaften kommen, ist das viel besser, als wenn sie von uns kommen. Und von daher teile ich das voll und ganz, was sie sagen. Ach, welch schönes Gespräch, Frau Galle. Machen wir einfach was draus.

Andrea Galle: Und dafür steht mkk. Jetzt wissen Sie das, einfach machen.

Rolf Stuppardt: Jetzt weiß ich das. Und ich habe auch euer Logo gesehen. Das fängt ja sehr schwungvoll an.

Andrea Galle: Den Schwung kann ich Ihnen erklären, weil es sich nicht sofort ergibt. Die Schleife im mkk „m" , ist die Schleife der Verbundenheit. Das ist das Symbol, das unter anderem auch für HIV, psychische Erkrankungen, Krebsaufklärung oder für Brustkrebs eingesetzt wird. Das hat schon einen Sinn, warum die Schleife da drin ist.

Rolf Stuppardt: Jetzt wissen wir das auch und ich bedanke mich für dieses neuerliche wunderbare Gespräch.

Mit KI die Gesundheitsversorgung von morgen gestalten

Die rasante Entwicklung Künstlicher Intelligenz (KI) hat großen Einfluss auf das Gesundheitswesen und eröffnet völlig neue Möglichkeiten – insbesondere für Krankenkassen. Sie können etwa ihren Versicherten Werkzeuge für eine niedrigschwellige Prävention bereitstellen, die Kommunikation mit Chatbots optimieren oder komplexe Daten durch KI-gestützte Analysen schneller und effektiver auswerten. Damit bietet KI die Chance, bedeutende Mehrwerte zu generieren und den Weg zum digitalen Gesundheitsdienstleister zu ebnen.

Prävention der Zukunft

Die aktuellen Initiativen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), wie die Verabschiedung des Digitalgesetzes (DigiG) und des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) sowie der Aufbau des Bundesinstituts für Prävention & Aufklärung in der Medizin (BIPAM), eröffnen Möglichkeiten zur Versorgungsoptimierung. Für Krankenversicherungen ergeben sich neue Chancen, interoperable Präventionsangebote zu schaffen. Durch den Einsatz von KI können sie Versicherten innerhalb ihrer App personalisierte Empfehlungen für einen gesünderen Lebensstil bieten. KI-Algorithmen können auch Abweichungen im Gesundheitszustand schneller aufdecken und komplexe Querverbindungen zwischen verschiedenen Symptomen herstellen. Anhand von historischen und aktuellen Gesundheitsdaten, die z.B. über Wearables gewonnen werden, sowie individuellen Risikofaktoren können Krankenkassen Risikowerte ermitteln und passende Gesundheitsprogramme vorschlagen. Als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung minimiert sich damit das Risiko bestimmter Erkrankungen. Mit Zustimmung der Leistungsempfänger und unter Einhaltung des Datenschutzes besteht die Möglichkeit diverse Daten zu nutzen, um Versicherte bei ihrer Gesundheitsfürsorge zu unterstützen.

„Wir sehen das Thema Prävention und die Rolle der Krankenkassen als Begleiter der Gesundheitsvorsorge als einen fundamentalen Bestandteil von Morgen. Dazu benötigt es interoperable Mehrwertdienste für die Versicherten, welche deren Alltag vereinfachen, eine sektorenübergreifende Versorgung unterstützen und Werkzeuge für eine niedrigschwellige Prävention bereitstellen. Hier ergibt sich die Chance, als individueller Gesundheitspartner zu agieren, was den Weg vom Kostenträger zum ganzheitlichen, vernetzten Gesundheitsdienstleister ebnet." Sebastian Tischer, Director Digital Health Solutions

Aufbruch in eine datengetriebene Zukunft

Fest steht: KI-Technologien werden zukünftig eine immer stärkere Rolle im Gesundheitswesen spielen. Krankenversicherer sollten daher die Chance ergreifen, sich mit an die Spitze der Bewegung zu setzen.

Das sichert ihre Zukunftsfähigkeit im vernetzten Gesundheitssystem und ihre Fähigkeit, die wachsenden Herausforderungen in der deutschen Gesundheitsversorgung zu meistern.

Erfahren Sie mehr über KI-Anwendungsfälle im Gesundheitswesen:

Über Telekom MMS

Telekom MMS begleitet Unternehmen bei der digitalen Transformation und entwickelt zukunftsfähige Geschäftsmodelle für digitale Erlebnisse. Mit rund 2.200 Beschäftigten an neun Standorten und einem Jahresumsatz von 220 Mio. € im Jahr 2022 bietet das Unternehmen ein dynamisches Web- und Application-Management und sorgt mit einem akkreditierten Test-Center für höchste Softwarequalität, Barrierefreiheit und IT-Sicherheit. Mit besonderem Fokus auf das Gesundheitswesen ist die Telekom MMS Partner auf Augenhöhe – für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung: präventiv, nutzerzentriert, sicher und datenschutzkonform.

Weitere Informationen: www.telekom-mms.com

Unternehmenskontakt
Lisa Gräf, Telekom MMS, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, +49-351-2820 5366, L.Graef@telekom.de
Pressekontakt
Rebecca Haas, Oseon, +49-160-92 55 3429, tmms@oseon.com

Vorschlag eines Regionalen Transformationsfonds

Dr. Michael Brinkmeier, Prof. Dr. Josef Hilbert, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Am Rande des Hauptstadtkongresses für Medizin und Gesundheit HSK 2023 wurde die Idee geboren, Mittel aus dem Innovationsfonds Gesundheit nicht nur für die Erforschung, Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungangebote, sondern auch für die Diffusion gelungener Erneuerungen auf regionaler Ebene zu verwenden. Im nachfolgenden Beitrag haben unsere Autoren diese Idee zu einem Vorschlag für einen regionalen Transformationsfonds verschriftlicht. Seit November 2023 haben sie über ihre Anregung den Austausch mit Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen gesucht. Auf ausgewählte Fragen und Bedenken gehen die Autoren ergänzend zum konzeptionellen Aufschlag ein.

Drei Entwicklungen erfordern ein aktives Investment in die Transformation der Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene:

1. Fachkräftemangel und überholte Strukturen

Die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung muss personell und infrastrukturell neu ausgerichtet und abgesichert werden. Das gilt inzwischen auch für die pharmazeutische, die Hebammen-, die physiotherapeutische und die neu aufzustellende stationäre Versorgung.

2. Zunahme von Multimorbidität und Krankheitslast

Die in den nächsten Jahren bis zirka 2035 sich weiter verstärkende Zunahme von Multimorbidität in Verbindung mit der demografischen Veränderung erfordert ein konzentriertes regionales Investment in (Sekundär-)Prävention und Gesundheitsförderung.

3. Die Finanzknappheit gerade der Regionen mit dem höchsten Bedarf

Besondere Herausforderungen gibt es vor allem in prekären Gegenden im ländlichen Raum wie in ärmeren Quartieren von Städten. Dort ist die Versorgung jeweils am meisten gefährdet.

Aktivierung der Gestaltungspotentiale „vor Ort"

Wir müssen also von weniger Personal ausgehen, aber mehr Leistungen erbringen und gleichzeitig die knappen Finanzen zielgerichtet und fokussiert einsetzen. In vielen einschlägigen gesundheitswissenschaftlichen und fachlich-praktischen Debatten und Einschätzungen ist unstrittig, dass die umrissenen Herausforderungen nur mit einer besseren Aktivierung der Gestaltungspotenziale „vor Ort" bewältigt werden können. Neuartige Formen der Zusammenarbeit – etwa in erweiterten Primärversorgungs- und Regionalen Gesundheitszentren, verknüpft mit dem gezielten Einsatz von Gesundheitslots:innen und der Nutzung von Telemedizin – erfordern aber vorab nicht nur guten Willen und agiles Engagement vor Ort. Es werden auch Akteure benötigt, die handlungsfähige regionale Gestaltungsallianzen organisieren und auf angemessene Investitionsbudgets zurückgreifen können.

GVSG schlägt Gesundheitsregionen vor – aber reicht der Hebel?

Der vorliegende Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) mit dem Titel „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune" sieht zwar mit seinen Überlegungen zur Einführung eines § 140 b „Gesundheitsregionen" eine auf zirka 150.000 € dotierte Anschubfinanzierung unter Beteiligung von Krankenkassen und Kommunen vor, lässt aber eine Investitionsregelung vermissen, die der Größe der Aufgabe angemessen ist. Für 100.000 versicherte Einwohner einer Region kann mit ungefähr 410 Mio € Gesamtausgaben der GKV gerechnet werden. Es ist leicht vorstellbar, dass ein Hebel von 0,15 Mio € nicht ausreicht, um hier eine Transformation für nachhaltige Verbesserungen zu entwickeln. Mit den auf zirka 150.000 € dotierten Mitteln kann die Bildung regionaler Konsortien initiiert werden. Sie brauchen dann aber die Möglichkeit, auf größere Budgets zuzugreifen. Reale, durchgreifende und nachhaltige Transformationen lassen sich nur erwirken, wenn entsprechende Start-Investitionen möglich sind, die sich später dann in Form geringerer Krankheits- und Pflegelasten zugunsten der Gesellschaft ergeben.

Potenziale für Versorgungsverbesserungen breitflächig und nachhaltig nutzen

Die Ausgangsbedingungen für einen kräftigen Schub für Versorgungsverbesserungen durch regionale Gestaltungsallianzen sind gut. In zahlreichen Regionen sind – oft gefördert durch den Innovationsfonds und in Zusammenarbeit mit Krankenkassen – lokale Projekte entstanden, die auch die Empfehlung der Umsetzung in die Regelversorgung erhalten haben. Sie konnten aber dann doch oft nicht weiter fortgesetzt werden, da entweder die Zahl der Krankenkassen für eine solche Weiterarbeit nicht ausreichte oder Unklarheit darüber bestand, wer und wie zu einer nachhaltigen Finanzierung beitragen kann. Gelungene Projekte des Innovationsfonds drohen damit, zu „erfolgreichen Rohrkrepierern" zu werden, sodass wertvolles Innovations-Knowhow und Mitarbeitermotivation verschütt gehen. Das Versprechen der Innovationsfondsförderung bzgl. der Weiterentwicklung der Regelversorgung verpufft in diesem Fall und wird nicht eingelöst. Wir brauchen also neue Wege, um die durch den Innovationsfonds erarbeiteten Potenziale für Versorgungsverbesserungen breitflächig und nachhaltig zu nutzen.

Die Lösung

Einführung eines Regio-Transformationsfonds in Höhe von 40 % der aktuellen Mittel des Innovationsfonds pro Jahr zur Unterstützung regionaler Weiterentwicklung von Prävention und Versorgung

Dieser Teilbereich des Innovationsfonds wird auf Antrag zur regionalen Versorgungstransformation zur Verfügung gestellt, wenn sie in ihren intersektoralen Konzepten Versorgungslösungen einbezieht, die bereits positiv vom Innovationsausschuss begutachtet worden sind und jetzt in einem neuen regionalen Rahmen, ev. auf weitere Krankheiten ausgedehnt und ggf. mit neuen Partnern zusammen, weiterentwickelt werden sollen. Es geht damit jetzt nicht mehr um Innovationen, sondern um Adaptionen, d. h. um die regionale Umsetzung von Innovationen in die Regelversorgung, die an anderer Stelle entwickelt wurden, und auch weiterhin(!) um die Messung ihrer Erfolge.

Regionale Umsetzung schon an anderer Stelle entwickelter Innovationen

Diese Lösungen zur Versorgungstransformation sollen sich auf die Gesamtheit der Bürger einer Region auswirken, wobei die Größe der Region zur Absicherung der Managebarkeit auf die Größe von kreisfreien Städten und Landkreisen beschränkt sein sollte. Es könnten sich aber auch mehrere kreisfreie Städte und Landkreise mit ihren jeweiligen Konsortien zusammen als ein regionales Cluster bewerben. Alle Krankenkassen sind insofern potenzielle Nutznießer der daraus folgenden positiven Veränderungen.

Regionale Konsortien brauchen zu ihrer Förderfähigkeit die Unterstützung der jeweiligen Kommunalparlamente und von zumindest drei Krankenkassen.

Auf acht Jahre verlängerte Teil-Finanzierung

Der Regio-Transformationsfonds erhält eine von vier auf acht Jahre verlängerte Finanzierungsmöglichkeit, die auch für die jeweilige, weiterhin erforderliche Evaluation gilt. Für letztere bedarf es zur Wirtschaftlichkeitsprüfung noch zweier Besonderheiten: Die Evaluation muss und darf zum einen auch die Auswertung der BAS-Daten der Krankenkassen für diese Region mit einbeziehen. Das BAS muss diese nach Feststellung der Förderfähigkeit kostenlos zur Verfügung stellen. Und grundsätzlich muss es einen zweiten, neuen Schwerpunkt in der Evaluation geben, der die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Implementierungsansatzes mit pragmatischer Brille aus Sicht der steuernden und der versorgenden Akteure untersucht („Governance").

Statt einer Finanzierung von Einzellösungen und aufwändigen Antragsverfahren sollte aus dem Regio-Transformationsfonds eine pauschale Teilfinanzierung in Höhe

von 60 % für Personal- und Sachkosten jenseits der über die normale Regelversorgung finanzierten Kosten kommen. Investitionsvorhaben können zu 10 % gefördert werden. Die Finanzierung aus dem Regio-Transformationsfonds wird begrenzt auf einen jährlichen Betrag von 10 € pro Versicherten mit Wohnsitz in der betreffenden Region. Die Evaluationskosten sind von dieser Begrenzung ausgenommen, sie unterliegen auch nicht der Teilfinanzierung, sondern werden in voller Höhe zusätzlich von dem Regio-Transformationsfonds finanziert.

Der Regio-Transformationsfonds in der Diskussion: Eine erste Antwort auf ausgewählte Reaktionen und Fragen

Der Vorschlag für einen Regio-Transformationsfonds wurde bislang über Social Media kommuniziert und in einigen öffentlichen Veranstaltungen umrissen. Darüber hinaus wurde der Austausch mit Verantwortlichen in Politik, Verwaltung und Selbstverwaltung gesucht. Dabei erhielt die Anregung zum Teil euphorische Unterstützung. Erkennbar wurde ein massives Interesse, positive Erkenntnisse aus Innovationsfondsprojekten nicht verpuffen zu lassen, sondern auf Dauer und in der Breite nutzen zu können. Allerdings gab es auch Fragen und Bedenken. Um die inhaltliche Auseinandersetzung weiterzuentwickeln, wollen wir im Folgenden auf eher skeptisch-fragende Reaktionen eingehen:

Eine erste Frage: Ist es nichtüberoptimistisch, damit zu rechnen, zusätzliche Mittel aus ‚öffentlichen Händen' oder aus Versicherungsgeldern für diesen Verwendungszusammenhang zu bekommen?

Wir Autoren teilen dieses ‚Stirnrunzeln', weisen aber darauf hin, dass der oben skizzierte Vorschlag nicht auf zusätzliche Mittel, sondern auf bereits gesetzlich verankerte Mittel aus dem Innovationsfonds zielt. Es geht nicht darum, weitere Mittel für den Innovationsfonds zu mobilisieren, sondern die bereits vorhandenen Mittel durch die Selbstverwaltung anders und mit Blick auf Versorgungsverbesserungen wirkungsmächtiger zu verausgaben. Der Innovationsfonds zielt bisher vornehmlich auf Forschung, Entwicklung und Erprobung; im Sinne der Innovationstheorie sind Innovationen jedoch erst dann als gelungen zu betrachten, wenn sie sich nicht nur in der Pilotierung bewähren, sondern auch im Realbetrieb breitflächig umgesetzt werden können. Patientinnen und Patienten würden dieses Anliegen der Innovationstheorie sicherlich teilen.

Eine zweite Frage: Macht der Vorschlag des Regio-Transformationsfondsfonds die Debatte um regional-vernetzte und patientenorientierte Gestaltungsmöglichkeiten unübersichtlicher und komplizierter, als das ohnehin schon der Fall ist?

Bislang werde kontrovers, unübersichtlich und mit unklaren Perspektiven über Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren debattiert. In dieser Gemengelage seien endlich politische Entscheidung nötig und nicht der Ruf nach einer Ausweitung des Horizonts der Möglichkeiten.

Auch hier können wir die Überlegungen nachvollziehen, weisen aber darauf hin, dass die (finanzielle) Befähigung von Regionen bei der nachhaltigen und breitflächigen Umsetzung von bewährten regionalen Versorgungserneuerungen kein nebensächliches add-on sind, sondern als eine zentrale und bislang nur suboptimal gelöste Herausforderung der Gesundheitspolitik gesehen werden sollten. Die Transformation von gelungenen Insellösung in die breitere Umsetzung braucht Kümmerer – und diese benötigen Ressourcen! Bei bewährten Erneuerungen die Kraft der Regionen für die Umsetzung zu aktivieren ist eine Aufgabe, die nicht nur regulierende Entscheidungen der ‚großen' Politik erfordert, sondern gerade auch auf Wissen und Konsens aus der Selbstverwaltung angewiesen ist.

Eine dritte Frage: Wie ist das Verhältnis zwischen dem vorgeschlagenen Regio-Transformationsfonds und dem Transformationsfonds , über den im Rahmen der geplanten Krankenhausstrukturreform nachgedacht wird?

Ohne Zweifel: Ambulante und sektorenübergreifende Versorgungsinnovationen und Projekte zur Hebung der Gesundheitskompetenz stellen wichtige Hebel zur viel beschworenen „Ambulantisierung" und damit zur Entlastung von Krankenhäusern; die Investitionssummen für die Konversion von Krankenhäusern können mit dem Regio-Transformationsfonds allein aber nicht bewältigt werden, hierfür werden die Länder und der Bund zusammen mit den Trägern zusätzliche Mittel aufbringen müssen. Der Regio-Transformationsfonds kann aber helfen, die für den Abbau von Krankenhausressourcen notwendige Verbesserung der regionalen Gesundheitssituation zu entwickeln und das Mindset der regionalen Versorger darauf auszurichten. Eine große Frage wird ja noch sein, ob die Bundesregierung sich dazu durchringen wird, einen krankenhausbezogenen Transformationsfonds einzurichten. Das Geld für unseren Vorschlag dagegen ist schon da, hier geht es „nur" darum, wieschon bereitgestellte Sozialversicherungsmittel wirkungsmächtiger genutzt werden können.

Ein Letztes: Alle schauen jetzt auf den frisch bekanntgewordennen neuerlichen Referentenentwurf des GVSG

aus dem Dez. 2023. Unsere Aussage dazu: Unser Reformvorschlag und das hoffentlich in Kraft tretende GVSG passen wie Topf und Deckel zueinander. Erst mit dem Regio-Transformationsfonds können die Regionen die nötige Schlagkraft und Gestaltungsmacht entwickeln, die wir für die Bewältigung der zukünftigen Krankheitslast benötigen!

Weiterführende Literatur

Engehausen, R; Scholz, S (Hrsg): Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele und Handlungsempfehlungen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2021

Hahn, U; Kurscheid, C (Hrsg): Intersektorale Versorgung: Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Springer Gabler 2020

Hildebrandt H., Stuppardt, R. (Hrsg.) (2021). Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. Medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Innovationen scheitern an Strukturen 05/2022 Gesundheit und Gesellschaft Digital (gg-digital.de)

Pressemitteilungen DIGITAL SOZIAL – Damit die Sozialversicherung auch in Zukunft leistungsfähig bleibt Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

Prognos: Gesamtevaluation des Innovationsfonds. Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds gem. Paragraf 92a Abs. 5 SGB V. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. BT-Drucksache 20/1361, 2022.

Dr. Michael Brinkmeier

Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
michael.brinkmeier@schlaganfall-hilfe.de

Prof. Dr. Josef Hilbert

Co-Vorsitzender Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen

Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG

Fachprozesse effizient gestalten durch Business Process Outsourcing

Von Oliver Wibbe, Geschäftsführer SPS Germany GmbH[1]

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der leistungsstärksten weltweit. Damit dies so bleibt, sollten Liefermodelle überdacht werden. Eine Option ist das Business Process Outsourcing. Insbesondere durch Digitalisierung und Optimierung von wiederkehrenden und arbeitsaufwendigen Aufgaben kann das Auslagern von Geschäftsprozessen Entlastung bieten und zur Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Deutsche Krankenversicherer erkennen das und übergeben mehr Fachprozesse an externe Spezialisten, so eines der Ergebnisse einer aktuellen Branchenbefragung von SPS und den Gesundheitsforen Leipzig.

Veränderungen im Geschäftsumfeld veranlassen Krankenversicherungen zum Überdenken ihrer Geschäftsmodelle und zur Neupositionierung im Markt. Sie wollen Prozesse mitgestalten und gemeinsam mit der Leistungserbringung Innovationen für die Versicherten vorantreiben. Sie transformieren sich mehr und mehr vom reinen Leistungserbringer zum umfassenden Gesundheitsdienstleister. Dabei spielen Krankenversicherungen eine wichtige Rolle bei der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Sie sind ausschlaggebend für die Versorgungsqualität, für die Bereitstellung von neuen, technologiegetriebenen Gesundheitsleistungen und die Gesundheitskompetenz. Für diese Aufgaben brauchen Krankenversicherungen Fach- und Führungskräfte, die Verantwortung übernehmen und Veränderungen aktiv vorantreiben sowie starke Prozesse, die digital fließen und Kosten reduzieren. Eine entscheidende Hilfestellung bietet Business Process Outsourcing (BPO) – das Auslagern bestimmter Unternehmensabläufe an externe Spezialisten.

Digitalisierung in der Krankenversicherung: BPO als Schlüssel für effiziente Prozesse

Anders als bei anderen Formen des Outsourcings, bei denen gesamte organisatorische Unternehmenseinheiten ausgelagert werden – etwa im Kundenservice – konzentriert sich BPO auf die Auslagerung und die externe Betreuung ausgewählter Prozesse. Das Hauptziel von BPO liegt darin, repetitive und arbeitsintensive Abläufe extern abzuwickeln, um die Servicequalität sowie die Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern. Wenn digitale Prozesse Mitarbeitende entlasten und eine moderne IT-

1 In seiner Position als Geschäftsführer der SPS Germany GmbH ist Oliver Wibbe für die Vertriebs- und Business-Development-Aktivitäten in Deutschland verantwortlich. Sein Ziel ist es, gemeinsam mit den Kunden, das Erlebnis für die Endkunden nachhaltig zu verbessern und technologiebasierte Lösungen als Partner für Krankenversicherungen bereitzustellen. Oliver Wibbe ist Experte für die digitale Transformation von Unternehmen und verfügt über umfangreiche Erfahrung in den Bereichen Outsourcing und Shoring sowie in IT-Lösungen und Dienstleistungen für verschiedene Branchen.

Umgebung für reibungslose Abläufe sorgt, können sich Krankenversicherungen stärker auf ihre wertvollsten Stakeholder konzentrieren: ihre Versicherten. Krankenversicherungen, die auf BPO setzen, positionieren sich als zukunftsorientierte Gesundheitsdienstleister in einem zunehmend digitalen Gesundheitswesen.

Höhere Versorgungsqualität dank digitaler Prozesse

Die steigende Bedeutung von BPO ist eng verbunden mit den dynamischen Marktveränderungen im Gesundheitswesen: Kostendruck, Fachkräftemangel und technologischer Innovationsdruck machen das Auslagern von Prozessen nötig und treiben deren Digitalisierung voran. Technische Lösungen zur Verschlankung von Fachprozessen sind dabei eine wichtige Stellschraube. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) stellte in seiner Digitalisierungsstrategie fest, dass für die Verbesserung der Gesundheits- und Pflegeversorgung Digitalisierungsmaßnahmen essenziell sind. Wesentliche Ziele der Digitalisierungsstrategie des BMG sind die konsequente Ausrichtung der digital unterstützten Versorgung auf den Menschen, die Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Um diese Ziele zu erreichen, wurden drei zentrale Handlungsfelder identifiziert. Eines davon: „Digital unterstützte Versorgungsprozesse".

Hier soll die digitale Transformation kurzfristig bei den Disease-Management-Programmen (DMP) durch die Etablierung indikationsbezogener, digital unterstützter und integrierter Versorgungspfade starten. Die sogenannten „Chronikerprogramme" wurden 2002 eingeführt, um die ärztliche Behandlung langfristig zu verbessern und Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Sie umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen.

Um die Wirksamkeit der Maßnahmen im Rahmen der DMP nachzuweisen, sind die teilnehmenden Ärzte auf eine lückenlose Dokumentation aller Behandlungen angewiesen. Die DMP-Fallsteuerung und das Dropout-Management sind aufwendig, teuer und intransparent. Durch Business Process Outsourcing kann der gesamte Dokumentations- und Evaluierungsprozess von Millionen Dokumenten zu chronischen Krankheiten digital und in hohem Maße automatisiert bearbeitet werden. Das kann zu Kosteneinsparungen von bis zu 30 Prozent führen.[2] So steigt die Versorgungsqualität der Betroffenen und Krankenversicherungen werden dabei unterstützt, dem in der Digitalisierungsstrategie gesetzten Kernvorhaben näherzukommen: „Im Jahr 2026 erfolgen 80 Prozent der Kommunikationsvorgänge im Gesundheits- und Pflegewesen papierlos."[3]

Fallabschließende Dokumentenverarbeitung

Outsourcing kann auch über die DMP hinaus einen wertvollen Beitrag zur Digitalisierung und Optimierung von Kommunikationsvorgängen leisten. Denn im Vergleich zu anderen Branchen ist das Gesundheitswesen in der digitalen Dokumentenverarbeitung deutlich schwächer entwickelt. Zwar hat sich in den letzten Jahren einiges getan und es werden mittlerweile viele Prozesse digitalisiert, ein Großteil der Kommunikation mit Versicherten findet allerdings noch immer per Briefpost statt. Dabei erwarten die Versicherten heutzutage, dass sie ihre Versicherungsbelange weitestgehend digitalisiert durchführen können. Gerade bei Krankenversicherungen entstehen tagtäglich riesige Datenmengen aus diversen Bereichen, die zusammengeführt, bereinigt und ausgewertet werden müssen. Das verlangsamt Prozesse und bindet Mitarbeitende unnötig lang.

Auf der Unternehmensseite ist dies besonders problematisch: Der Wertbeitrag eines Mitarbeitenden einer Krankenversicherung sollte sich nicht aus dem Abtippen von eingehenden Formularen und Nachrichten ergeben. Zudem sind viele Kundenprozesse von persönlichen Aspek-

Wo stehen Krankenversicherungen bei der Auslagerung von Prozessen?

Die Studie **Effiziente Fachprozesse für die Krankenversicherung und Pflege von morgen** von SPS und den Gesundheitsforen Leipzig hatte das Ziel, ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, was gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen beim Auslagern ihrer Prozesse wichtig ist. Was beschäftigt sie aktuell in puncto Prozessmanagement und wo sehen sie Herausforderungen und Potenziale? Darüber hinaus wurde die Branche gefragt, wie sie die zukünftige Relevanz von Auslagerungslösungen bewertet und welche Prozesse erfolgsentscheidend für sie sind. Ein spezieller Fokus der Befragung lag auf dem Fachbereich Pflege und seinen Teilprozessen, da Pflegeprozesse eine wachsende Bedeutung für Versicherte und Unternehmen erfahren.

2 Daten von SPS.
3 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, März 2023, 1. Auflage, Berlin.

ten der Versicherten geprägt. Hierbei spielen die Übernahme und fallabschließende Verarbeitung von Prozessen durch Dienstleister und in diesem Zuge deren Digitalisierung eine zentrale Rolle. Wenn Informationen digital fließen, lässt sich die Bearbeitung mit geringerem Aufwand abschließen, wie folgende Praxisbeispiele zeigen.

Abb. 1: Aus diesen Gründen lagern Krankenversicherungen ihre Fachprozesse an BPO-Spezialisten aus. Bildquelle: SPS/Gesundheitsforen Leipzig

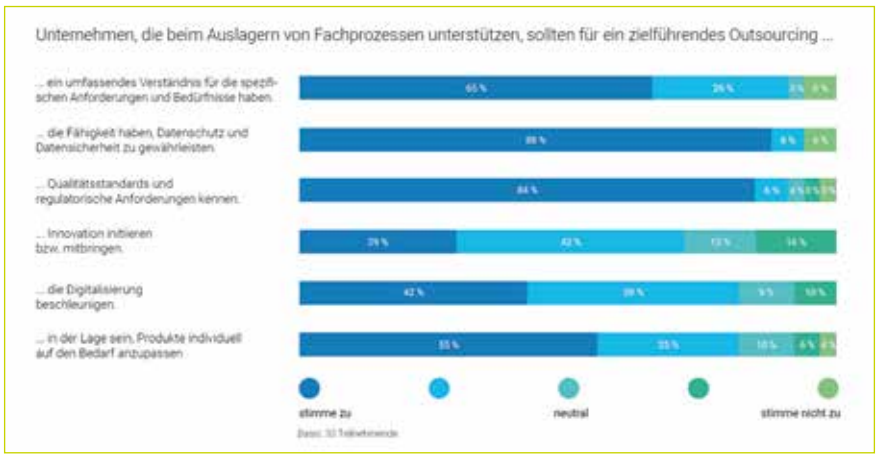


Abb. 2: Was Krankenversicherungen beim Auslagern ihrer Fachprozesse wichtig ist. Bildquelle: SPS/Gesundheitsforen Leipzig

Praxisbeispiel 1: Digitaler Posteingang

Die Sanitas Krankenversicherung gehört mit rund 835.000 Versicherten zu den größten Krankenkassen der Schweiz. Sie erhält mehrere Millionen Dokumente jährlich per Post, E-Mail oder Fax. Lange Zeit wurde der Großteil dieser Dokumente manuell bearbeitet, für die Post-Triage hatte die Krankenversicherung keine maschinelle Unterstützung. Auch eine moderne Softwarelösung für die Digitalisierung der Eingangspost fehlte. Das hat Zeit und Mitarbeitende gebunden sowie hohe Kosten verursacht. Sanitas entschied sich für die Zusammenarbeit mit einem BPO-Spezialisten und lagerte den Posteingang an SPS aus. Das Ziel: auf das Kerngeschäft fokussieren und hohe Kundenzufriedenheit in Folge kurzer Bearbeitungs- und Durchlaufzeiten erreichen.

Heute übernehmen intelligente Automatisierungslösungen (IA) des BPO-Partners den gesamten Prozess der Postverarbeitung innerhalb eines Tages: von der Triage über die Digitalisierung bis hin zur Nachbearbeitung und dem Versand an interne Sanitas-Abteilungen. In Kombination mit Künstlicher Intelligenz verarbeitet die IA große Datenmengen nahezu autonom. Stößt die Lösung innerhalb eines Prozesses auf einen Spezialfall, wird das Dokument an einen Mitarbeitenden weitergeleitet und die Ausführung vom System beobachtet. So lernt das System fortlaufend dazu. Durch die optimierten Prozesse bleiben auch zu Spitzenzeiten die Durchlaufzeiten möglichst gering.

Praxisbeispiel 2: Bilddatenverarbeitung für Gesundheitskarten

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist seit dem 1. Januar 2015 der allein gültige Versicherungsnachweis. Als visuelles Identifikationsmerkmal der eGK dient ein Lichtbild. Die Bilder der rund 74 Millionen gesetzlich Versicherten einzuholen, stellt für die GKV eine große logistische Herausforderung mit erheblichen finanziellen Aufwendungen dar. Die Krankenversicherungen müssen die Lichtbilder von den Versicherten anfordern, prüfen und falls nötig bearbeiten. Dem lässt sich mit einem Partner an der Seite entgegenwirken, der die administrativen Prozesse im Bilddatenmanagement übernimmt.

Der BPO-Spezialist SPS übernimmt das Bilddatenmanagement für zahlreiche Krankenversicherungen. Die Bilderfassung ist über alle gängigen Kanäle möglich. Der Versicherte reicht sein Lichtbild per Brief, über den PC, das Tablet oder das Smartphone ein. Mehr als 45 Millionen Lichtbilder und Datensätze für Gesundheitskarten wurden so digital oder per Formular erfasst und weiterverarbeitet. Innerhalb eines Bearbeitungsprozesses wird das Bild KI-gestützt geprüft. Dies ist vor allem für das Erkennen des Geschlechts oder nicht zulässiger Bildbestandteile wie zum Beispiel Sonnenbrillen der versicherten Person nötig. Kleine Bildkorrekturen und Verbesserungen führt die KI automatisiert durch. Bei Lichtbildern, die den Maßgaben nicht entsprechen, fordert die Lösung automatisch ein neues beim Versicherten an.

Geprüfte und bewertete Fotos werden an die Rechenzentren direkt übertragen. Zusätzlich wird das Dokument digital und physisch archiviert und in einem Online-Por-

tal zur Verfügung gestellt. Der Dienstleister stellt die Gesundheitskarte in einer zertifizierten Produktionsumgebung – Datenschutz nach EU-DSGVO und SGB X – her und versendet sie direkt an die Versicherten. Der Einsatz von KI verkürzt Durchlaufzeiten und die Verwaltungskosten sinken durch das Outsourcing der Lichtbildeinholung um bis zu 25 Prozent.[4]

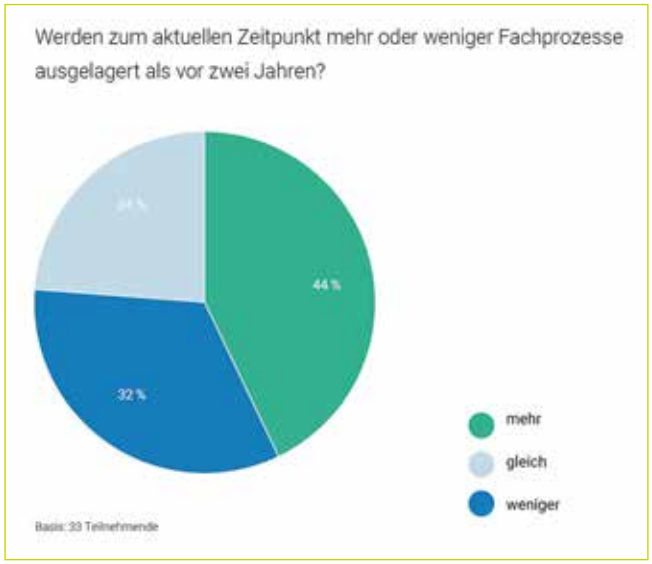


Abb. 3: Auslagern von Fachprozessen: Zwei-Jahres-Trend. Bildquelle: SPS/Gesundheitsforen Leipzig

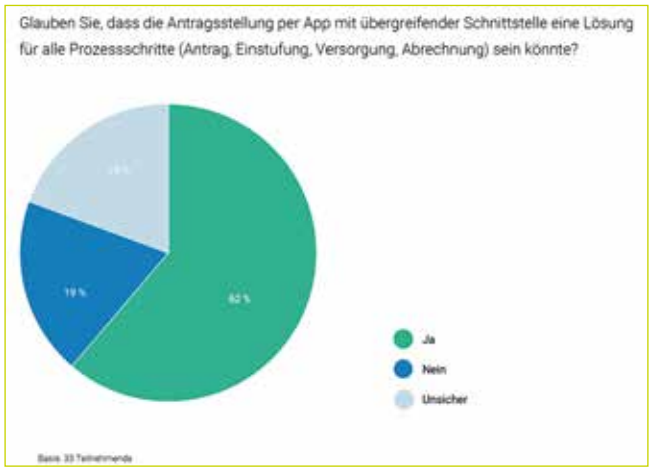


Abb. 4: Bewertung einer App-Lösung für alle Prozessschritte im Fachbereich Pflege. Bildquelle: SPS/Gesundheitsforen Leipzig

Outsourcing als Strategie: Die Mehrheit der Krankenversicherungen lagert Fachprozesse aus

Wie die zwei Beispiele zeigen, können Krankenversicherungen vom Outsourcing an BPO-Spezialisten verschiedenster Prozesse profitieren. Laut der aktuellen Branchenbefragung von SPS und den Gesundheitsforen Leipzig übergeben gesetzliche und private Krankenversicherungen Prozesse in den Bereichen Informationstechnologie, Versorgungsmanagement und Pflege am häufigsten an externe Dienstleister. Genau für diese drei Prozesse sehen Krankenversicherungen auch in Zukunft den größten Bedarf für Outsourcing. Hauptmotiv für Auslagerungen war für sämtliche Assekuranzen die Kostenersparnis, gefolgt von Mangel an internem Fachpersonal, Digitalisierung von Fachprozessen, Qualitätssteigerung und Flexibilitätssteigerung.

Auslagern von Fachprozessen: Status quo und Ausblick

Laut der Branchenbefragung lagern 75 Prozent der befragten Krankenversicherungen derzeit einzelne Leistungen oder Fachprozesse aus. Ihre bisherigen Outsourcing-Erfahrungen bewerten die Befragten im Durchschnitt als befriedigend, ein Drittel sogar als gut. Für eine zielführende Umsetzung beim Thema Prozessauslagerung legen Krankenversicherungen Wert auf die Gewährleistung des Datenschutzes sowie der Datensicherheit, gefolgt von der Kenntnis und dem Einhalten der Qualitätsstandards und regulatorischen Anforderungen. Als dritthäufigstes Kriterium wurde ein umfassendes Verständnis für die spezifischen internen Prozesse und Anforderungen genannt.

Das Stimmungsbild zum aktuellen Bedarf an Prozessauslagerung ist breit gestreut. Über zwölf Prozent der befragten Krankenversicherungen schätzen ihren Bedarf, Fachprozesse bei sich auszulagern, als hoch oder sehr hoch ein. Fast die Hälfte gab an, aktuell mehr ihrer Fachprozesse auszulagern als vor zwei Jahren. Ein knappes Viertel konstatierte ein gleichbleibendes Niveau, die verbleibenden Teilnehmenden bewerteten den Anteil der ausgelagerten Prozesse als geringer. Ein knappes Fünftel gab an, dass es konkrete Auslagerungspläne gibt, über die Hälfte der Befragten ist noch unentschieden oder kann die Frage nicht eindeutig beantworten. Dass das Thema Outsourcing von Fachprozessen zukünftig eine hohe Relevanz haben wird, glaubt eine knappe Hälfte der Befragten.

Fachbereich Pflege: Krankenversicherungen setzen auf Apps

Über 60 Prozent der Krankenversicherungen erkennen das Potenzial einer App-Lösung für sämtliche Prozessschritte im Pflegebereich. Die Herausforderung liegt weniger in der Entwicklung einer nutzerfreundlichen App-Oberfläche für die Versicherten. Vielmehr geht es um die Bereitstellung einer Omnichannel-Plattform, die sämtliche Prozessschritte miteinander verknüpft und die vielfältige und heterogene Landschaft verschiedener Leistungserbringer berücksichtigt. Eine solche Plattform muss gewährleisten, dass alle Kommunikationswege so-

4 Daten von SPS.

wohl Versicherern, Leistungserbringern als auch Leistungsempfängern gleichermaßen zugänglich sind.

Die erfolgreiche Implementierung oder Vergabe dieser Plattform kann den manuellen Arbeitsaufwand für die Krankenversicherungen reduzieren, ohne dass sie von ihrem Kerngeschäft abweichen müssen. Darüber hinaus steigt die Versorgungsqualität für die Versicherten und die Transparenz für alle Beteiligten. Gleichzeitig können die wenigsten Versicherten vorhersehen, wann sie zu Leistungsempfängern werden. Eine zügige und reibungslose Abwicklung des Antragsprozesses – einschließlich der medizinischen Einstufung, dem darauffolgenden Start der Versorgung und der damit verbundenen Abrechnung – ist unerlässlich. Die Schlüsselrolle spielt hierbei die gezielte Kombination von Technologien, Prozessen und Experten.

Fazit

Getrieben von hohem Preis- und Qualitätswettbewerb, steigenden Kosten und technologischem Innovationsdruck überdenken Krankenversicherungen zunehmend die Gestaltung ihrer Prozesse. Die Politik setzt mit der Digitalisierungsstrategie für Gesundheit und Pflege zusätzliche Anreize, um Versorgungsprozesse, Datennutzung und Technologien bis Ende des Jahrzehnts weiterzuentwickeln und den Behandlungsalltag mit digitalen Lösungen zu verbessern. Auch wenn Krankenversicherungen ihrem Selbstverständnis nach sowie durch die Richtlinien des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) dazu verpflichtet sind, lediglich Unterstützungsprozesse – und keine ihrer Kernaufgaben – an externe Dienstleister abzugeben, kann BPO für sie wertvolle Entlastung bieten und entscheidend zu mehr Wettbewerbsfähigkeit beitragen.

Viele prozessuale Neuerungen erfordern tiefe Prozesskenntnisse sowie neueste Technologien und Methoden. Krankenversicherungen arbeiten deshalb zunehmend mit spezialisierten Unternehmen zusammen. Sie sehen Outsourcing als eine effektive Strategie an, Kosten zu senken, den Mangel an internem Fachpersonal auszugleichen und das Potenzial der Digitalisierung auszuschöpfen. Ziel ist es, auf die Bedürfnisse der Kunden ausgerichtete Service-Angebote mit automatisierten, papierlosen Prozessen im Hintergrund zu schaffen. BPO fungiert somit als Schlüsselstrategie für Krankenversicherungen, um ihre Rolle im digitalen Gesundheitswesen der Zukunft zu festigen. Indem sie bestimmte Prozesse übergeben, können sie sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren, Innovationen vorantreiben und eine höhere Versorgungsqualität erreichen.

Oliver Wibbe

Geschäftsführer SPS Germany GmbH
www.spsglobal.com

Rolle, Funktion und Aufgaben von Schulgesundheitsfachkräften

Von Magdalena Vogt und Janine Vetsch, St. Gallen, Schweiz[1]

Das Thema Gesundheit gehört wie Rechnen und Schreiben lernen an die Schulen. Davon sind wir in der Redaktion schon länger überzeugt. Die Schule ist für die jungen Menschen ein Lern- und Lebensraum. Gesundheit ist ein lebensbegleitendes Thema und hat Relevanz von der Geburt bis zum Tod. Für mehr Gesundheit im Schulalltag, dafür stehen u. a. die Schulgesundheitsfachkräfte. Das Berufsbild der Schulgesundheitsfachkraft gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Das Aufgabenprofil ist dabei national sowie international nicht klar definiert und kann stark variieren. Unsere Autorinnen verschaffen uns einen Überblick über bereits etablierte und mögliche Aufgabenbereiche von Schulgesundheitsfachkräften sowie deren Chancen und Hindernisse in Deutschland.

Gesundheit und Bildung beeinflussen sich gegenseitig. Gute Bildung fördert eine bessere Gesundheit, und eine gute Gesundheit ist eine Voraussetzung für das Erreichen von Bildungszielen [15]. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt die Gesellschaft in einer Zeit des raschen sozioökonomischen, (gesundheits-)politischen, kulturellen und epidemiologischen Wandels vor vielfältige Herausforderungen. Das Konzept der gesundheitsfördernden bzw. gesunden Schule und begleitende globale Initiativen bieten die Möglichkeit, Gesundheitsförderung sowie Kernaufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege in Schulen zu integrieren [2].

Schulgesundheitsdienste (engl. school health services) nutzen individuelle, bevölkerungsbezogene und settingbezogene Ansätze zur Verbesserung der Gesundheits- und Bildungsergebnisse von Kindern und Jugendlichen in allen Bildungseinrichtungen [15]. In vielen Ländern, wie z. B. den USA, Kanada, Schweden und Grossbritannien sind schuleigene Pflegefachkräfte mit- oder hauptverantwortlich für die schulische Gesundheitsversorgung [12]. Die Schulgesundheitsfachkraft (engl. School Health Nurse) ist ein international anerkanntes Berufsbild und stellt eine spezialisierte Rolle in der professionellen Pflege zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (engl. Public Health) dar. Sie kann als die pflegerische Komponente im Konzept der gesundheitsfördernden bzw. gesunden Schule verstanden werden. Sie koordiniert die Versorgung, setzt sich für eine qualitativ hochwertige, schülerzentrierte Versorgung ein und wirkt an der Gestaltung

1 Magdalena Vogt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Gesundheit der OST – Ostschweizer Fachhochschule, Janine Vetsch ist Dozentin und Projektleiterin am Department Gesundheit der OST – Ostschweizer Fachhochschule

von Systemen mit, die es Einzelpersonen und Gemeinschaften ermöglichen, ihr volles Potential zu entfalten. Die Fachkräfte stützen sich dabei auf eine ethische und evidenzbasierte Praxis [9]. Dabei ist der «Public Health Nursing Approach» zu erwähnen, der im Rahmen der Schulgesundheitspflege die öffentliche Gesundheit im Setting Schule, unter Verwendung von Wissen aus Pflege-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften, fördert und schützt [11].

In Deutschland ist die Schulgesundheitsfachkraft nicht flächendeckend im Einsatz. Dennoch wurde dieses Berufsbild bereits in mehreren Projekten getestet und evaluiert, bevor es implementiert wurde.

Warum Schulgesundheitsfachkräfte?

Internationale Studien zeigen verschiedene positive Effekte des Einsatzes von Pflegefachpersonen an Schulen auf – für gesunde, aber auch chronisch kranke Kinder. Best et al. (2017) identifizierten in einer systematischen Übersichtsarbeit 65 Studien, die schulpflegerische Interventionen bewerteten. Diese Interventionen wurden kategorisiert in Koordination und Versorgung, öffentliche Gesundheitsmassnahmen, Führung und Qualitätsverbesserung und umfassen Interventionen wie z. B. Diabetesmanagement, Aufklärung über sexuelle Gesundheit, Erstellung von Notfallplänen für Kinder mit Lebensmittelallergien, die Kommunikation mit Schulpersonal und Eltern bzw. Beziehungsberechtigten und viele andere Interventionen. Die positiven Outcomes waren häufig symptomspezifisch, wie geringere Allergiereaktionen oder Asthmasymptome, betrafen aber auch das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz [1]. Weitere Studien haben gezeigt, dass Fehlzeiten reduziert werden konnten [5] und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern positiv beeinflusst wurde [13]. Auch in der Versorgung chronisch kranker Kinder konnten Pflegefachpersonen den Gesundheitszustand und die schulischen Leistungen der betroffenen Kinder verbessern [6]. Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit trugen ebenfalls zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern bei [7].

Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften kann auch Gesundheits- und ökonomische Kosten reduzieren. Zum Beispiel kann das Risiko für spätere Erkrankungen gesenkt werden und Eltern müssen ihre Kinder seltener von der Schule abholen, was zu weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz führt. Ausserdem können Lehrpersonen von gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet werden und sich wieder verstärkt ihrem Bildungsauftrag widmen [14]. Im Rahmen eines Projekts mit Schulgesundheitsfachkräften berichteten Eltern in Deutschland von einem erhöhten Sicherheitsgefühl hinsichtlich der fachgerechten gesundheitlichen Versorgung ihrer Kinder. Lehrpersonen berichteten von einer Entlastung bei fachfremden Aufgaben und der Übernahme von Verantwortung in Notfällen. Dies führte schnell zu einer hohen Akzeptanz des neuen Angebots [12]. Damit solch positive Effekte erzielt werden können, lohnt sich ein Blick auf die Qualitätsstandards für eine gute Umsetzung des Schulgesundheitsdienstes [15].

Qualitätsstandards für den Schulgesundheitsdienst

Ein europaweit geltendes Rahmenwerk der WHO (2014) definiert sieben standardisierte, ineinander übergreifende Kompetenzbereiche für Schulgesundheitsfachkräfte bzw. den Schulgesundheitsdienst. Diese sollten von den Mitgliedsstaaten der WHO-Region Europa individuell auf ihre jeweiligen Landesbedingungen angepasst werden und bei der Planung und Einführung von Schulgesundheitsfachkräften berücksichtigt werden:

1. Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Bildung und Gesundheit auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene des öffentlichen Schul- und Gesundheitsdienstes;
2. Eignung des Schulgesundheitsdienstes mit all seinen Angeboten für alle in einer Schule lernenden Kinder und Jugendlichen;
3. Personelle, räumliche und sächliche Ausstattung des Schulgesundheitsdienstes;
4. Zusammenarbeit mit Schulpersonal, Eltern, Schülerinnen und Schülern sowie mit Akteuren ausserhalb der Schule in einem multiprofessionellen Netzwerk;
5. Klare Rollen-, Tätigkeits- und Kompetenzbeschreibung der Schulgesundheitsfachkraft,
6. Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die auf vorrangigen Anliegen basieren und durch evidenzbasierte Protokolle und Leitlinien unterstützt werden;
7. Dokumentations- und Datensicherungssystem sowie ein Datenschutzkonzept [15].

Die Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibungen von Schulgesundheitsfachkräften, die mit für die Qualität verantwortlich sind, sind weder international noch national eindeutig geregelt. Die Rollen und Aufgaben von Schulgesundheitsfachkräften variieren zum Teil erheblich [3]. Das Ziel dieses Beitrages ist es, einen Überblick über die Aufgabenbereiche von Schulgesundheitsfachkräften im internationalen und nationalen Kontext zu geben. Hierfür wurden internationale und nationale Leitlinien, systematische Übersichtsarbeiten und Studienergebnisse recherchiert und zusammengefasst.

Aufgabenbereiche

Gesundheitsfachkräfte erfüllen im Setting Schule vielfältige gesundheitsbezogene Aufgaben. Sie sind für die Förderung und den Schutz der Gesundheit sowie die optimale Entwicklung der Schülerinnen und Schüler verantwortlich [8; 11].

Internationale Aufgabenbereiche

Die globale Leitlinie der WHO (2021) empfiehlt die Einführung eines umfassenden Schulgesundheitsdienstes, der je nach lokalen Rahmenbedingungen und Machbarkeit angepasst werden sollte. Hierbei handelt es sich um **starke Empfehlungen** mit moderater Evidenz-Qualität. Die Empfehlung ist stark, weil: die gesamte Evidenz einheitlich eine positive Richtung aufweist, inklusive Evidenz in Bezug auf die Akzeptanz und Chancengleichheit; die Evidenz bei guter Umsetzung der Schulgesundheitsversorgung einen nachhaltigen Vorteil für Schülerinnen und Schüler aufzeigt; die Zuverlässigkeit der Evidenz in den systematischen Übersichtsarbeiten moderat ist; Beobachtungsstudien Nutzen und keine signifikanten Schäden ergaben und Schulen eine überzeugende, breit angelegte und relativ günstige Möglichkeit bieten, Kinder und Jugendliche mit den notwendigen Gesundheitsdiensten zu erreichen [16].

Das Spektrum der Angebote von Schulgesundheitsdiensten sollte bestimmte Aufgabenbereiche in Bezug auf verschiedene Gesundheitsbereiche unbedingt umfassen [15; 16). In Tabelle 1 sind die Aufgaben- in Bezug auf die jeweiligen Gesundheitsbereiche dargestellt.

Nationale Aufgabenbereiche

Die Schulgesundheitspflege in Deutschland orientiert sich grundsätzlich an internationalen Empfehlungen. Dabei sind jedoch länderspezifische Gegebenheiten, wie z. B. rechtliche Rahmenbedingungen, Ressourcen und Qualifikationen der Pflegefachpersonen, zu berücksichtigen [4]. Im Folgenden werden Erfahrungen und Erwartungen an das Aufgabenprofil der Schulgesundheitspflege aus der Literatur aus Deutschland dargestellt.

Die wahrgenommenen Aufgaben und Rollen von Gesundheitsfachkräften an Schulen wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften in Brandenburg und Hessen empirisch erhoben. Auf Basis der Ergebnisse konnte ein breites Aufgabenspektrum identifiziert werden [3]:

Die ***Erste Hilfe*** umfasst die Erstversorgung bei akuten gesundheitlichen Problemen oder Unfällen. Voraussetzung für die ***Beratung*** bei gesundheitlichen Problemen oder Fragen ist eine niederschwellige Erreichbarkeit und die Rolle als Vertrauensperson. ***Sicherheit*** wird durch kompetente Unterstützung, fachliche Einschätzung und direkte Behandlung von Beschwerden sowie durch gezielte Unterstützung chronisch kranker Kinder gewährleistet. Die ***Vermittlung*** findet zwischen Eltern, Kindern, Lehrkräften und Gesundheitseinrichtungen statt. Als ***Sorgeinstanz*** bietet die Schulgesundheitsfachkraft einen geschützten Raum in der Schule mit Schutz vor Ängsten und Sorgen [3].

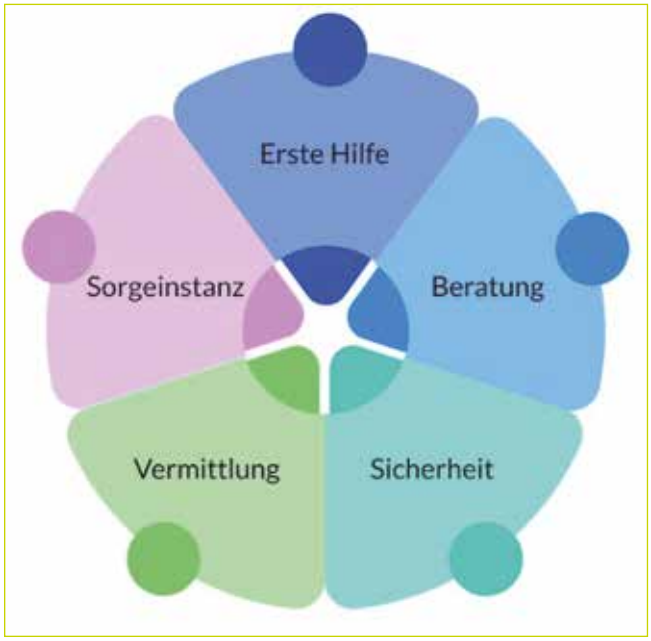


Abbildung 1: Aufgabenspektrum von Schulgesundheitsfachkräften (Quelle: eigene Darstellung; in Anlehnung an Heinrichs, Romberg & Ewers, 2021)

Eine Querschnittsuntersuchung hat gezeigt, dass die Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland am häufigsten Interventionen in den Bereichen Akutversorgung bzw. Erste Hilfe, psychosoziale Unterstützung und Gesundheitserziehung durchführen. Im Durchschnitt wurden diese Interventionen ***mehrmals pro Woche*** oder ***mehrmals täglich*** durchgeführt. Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Unterstützung des Selbstmanagements wurden ebenfalls durchgeführt, wenn auch in geringerem Umfang [10]. Auch im Rahmen der Projektbeobachtung in Brandenburg und Hessen wurde festgestellt, dass die Schulgesundheitsfachkräfte vor allem auf Anfragen und Anforderungen reagieren, die an sie herangetragen werden, und weniger vorausschauend agieren. Dies zeigte sich neben der Krankenversorgung und Ersten Hilfe auch in den Bereichen Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Erweiterung der Gesundheitskompetenz. Proaktive Massnahmen wurden selten durchgeführt. Zentrale Aufgaben der Schulgesundheitspflege werden international aber gerade hier

Aufgabenbereiche	Gesundheitsbereiche
Gesundheitsförderung und Prävention	• Allgemein: Förderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen; Förderung der Gesundheitskompetenz • Positive Gesundheit und Entwicklung: Förderung der körperlichen, sozialen und psychischen Entwicklung sowie des angemessenen Umgangs mit elektronischen Geräten und ausreichendem Schlaf • Gewalt und Verletzungen: Unfall- und Gewaltprävention; Kinderschutz • Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Förderung des Managements der Menstruationshygiene • Übertragbare Krankheiten: Förderung der persönlichen Körperhygiene; Infektionsschutz und individuelle sowie Reihen-Impfungen • Nicht-übertragbare Krankheiten: Förderung der Mundgesundheit, der Zuckerreduktion, der vermehrten körperlichen Aktivität und des angemessenen Gebrauchs von Sonnenschutzmitteln
Gesundheitserziehung	• Allgemein: Unterstützung der Lehrkräfte bei der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lehrplans und bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen und -kompetenzen • Bildung: Aufklärung über die Unfallprävention, Gewaltprävention, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Ernährung, körperliche Aktivität und Mundgesundheit
Screening und klinisches Assessment (mit anschliessender Versorgung und/oder Überweisung und Unterstützung falls erforderlich)	• Allgemein: Schuleingangsuntersuchung; routinemässige präventive Gesundheitsuntersuchung; Erkennen der Bedarfe besonders gefährdeter (vulnerabler) Kinder und Jugendlicher; Erste Hilfe, Medikamentengabe, Überweisung und Unterstützung bei Schmerzen und unspezifischen Symptomen • Positive Gesundheit und Entwicklung: Identifizierung von Entwicklungsstörungen sowie Gesundheits- und sozialen Problemen; Beratung bezüglich Lebens- oder Lernbedingungen • Unbeabsichtigte Verletzungen: Überweisung und Unterstützung bei Verletzungen, Verbrennungen und Ertrinken • Gewalt: Überweisung und Unterstützung von Gewaltopfern • Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Beratung zu Verhütung und Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten; Überweisung und Unterstützung bei HIV-Prophylaxe, HIV-Testung, Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Infektionen • Übertragbare Krankheiten: Überweisung und Unterstützung bei häufigen und selteneren Infektionen • Nicht-übertragbare Krankheiten: Screening (und damit Früherkennung) von Seh-, Hör, Mund-, Ernährungs- und psychischen Gesundheitsproblemen mit anschliessender Beratung; Überweisung und Unterstützung bei Anämie, Übergewicht, Asthma und anderen chronischen Krankheiten und Behinderungen • Psychische Gesundheit: Abklärung der psychischen Gesundheit; Beratung bei Suchtmittelkonsum und in Krisensituationen; Überweisung und Unterstützung bei Verhaltens- und emotionalen Störungen, Angst- und depressiven Störungen, Essstörungen, Stress, Suizid- und Selbstverletzungsrisiko, somatoformen Störungen (=körperliche Beschwerden, für die keine organische Ursachen gefunden werden können), schädlichem Substanzkonsum, Abhängigkeit und Entzug von Suchtmitteln
Management der Gesundheitsdienstleistungen	• Allgemein: Nutzung von Daten auf Bevölkerungsebene für die Planung von Gesundheitsdiensten; Nutzung von Daten über Schulgesundheitsdienste zur Überwachung und Verbesserung; Implementation eines Risikomanagementplans • Übertragbare Krankheiten: Management von Infektionsausbrüchen • Nicht-übertragbare Krankheiten: Bereitstellung von Angeboten für chronisch kranke und beeinträchtigte Schülerinnen und Schüler sowie für Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
Unterstützung der anderen Elemente einer gesundheitsfördernden Schule	• Allgemein: Unterstützung von Richtlinien zur Gesundheitsförderung und anderen Aspekten der gesundheitsfördernden Schule einschliesslich der Inspektion des schulischen Umfelds – vorrangig in Bezug auf Hygiene, sanitäre Einrichtungen, Schulverpflegung, Belüftung, Lichtverhältnisse und Mobiliar; Unterstützung von Interventionen zur Prävention von Krankheiten und Verletzungen; Schulung des Schulpersonals; Beratung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten • Nichtübertragbare Krankheiten: Unterstützung von Massnahmen bei Anaphylaxie und anderen Notfällen • Psychische Gesundheit: Unterstützung von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit und von Massnahmen gegen Mobbing

Tabelle 1: Aufgaben- und Gesundheitsbereiche (Quelle: eigene Darstellung; in Anlehnung an WHO, 2014 und WHO, 2021)

gesehen: in Anlehnung an den «Public Health Action Cycle» sollen aktuelle und zu erwartende Problem- und Bedarfslagen mit ihren physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Dimensionen systematisch

erfasst (Assessment), darauf aufbauende Ziele und Massnahmen identifiziert, systematisch umgesetzt und anschliessend hinsichtlich ihrer Wirkungen evaluiert werden [9]. Dieses Rollen- und Aufgabenverständnis sowie die dafür erforderlichen Instrumente und Prozesse scheinen sich in Deutschland erst noch herauszubilden und verfestigen zu müssen [3].

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) nennt es ein Aufgabenspektrum für Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland. Neben den Aufgaben der Gesundheitsversorgung und der Funktion als Vertrauensperson werden auch weitere Aufgabenbereiche beschrieben. Diese umfassen die Brückenfunktion zu ausserschulischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die Durchführung von Reihenuntersuchungen in Kooperation mit der Schulärztin bzw. dem Schularzt, die Gesundheitsbeobachtung und Analyse schülerspezifischer Bedarfe mit Handlungsempfehlungen für Massnahmen im Sinne von Public Health, die Entwicklung und Durchführung gesundheitsfördernder Angebote und die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Schule [4]. Ein mögliches Aufgabenprofil soll die schulischen, pflegerischen und öffentlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Mit Blick auf die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen in Schulen empfiehlt die WHO in den europäischen Ländern die Etablierung eines Schulgesundheitsdienstes. Auch in Deutschland wird eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes empfohlen, um diesem Bedarf gerecht zu werden. Schulgesundheitsfachkräfte haben dabei eine wichtige gesundheitspolitische Funktion zwischen Schule und Gesundheit [4].

Ausgehend von dem in Deutschland noch jungen Berufsbild und den vielfältigen Aufgabenfeldern besteht ein Bedarf an der Entwicklung von Projekten mit Schulgesundheitsfachkräften. Projekte mit und über Schulgesundheitsfachkräfte können die Kernaufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege in die Schule integrieren und so ein positives Umfeld für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler schaffen [2]. Dies eröffnet die Möglichkeit, das traditionelle pflegerische Handlungsspektrum im Sinne des *Public Health Nursing Approach* zu erweitern, um die öffentliche Gesundheit im Setting Schule zu fördern [11]. Die Orientierung an *Public Health Nursing* und die damit verbundene Expertenrolle sowie der Einbezug von Erfahrungen aus anderen Ländern könnten sich als hilfreich erweisen. Die Weiterentwicklung der unterschiedlichen Rollen und Aufgaben hin zu einer beruflichen Identität und einem darauf basierenden beruflichen Aufgabenverständnis ist eine zentrale Herausforderung für die Zukunft [3].

Fazit

Die Anforderungen und Erwartungen an das in Deutschland noch junge und wenig ausgeprägte Berufsbild der Schulgesundheitsfachkraft sind vielfältig und anspruchsvoll. Auch im internationalen Vergleich finden sich unterschiedliche Schwerpunkte im Kompetenz- und Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften. An der Entwicklung und Schärfung des Kompetenzprofils und der Systematisierung der Interventionen sollte weitergearbeitet werden [12]. Projekte mit und über Schulgesundheitsfachkräfte können die Kernaufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege in die Schule integrieren und so ein positives Umfeld für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler schaffen [2].

Literaturverzeichnis

1. Best, N., Oppewal, S., Travers, D. (2017). Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. The Journal of School Nursing, 34(1). doi: https://doi.org/10.1177/1059840517745359

2. Fritsch, K. & Heckert, K. (2007). Working together: Health Promoting Schools and School Nurses. Asian Nursing Research, 1(3), 147–152.

3. Heinrichs, K., Romberg, A. & Ewers, M. (2021). Schulgesundheitspflege in Brandenburg –SPLASH II. Ergebnisse einer Evaluationsstudie zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren Working Paper No. 21–01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

4. Horacek, U., Ellsässer, G. & Langenbruch, B. (2015). Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheitssystems durch «school nurses» in Deutschland. Zugriff am 16.01.2024. Verfügbar unter www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheitsschwestern-januar-2015.pdf

5. Kocoglu, D. & Emiroglu, O.N. (2017). The Impact of Comprehensive School Nursing Services on Students' Academic Performance. Jornal of Caring Science, 6(1), 5–17. doi:https://doi.org/10.15171 %2Fjcs.2017.002

6. Leroy, Z.C., Wallin, R. & Lee, S. (2017). The Role of School Health Services in Addressing the Needs of Students With Chronic Health Conditions. Journal of School Nursing, 33(1), 64–72. doi:https://doi.org/10.1177/1059840516678909

7. Muellmann, S., Landgraf-Rauf, K., Brand, T., Zeeb, H. & Pischke, C.R. (2017). Effectiveness of School-based Interventions for the Prevention and/or Reduction of Psychosocial Problems among Children and Adolescents: A Review of Reviews. Gesundheitswesen, 79(4), 252–260. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1012257

8. National Association of School Nurses (NASN) (2024). About NASN. Zugriff am 16.01.2024. Verfügbar unter www.nasn.org/about-nasn/about

9. NASN, astho, APHN & NACCHO (2016): Public Health and School nursing: collaborating to promote Health. Zugriff am 10.01.2024. Verfügbar unter www.naccho.org/uploads/blog/nacchoessentials/PH-and-SN-Doc-final.pdf

10. Romberg, A., Heinzle, C. & Tannen, A. (2022). Interventionen der Schulgesundheitspflege in Deutschland. Eine Querschnittsstudie. Pflege, 35(6), 1–7. doi:https://doi.org/10.1024/1012–5302/a000904

11. Tannen, A., Adam, Y., Ebert, J. & Ewers, M. (2018). Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: Teil 1 – Analyse der Ausgangslage. Working Paper No. 18–02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

12. Tannen, A. & Adam, Y. (2019). Wie Schüler, Eltern und Lehrer das Konzept der Schulgesundheitspflege bewerten. JuKiP 8(06): 254–259. doi:https://doi.org/10.1055/a-1019–6604.

13. Tucker, S. & Lanningham-Foster, L. M. (2015). Nurse-Led School-Based Child Obesity Prevention. Journal of School Nursing, 31(6), 450–466. doi:https://doi.org/10.1177/1059840515574002

14. Wang, L., Vernon-Smiley, M., Gapinski, M., Desisto, M., Maughan, E. & Sheetz, A. (2014). Cost-benefit study of school nursing services. JAMA Pediatrics, 168(7), 642–648.

15. World Health Organisation (WHO) (2014). European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. Kopenhagen: WHO

16. WHO (2021). Guidelines on school health services. Genf: WHO.

Magdalena Vogt

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Departement Gesundheit der OST – Ostschweizer Fachhochschule

Janine Vetsch

Dozentin und Projektleiterin am Departement Gesundheit der OST – Ostschweizer Fachhochschule

Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Von Rolf Stuppardt, Overath

Am 24./25. April 2024 findet das 7. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung statt. Dort geht es um die thematische Trias von Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft. Mit dabei sein werden maßgebliche Verantwortliche, die im Austausch untereinander und mit dem Publikum, ausgehend von dem was ist, die Ideen für die Gestaltung der Zukunft debattieren. Es muss deutlich mehr Reibungslosigkeit durch neue Bündnisse und Kooperationen, durch mehr regionale Integration und interprofessionelle Zusammenarbeit rund um die immens wichtigen Themen Gesundheit und Versorgung geben. Wir müssen zu neuen Ufern.

Dieser Tage habe ich eine interessante Diskussion in den Social Media Kanälen verfolgt. Dort hatte der Mediziner und Lebenswissenschaftler ***Dr. Stephan Barth***, der übrigens in Heidelberg als Panel-Diskutant dabei sein wird, unter der Überschrift „Ich hatte einen Traum … aber zunächst kommt die graue Realität", folgendes geschrieben: „Insgesamt wird es mithilfe der Gesundheitskioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen und die organisationale Gesundheitskompetenz in der medizinischen Versorgung zu stärken"

Das hat ihn – wie er weiter ausführte – nicht wirklich vom Hocker gehauen. Fast so sperrig sei das wie der Name des Gesetzes: Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz. Er schrieb dann weiter:

Ich hatte einen Traum von einem Ort an dem die Menschen Schlange stehen und an dem Prävention nicht nur ein müdes politisches Konzept ist, sondern aktiv gelebt wird.
Ich träumte von einem Ort, an dem Menschen mit einem Lächeln auf den Lippen darauf warten, etwas für ihre **Gesundheit** zu tun.
Denn an diesem Ort wird nicht nur über **Prävention** gesprochen, sondern er wird für Gesundheitskunden zu einem lebendigen Teil des Alltags.
Ein Ort, an dem die Warteschlange ein Zeichen dafür ist, dass sich **Menschen** mit Spaß und ganz selbstverantwortlich um ihre Gesundheit kümmern.
In meinem **Traum** war dieser Ort auch ein Zentrum für Zellgesundheit. Denn Menschen kamen nicht nur, um Krankheiten zu bekämpfen, sondern um ihre Zellen zu stärken und den Alterungsprozess zu verlangsamen…"

Das sei der eigentliche Gesundheitskiosk: Der Lebensstil.

Gesundheit muss was wert sein

Ich schrieb ihm dann zurück: Ich habe diesen Traum auch. Aber wache ich auf, sehe ich verkatert, dass genau das viel gemacht wird, womit viel Geld verdient werden kann. Pillen statt Prävention. Massives Übergewicht? Kein Problem, Lilly macht's möglich. Hervorragende Diagnostik, hervorragendes Labor, beste Medizintechnik. Das, was wir beide träumen, muss endlich auch was Wert sein, im Sinne der gängigen Tauschwertlogik. Alles muss darauf hinaus laufen, dass der Gesundheitserhalt an umsatzstärksten wird und in die Renditespur kommt.

Warum führe ich hier derart ein im Zusammenhang mit dem Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung? Weil es auch im Verständnis von Medizin eine Weiterentwicklung geben muss. Junge und angehende Mediziner fragen zunehmend danach, weshalb im Medizinstudium nicht viel mehr darüber gesprochen wird, Krankheit zu verhindern. Blickt man auf die gängigen Studiendesigns und Curricula, ist fast alles darauf gerichtet, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Das muss ohne Frage auch sein. Doch ein kleines verstaubtes Fach Präventionsmedizin reicht eben nicht und es ist auch nicht so wichtig, um das Medizinstudium erfolgreich zu absolvieren. Es ist an der Zeit, das zu ändern. Ärztinnen und Ärzte – wie andere auch – müssen sich damit befassen, wie Krankheiten zu verhindern sind, sie müssen von Grund auf verstehen, was vor der Entstehung einer Krankheit wichtig ist und dafür im Zweifel bezahlte Handlungsempfehlungen geben.

Mehr Geld ins System?

In schöner Regelmäßigkeit kommt die Forderung nach mehr Geld ins System auf. Aber braucht es mehr Geld, um Menschen mehr Qualität und Durchlässigkeit in der Versorgung zu bieten? ***Dr. Gertrud Demmler***, Chefin der SBK in München, die ebenfalls in Heidelberg dabei sein wird, legte sich hier kürzlich öffentlich fest: Nein, es braucht nicht mehr Geld. Dem schließe ich mich mal an. Damit das nicht falsch verstanden wird, sagt Gertrud Demmler, dass sie die Überstunden der Mitarbeitenden in den Arztpraxen sieht, auch die Bürokratie, die den Alltag erschwert und all die Ressourcendefizite. Aber wir müssen auch konstatieren, dass sich in den letzten 15 Jahren das Volumen der GKV-Ausgaben verdoppelt hat, ohne dass mehr Leistungen oder exorbitant sich verändernde Morbiditätsanforderungen gegeben sind. Allein im letzten Jahr sind die Kosten pro Fall im Krankenhaus massiv nach oben gegangen, sagt Demmler und die Entbudgetierung der Kinderärzte habe natürlich zu einem Anstieg der Leistungsausgaben geführt. Eine ähnliche Mengendynamik wird sich auch bei der hausärztlichen Versorgung zeigen. Hier muss die Frage gestellt werden, ob sich denn die Versorgung der Menschen in gleicher Weise und Dynamik verbessert und sich die Qualität im System ebenfalls verdoppelt hat. Versicherte erleben in der Realität volle Arztpraxen, lange Wartezeiten, überfüllte Kliniken. Es kann selbstverständlich auch nicht darum gehen, Kosten zu sparen, koste es was es wolle. Immer wieder wird von interessierter Seite gefordert, wer bessere Qualität will, muss das auch bezahlen. Wir wagen hier mal die These, dass mit rund 300 Milliarden genug Geld im System ist. Demmler sagt, es komme nur nicht dort an, wo es ankommen sollte, und das Geld liefere nicht die Qualität, die erwartbar ist. Im Übrigen fehlt es nicht nur an Qualität, es sind auch keine besseren Ergebnissen erzielt worden. Generell gilt: Es wird stets viel zu viel von dem gemacht, wofür es viel Geld gibt. Die Geschichte der angewandten medizinischen Versorgung ist durch die Bank eine Geschichte der kumulativen Mengenentwicklung. Daher sind Reformen, die an den eingefahrenen Strukturen und Prozessen rütteln, unumgänglich. Solche Reformen, die Qualitätsverbesserung fördern und nicht ineffiziente Strukturen und Prozesse. Hierüber muss eine gesellschaftliche und gesundheitspolitische Debatte geführt werden. Mehr Geld ins System über all die Jahre ist den Beweis des Besseren schuldig geblieben.

In Heidelberg den Blick nach vorn richten

Wenn alles so bleibt wie es ist, werden wir den Folgen des demografischen Faktors und die damit einhergehende Gesundheitsnachfrage mit mehr Chronifizierungen, multifaktoriellen Erkrankungen und mehr Pflegebedarf nicht mehr gerecht werden können. Wir befinden uns seit geraumer Zeit an kritischen Wendepunkten und haben in der programmatischen Vorbereitung des Heidelberger Forums drei Handlungsstränge formuliert, die die Entwicklung positiv beeinflussen könnten:

- Es müssen praktisch und nachhaltig präventionspolitische Konzepte im Sinne gesunder Langlebigkeit implementiert und in der Fläche umgesetzt werden.
- Es bedarf einer konsequenteren und schnelleren Anwendung von Innovationen, Digitalisierung, Interoperabilität und KI
- Und es bedarf einer Weiterentwicklung des Verständnisses von Medizin, bei der die Evidenzbasierung mit einer wertebasierten Medizin ergänzt wird, die **vor** Krankheit wie auch **im** Krankheitsverlauf präventiv ausgerichtet ist.

Dies soll in vier Panels aufgegriffen werden:

Panel 1: Prävention – Neue Bündnisse für eine Gesellschaft des längeren Lebens

Damit unser Gesundheitssystem seinen Namen verdient, muss endlich die Gesunderhaltung als Aufgabe aller – auch über das Gesundheitswesen hinaus – an vorderster Stelle stehen. Wir verstehen das als eine wichtige Aufgabe von Wirtschaft und Gesellschaft. Prävention muss aber auch in den Therapieregimen der ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung fest verankert sein. Welche Konzepte eines längeren, produktiven Lebens können hier praktisch greifen? Und wie können wir diese in neuen Bündnissen umsetzen?

Zu dem Panel erreichte uns bereits ein Statement von ***Thomas Bodmer***, stv. Vorstandsvorsitzender der DAK, der als Diskutant in Heidelberg dabei sein wird:

„Unter dem Aspekt des Klimawandels und seiner Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen ist es wichtig, die Gesundheitskompetenz des Einzelnen zu fördern und zugleich auch für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu sorgen. Prävention und Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und zu einem Leitbild der Gesellschaft wird. Wenn Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention in Bündnissen gedacht und umgesetzt werden, können die Herausforderungen eines längeren gesünderen Lebens gemeistert werden."

Panel 2: Innovation – die treibende Kraft für bessere Ergebnisse

Der medizinische Leistungskatalog im Gesundheitswesen ist oft ergänzender Art. Viel Altes steht dort neben Neuerem. Dabei werden die Halbwertzeiten von Innovationen immer kürzer, die Einführung jedoch länger und komplizierter. Damit sich Innovationen schneller in der Praxis beweisen können, bedarf es von vorneherein einer Evaluation und Ergebnismessung unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten wie aber auch ein am Bedarf orientiertes pro-aktives Innovationsmanagement. Dazu sollten Digitalisierung wie KI konsequent und interoperabel schneller angewendet werden. Was ist hier auf dem Weg und was steht dem noch im Weg?

Wie wichtig auch die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten ist, kommt in dem Statement von ***Dr. Valerie Kirchberger*** zum Ausdruck, die in diesem Panel als Diskutantin beteiligt sein wird: „Die Verbindung von Evidenz und Wertschöpfung im Gesundheitswesen ist von größter Bedeutung. Patientenberichtete Ergebnisdaten (=Patient-Reported Outcome Measures) ermöglichen es uns, die Stimme der Patient:innen direkt in die Bewertung der Versorgungsqualität einzubeziehen, was eine Kernkomponente des Value-Based Healthcare ist. Dieser Ansatz, der Gesundheitsversorgung mit den Werten und Erfahrungen der Patient:innen verbindet, ist der Schlüssel für eine zukunftsorientierte, nachhaltige und wertorientierte Gesundheitsversorgung."

Panel 3: Medizin der Zukunft – Evidenz und Wert vereinen

Neben der klinischen Evidenz muss frühzeitig auch die Real-World-Evidenz zum Tragen kommen. Wirksamkeitsmessungen an der Versorgungsrealität sollten Standard werden. Doch ergeben sich hier auch die Fragen, ob das klassische biomedizinische Paradigma nicht an seine Grenzen stößt. Mental-Health-Gesichtspunkte wie sie in der Mind-Body-Medizin zum Tragen kommen, sollten dieses ergänzen. In dieser Hinsicht ist auch die Verbindung von Forschung, Wissenschaft und Medizin stärker als bisher in ein Feedback mit den therapeutischen Regimen in der Praxis zu nehmen. Modelle der praxisnahen Wissenschaft wären zu verankern. Was erwarten wir von einer Medizin der Zukunft?

Panel 4: Die Stärke der Regionen – integrierte und interprofessionelle Versorgung organisieren

Regionen sind Orte konkreter Utopien, in denen Zusammenleben und Wirtschaftskreisläufe anders und neu organisiert werden können – auch in der Gesundheitsversorgung. Die Modernisierung unserer Strukturen und Abläufe gelingt nur im Miteinander der Beteiligten vor Ort. An vielen Orten und in neuen Bündnissen wird dies bereits erprobt. Welche Ansätze sind erfolgreich und wie können wir stärker voneinander lernen? Zu diesem Block erreichte uns ein Statement der am Panel beteiligten ***Pelin Meyer***, der Geschäftsführerin der Medizinischen Versorgungszentren im Landkreis Darmstadt-Dieburg:

„Haus- und Facharztmangel, Pflege im Alter, die Einbindung der stationären Krankenhäuser – wir stehen vor komplexen Aufgaben für unsere ländliche Gesundheitsversorgung. Der Landkreis Darmstadt-Dieburg sieht sich mit Medizinischen Versorgungszentren gut aufgestellt, da wir bereits Strukturen geschaffen haben. Wir sorgen damit – vernetzt mit den niedergelassenen Ärzten – vor Ort gemeinsam für eine umfassende wohnortnahe medizinische Versorgung für die Menschen im Landkreis Darmstadt-Dieburg."

Regionale Bündnisse sind gefragt

Wenn Sie es am Magen haben, gehen Sie zum Hausarzt, zum Internisten, vielleicht zum Gastroenterologen. Wir könnten das jetzt von Kopf bis Fuß so durchspielen. Unser System hat für jede organotrope Spezialität ausgezeich-

nete Spezialisten. Technik, Diagnostik, Labor, alles international gesehen vom Feinsten. Warum ist es deswegen weder ein perfektes Gesundheits- noch ein perfektes Behandlungssystem? Es ist nicht um die Menschen und ihre Belange gebaut. Für folgende Dinge ist unser System nicht „gemacht": Für eine konsequente Krankheitsverhinderung mit dem Blick auf ein langes Leben in Gesundheit ist das System nicht konsequent aufgestellt. Für eine ganzheitliche, feinstoffliche und ursächliche Ausrichtung in Vermeidung und Behandlung von Krankheiten auch nicht. Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Organfunktionen. Von der Bedeutung eines starken Immunsystems über die geniale „Erfindung" des Wirkens von Mitochondrien, der wichtigen Verbindung von Herz und Hirn bis hin zu den Auswirkungen mentaler (geistiger) und seelischer (auch sozialer) Gesundheit ist relativ wenig „systemisch" im Vermeidungs- und Behandlungsalltag integriert.

Moderatoren und Veranstalter v.l.n.r.: Prof. Dr. Lutz Hager, Julia Rondot, Rolf Stuppardt

Mit Blick auf die Versorgung betrachtet, bedarf es einer vor allem auf den komplexen, multimorbiden Fall bezogenen interprofessionellen und operativ-kooperativen „Hand-in-Hand-Steuerung". Heute machen das im günstigsten Fall flächendeckend – Ausnahmen bestätigen die Regel – die Erkrankten oder ihre Angehörigen selbst, in dem sie von „Pontius zu Pilatus" pilgern. Diese Nichtaufeinanderabstimmung ist die Grunderkrankung des versorgenden Systems, dem auch ein unzureichendes Gesundheitserhaltungssystem vorgeschaltet ist. Diese „Grunderkrankung" der Mühlen des Systems entscheidet mit über die Kranken- und Genesungsgeschichte der Menschen. Wenn es schlecht läuft – und es läuft zuweilen schlecht – verbleiben sie im „stabilen Krankheitsmodus". Daher sind integrierte oder verbindende Fallsteuerungen so wichtig. Die sind zu wenig verbreitet. Da schlummern enorme Effektivitäts- und Effizienzreserven. Es muss zu einem zentralen Anliegen in den Kommunen und Gemeinden, in den Regionen vor Ort werden, dass neue Schulterschlüsse, neue Bündnisse für einen durchlässigen Prozess von Prävention bis Pflege sorge tragen.

Am Beispiel der psychiatrischen Versorgung wird das sehr deutlich. Hier sind bei chronisch-komplexen Fällen Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische und berufliche Rehabilitation, soziale Dienste der Kliniken, der Kommunen und letztlich auch Angehörige eingebunden. Hier müssen also die unterschiedlichsten Professionen aus unterschiedlichsten Rechtskreisen aufeinander abgestimmt sein. Das geschieht in der Regel eben nicht oder nicht im Sinne der Beherrschung der Erkrankung reibungslos. Und am wenigsten sind die Betroffenen selbst dazu in der Lage. Nirgendwo sonst landen deswegen die Patientinnen und Patienten früher oder später wieder in der Psychiatrie. Das ist als Drehtüreffekt gemeinhin bekannt. Ganze Stationsbelegungen kennen sich somit persönlich im Laufe der Zeit, weil sie sich immer wieder begegnen. Neue Zuständigkeitsbündnisse könnten dies am Fall orientiert in den Griff bekommen. Die logistischen Voraussetzungen dazu sind längst gegeben, nur die strukturellen, prozessualen und sozialrechtlichen noch nicht. Dies ist ebenfalls ein zentrales Anliegen des 7. Heidelberger Forums Gesundheitsversorgung, zu der Sie dieser Beitrag ganz herzlich einladen will.

Rolf Stuppardt

Herausgeber WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG, Inhaber des Beratungsunternehmens STUPPARDTPARTNER, Overath bei Köln

Neu & Nützlich

Unterstützung für Langzeitarbeitslose mit Rehabedarf

Vorgehen, Erkenntnisstand und Chancen der Verstetigung und Übertragbarkeit des Modellprojekts ELAN

Das Modellprojekt ELAN hat unsere Aufmerksamkeit aus zwei Gründen gefunden: Zum einen wird der Ansatz der trägerübergreifenden Kooperation einem komplexen Gesamtgeschehen bei Langzeitarbeitslosigkeit gerecht. Fast nichts im realen Leben endet an Zuständigkeitsgrenzen. Das halten wir für neu + nützlich. Zum anderen ist die Zielgruppe oft mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen konfrontiert. Und wir finden es nützlich, dass sich hier Perspektiven auftun, die auch der Stabilisierung von Gesundheit gerecht werden können.

Das Modellprojekt ELAN hat das Ziel, Jobcenterkund:innen durch Vernetzung der Rechtskreise SGB II und SGB VI und durch eine neue, individualisierte berufliche Rehamaßnahme verbesserte (Wieder-) Eingliederungschancen am ersten Arbeitsmarkt zu eröffnen. Der betreffende Personenkreis weist häufig multiple Vermittlungshemmnisse und oft auch besondere Bedarfe im Bereich der beruflichen Rehabilitation auf. Eine engere Kooperation der Jobcenter mit Trägern der Deutschen Rentenversicherung soll den Abbau bürokratischer Hürden fördern und der Zielgruppe, die oft gesundheitlich beeinträchtigt ist, den Zugang zur Maßnahme erleichtern. Der modulare Aufbau der innovativen Maßnahme im Projekt ermöglicht es darüber hinaus, individuelle Problemlagen und Bedarfe der Teilnehmenden ganzheitlich zu berücksichtigen. Zugleich wird die Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherung und Jobcentern intensiviert und interorganisational als positiv und nützlich erlebt.

Um was geht es?

Im Modellprojekt rEturn to LeArN (ELAN) geht es um die Entwicklung einer Maßnahme, die den Fokus auf Bezieher:innen von Arbeitslosengeld II (heute: Bürgergeld) richtet. In diesem Personenkreis sind multiple Vermittlungshemmnisse verbreitet und häufig liegen Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Diese Leistungen haben unter anderem die berufliche Wiedereingliederung zum Ziel und können von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erbracht werden. Bislang fehlen bei diesem Träger allerdings Maßnahmen, die gezielt den genannten Personenkreis in den Blick nehmen.

Bei den bislang verfügbaren Maßnahmen treten verschiedene Hürden auf, die ihren Erfolg beeinträchtigen. Dazu zählen Zugangsbarrieren, Maßnahmeadhärenz, Motivationsdefizite und ggf. auch fehlende Qualifikationen. Diese können durch angepasste Konzepte und durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherung, die den Zugang zur Intervention für die Zielgruppe erleichtert, überwunden werden.

Der in ELAN verfolgte innovative Ansatz gliedert sich in fünf Stufen, wobei in den Stufen eins (Vorscreening) und zwei (Fallberatung) die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit im Fokus steht, während in den Stufen drei bis fünf (individuelles Hauptscreening, individualisierte Intervention und Nachbetreuung) die in den am Projekt beteiligten Berufsförderungswerken (BFWs) entwickelten Interventionselemente durchgeführt werden.

Die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit beginnt in Stufe eins mit dem sogenannten Vorscreening, das durch das Jobcenterpersonal vorgenommen wird. Hierfür wurde ein spezieller Screeningbogen entwickelt, der der Identifizierung geeigneter Teilnehmer:innen dient. Um

ihn korrekt anzuwenden, wurde das Jobcenterpersonal entsprechend geschult. In der gemeinsamen Fallberatung, die die Stufe zwei der Maßnahme darstellt, treffen sich Vertreter:innen der Jobcenter, der Rentenversicherung und der Berufsförderungswerke mit den Kandidat:innen, um offene Fragen und die Teilnahmeeignung zu klären. Kommen die Kandiat:innen für eine Teilnahme in Betracht, werden sie in das Projekt aufgenommen und die Zuständigkeit für Sozialleistungen geht vom Jobcenter an die Träger der DRV über. Der Abb. 1 ist das Ablaufschema zu entnehmen: Nach der Identifizierung möglicher Teilnehmer:innen durch die Jobcenter (1) folgt der Austausch zwischen dem Personal der Rentenversicherung und des Jobcenters (2). Daraufhin finden die gemeinsame Fallberatung und der Beschluss über eine Aufnahme in das Projekt statt (3). Es wechselt dann auch die Rechtskreiszuständigkeit (4). Mit dem Übergang zwischen den Rechtskreisen beginnt die Intervention, in der hauptsächlich die BFWs aktiv sind.

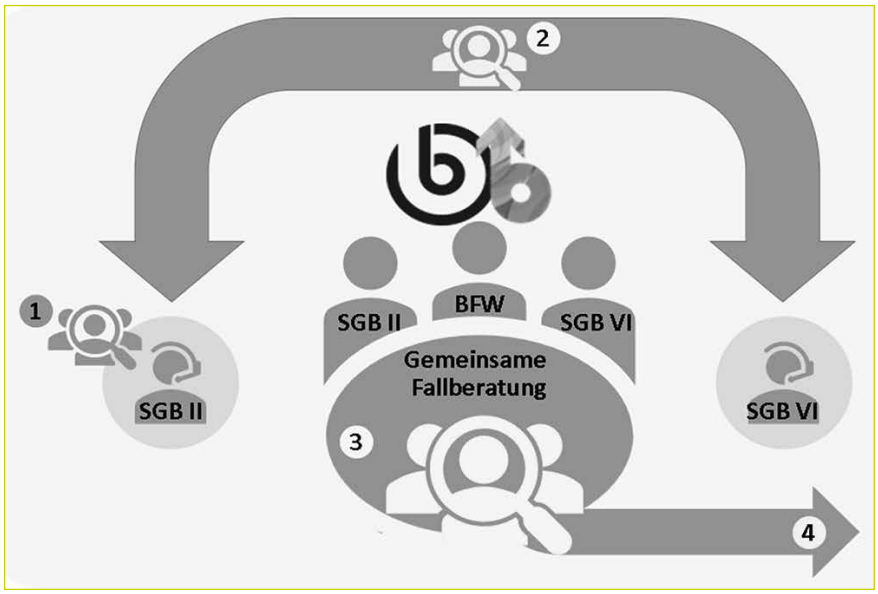


Abb. 1: Ablauf Identifizierung und gemeinsame Fallberatung

Die Maßnahme der BFWs beginnt in Stufe drei mit dem individuellen Hauptscreening (ELAN-Vorbereitung). Dieses besteht aus Assessments zur Ermittlung der Stärken und Schwächen der Teilnehmenden und stellt darüber hinaus einen niederschwelligen Einstieg in die Intervention dar, denn es findet lediglich an fünf Tagen verteilt über einen Zeitraum von vier Wochen statt. Es endet mit der Erstellung eines persönlichen Aktionsplans, in dem eine individuelle Interventionsplanung anhand der persönlichen Ziele der Teilnehmenden festgehalten wird. Damit soll sichergestellt werden, dass die vielfältigen Problemlagen und Bedürfnisse der Zielgruppe angemessen und vollumfänglich berücksichtigt werden. Anhand dieses Plans werden daraufhin sogenannte Aktionselemente ausgewählt, die Inhalte zu unterschiedlichen Themen wie Lern- und Arbeitstechniken, Grundlagen der EDV, Bewerbung, Gesundheit oder Projektarbeit vermitteln. Hierbei wechseln sich theoretische und praktische Elemente ab. So früh wie möglich werden die Teilnehmenden dazu motiviert, sich auf berufliche Praktika zu bewerben. Diese können einerseits für die Teilnehmenden eine Chance sein, Einblicke in neue Berufsfelder zu erhalten, und andererseits sind sie eine niederschwellige Möglichkeit, in der Arbeitswelt wieder Fuß zu fassen. Die Maßnahme endet, wenn entweder eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wird oder nach zwölf Monaten ohne Arbeitsaufnahme. Die fünfte und letzte Stufe ist die Nachbetreuung, die für Personen, die eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben, planmäßig neun Monate andauert. Dieser Zeitraum deckt nicht nur die gesetzlich festgelegte Probezeit von sechs Monaten ab, sondern soll darüber hinaus die Teilnehmenden insbesondere in Konfliktsituationen, bei der Aufrechterhaltung der Motivation und allgemein bei Unsicherheiten unterstützen. Beenden die Teilnehmenden die Intervention nach zwölf Monaten ohne Integration, werden sie in der Regel weitere sechs Monate nachbetreut und bei ihren Bemühungen zur Aufnahme einer Berufstätigkeit unterstützt.

Wer profitiert davon?

Zielgruppe des Projekts sind gesundheitlich beeinträchtigte, langzeitarbeitslose Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen, die sich im Zuständigkeitsbereich der Jobcenter befinden und einen Bedarf an beruflicher Rehabilitation, für die die DRV zuständig ist, haben. Da der Adressatenkreis häufig vom Zusammentreffen mehrerer Problemlagen wie sozialer Isolation, materieller Deprivation, Depression oder Sucht gekennzeichnet ist (Kuhnert 2021; Bähr et al. 2022) und mit herkömmlichen Angeboten des Gesundheits- und Rehabilitationssystems nur unbefriedigend erreicht wird (Hollederer 2021), gilt er als besonders vulnerabel. Für die Zielgruppe des Projekts ergibt sich daraus ein erhöhter Bedarf an Zugangserleichterungen zu solchen Leistungen wie auch nach erweiterter Unterstützung, der durch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und ein modifiziertes Rehabilitationsangebot, das die lebensweltlichen Hintergrundbedingungen der Teilnehmenden

angemessen berücksichtigt, gedeckt werden soll. Übergeordnetes Ziel ist es, die beruflichen (Wieder-)Eingliederungschancen des betreffenden Personenkreises zu verbessern.

Ob die Zielgruppe dauerhaft von diesen Neuerungen profitieren kann, hängt wesentlich von den Verstetigungs- und Übertragbarkeitschancen ab, die in allen Projekten, die im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro" durchgeführt werden, einen hohen Stellenwert haben.

Was ist zur Qualität, Sicherheit und Evidenz zu sagen?

ELAN wird sowohl formativ als auch summativ evaluiert. Die formative Evaluation dient der Qualitätssicherung und evidenzbasierten Weiterentwicklung des Projektangebots. Regelmäßig der Praxis rückgemeldete Zwischenergebnisse tragen dazu bei, Aufbau und Ablauf der einzelnen Projektbestandteile kontinuierlich zu verbessern, um die Ziele vollumfänglich zu erreichen. Die summative Evaluation gibt am Ende des Projektes, das noch bevorsteht, Auskunft darüber, inwiefern die Ziele letztlich realisiert werden konnten (Döring 2022). Zur Erfüllung der genannten Aufgaben werden Leitfadeninterviews mit verschiedenen Personengruppen, Teilnehmerbefragungen, Fokusgruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtungen sowie Dokumenten- und Sekundäranalysen durchgeführt.

Die bisherigen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, dass der Screeningbogen von den Jobcentermitarbeiter:innen als klar strukturiert und gut verwendbar beschrieben wird. Einige der dort angelegten Kriterien erschweren allerdings den Jobcenterkund:innen den Zugang zu ELAN, insbesondere das benötigte Sprachniveau und die für eine Trägerschaft der DRV in der Regel erforderliche Anwartschaftszeit von 15 Beitragsjahren. Die als „Runde Tische" abgehaltenen Fallberatungen werden sowohl in Bezug auf die Teilnehmerinformation und motivation als auch in Bezug auf ihre Funktion zur Stärkung der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit von den beteiligten Fachkräften überwiegend positiv bewertet und sind damit als Erfolg des Projekts zu sehen.

Im Fall des Hauptscreenings hat sich insbesondere der vergleichsweise langsame Einstieg mit nur wenigen Wochenstunden für die Vermeidung späterer Maßnahmeabbrüche als nützlich erwiesen. Durch den engeren und niederschwelligen Kontakt zwischen Rentenversicherungsträgern und Jobcentern, der im Rahmen der ersten beiden Stufen des Vorscreenings-Prozesses forciert wurde, hat sich ein reger Austausch zwischen den Organisationen etabliert. Auf diesem Wege konnten das gegenseitige Verständnis der Fachkräfte beider Organisationstypen füreinander erhöht und mögliche Hemmschwellen im Kontakt abgebaut werden.

Insgesamt wurden im Verlauf des mittlerweile im Projekt abgeschlossenen Screening-Prozesses 303 potenzielle Kandidat:innen für eine ELAN-Teilnahme angesprochen, von denen letztlich 111 (36,6 %) die Hauptmaßnahme angetreten haben. Die Durchlässigkeit des Screening-Prozesses gestaltete sich höher als anhand der Zielgröße von 30,0 % ursprünglich veranschlagt worden war. Bisher beendeten 60,0 % der Teilnehmenden die ELAN-Hauptmaßnahme planmäßig nach einer Teilnahmedauer von einem Jahr. Vorzeitige Beendigungen traten vornehmlich aufgrund von Integrationen (45,0 % der Abbrüche) oder anhaltenden gesundheitlichen Beschwerden (35,0 %) auf. Die Integrationsquote im Anschluss an die Hauptmaßnahme liegt aktuell mit 39,5 % etwas höher als in der Projektplanung erwartet worden war (Vergleichswert/Zielgröße: 30,0 %).

Die in ELAN vorgesehene Nachbetreuung, die ein umfassendes Unterstützungsangebot in den Feldern Bewerbungsaktivitäten, Beschäftigungsaufnahme und -stabilisierung sowie Hilfe bei Behördenangelegenheiten umfasst und von einer starken individuellen Ausrichtung gekennzeichnet ist, wird von den Teilnehmer:innen bisher überwiegend gerne in Anspruch genommen.

Gibt es praktische Anwendungen und Erfahrungen?

Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern sind mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Hierzu gehören z. B. datenschutzrechtliche Restriktionen, Inkompatibilitäten der verwendeten IT-Systeme sowie ein unterschiedlicher Zuschnitt der betreffenden Organisationskulturen und -ziele. In ELAN konnten diese Herausforderungen insgesamt gut bewältigt werden. Das kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern – genauso wie die im Projekt neu gestaltete Betreuung der Zielgruppe – von Fachkräfteseite überwiegend positiv bewertet wird. Beides sollte ihrer Ansicht nach auch über das Projektende hinaus fortgesetzt werden. Eine Übertragung in andere Regionen Deutschlands, in denen das Modellprojekt selbst nicht aktiv ist, halten sie zugleich für machbar, ohne dass hierfür eine Rechtsänderung erforderlich wäre. Insbesondere regelmäßige Netzwerktreffen und die wechselseitige Bereitstellung möglichst konstanter Ansprechpartner:innen ließen sich ihnen zufolge relativ einfach gewährleisten. Allerdings ist zu beachten, dass eine

erweiterte Kooperation, wie sie besonders bei den organisationsübergreifenden Fallbesprechungen mit den Rehabilitand:innen zum Tragen kommt, sowie die intensive ganzheitliche Begleitung und Nachbetreuung einen deutlich höheren Durchführungsaufwand erfordern, als es im Regelgeschäft bisher der Fall ist. Mit Blick auf die institutionelle Zusammenarbeit regen die befragten Fachkräfte daher an, die Abstimmungs- und Fallbesprechungen kosten- und ressourcenschonender zu gestalten, etwa indem Präsenztermine in digitale Treffen umgewandelt werden.

Für die Fortführung der individuellen Maßnahmen für die Rehabilitand:innen wird derzeit diskutiert, inwiefern weitere Rehaträger einbezogen werden können, um die Finanzierung der Kursangebote auf eine breitere Basis zu stellen. Die Zahl der Maßnahmeteilnehmer:innen könnte mit ihrer Einbindung vergrößert und der finanzielle Aufwand für die Kursgestaltung in den BFWs pro Person reduziert werden.

Wer sind die Macher und wie bekommt man Kontakt?

ELAN wird im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro" des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gefördert. Am Projekt beteiligt sind drei Träger der Deutschen Rentenversicherung in Bayern (DRV Nordbayern, DRV Bayern Süd, DRV Schwaben), zwei Berufsförderungswerke (BFW Nürnberg und BFW München) und neun Jobcenter (JC Augsburger Land, JC Augsburg-Stadt, JC Bayreuth Land, JC Bayreuth Stadt, JC Ebersberg, JC Hof, JC Kaufbeuren, JC München und JC Nürnberg-Stadt). ELAN wird vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS) wissenschaftlich begleitet.

Kontakt:
Feline Zocher, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern, Wittelsbacherring 11, 95444 Bayreuth, feline.zocher@drv-nordbayern.de
Dr. Stefan Zapfel, Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS), Marienstr. 2, 90402 Nürnberg, stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de

Literatur

Bähr, Sebastian; Frodermann, Corinna; Kohlruss, Julian; Petzina, Alexander; Stegmaier, Jens; Trappmann, Mark (2022): COVID-19, subjective well-being and basic income support in Germany. In: Zeitschrift für Sozialreform 1/2022. Pp. 85–117.

Döring, Nicola (2022): Evaluationsforschung. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. 195–211.

Hollederer, Alfons (2021): Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsintegrativer Gesundheitsförderung. In: Hollederer, Alfons (Hrsg.): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. 12–35.

Kuhnert, Peter (2021): Gesundheits- und beschäftigungsfördernde bei Arbeitslosigkeit – Stabilisierende Gruppen als Teil sozialraumbezogener Sozialarbeit. In: Hollederer, Alfons (Hrsg.): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag. 232–264.

Feline Zocher

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Dr. Stefan Zapfel

Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS))

Thomas Roßnagel

Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS))

Bartholomäus Zielinski

Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS))

jobcenter
Gefördert durch:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
Deutsche Rentenversicherung
ifes Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg
BFW München
mit ELAN zurück ins Arbeitsleben
rehapro

Neu & Nützlich

HerzCheck – Erkennung und Prävention einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren

Herzinsuffizienz ist weit verbreitet. Die Diagnostik erfolgt nicht selten spät. Mit HerzCheck soll das früher präzise erkannt und umgesetzt werden. Die Früherkennungsuntersuchung HerzCheck wurde im Rahmen des vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekts „HerzCheck – Erkennung und Prävention einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren in strukturschwachen Regionen" entwickelt. Mit der Kombination aus Telemedizin und innovativer, leistungsfähiger Diagnostik in mobilen Einheiten leistet das HerzCheck-Projekt einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Stärkung strukturschwacher und ländlicher Regionen. Das finden wir neu + nützlich.

Worum geht es?

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten und kostenintensivsten chronischen Erkrankungen. In Deutschland leiden offiziell rund 2,5 Mio. Menschen daran. Oft erfolgt die Diagnose erst im Krankenhaus, wenn Patient:innen akute Beschwerden verspüren. Durch eine frühzeitige Intervention können die Lebensqualität sowie der Gesundheitszustand der Betroffenen signifikant erhöht werden, doch aufgrund des Festhaltens an konventionellen und ungenauen Parametern der Herzfunktion und aktuellen Versorgungspfaden bestehen derzeit keine etablierten Früherkennungsprogramme für eine asymptomatische Herzinsuffizienz.

Mit dem durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekt „HerzCheck" steht nun eine telemedizinbasierte Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung und Prävention dieser chronischen Erkrankung schon bei aktuell noch beschwerdefreien Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren (Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes u. a.) im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung. „HerzCheck" vereinigt die Vorteile der Telemedizin und der derzeit genauesten Methode zur Erfassung der Herzfunktion, dem Herz-MRT (kardiales MRT) und ermöglicht die intersektorale, ambulante und bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Patient:innen mit modernsten Verfahren in ländlichen und strukturschwachen Regionen.

Abb. 1: „HerzCheck": Mobile Kardio-MRT-Untersuchung zur frühzeitigen Erkennung einer Herzinsuffizienz

Hierfür setzt „HerzCheck" auf eine Kombination von mobilen MRT-Diagnostikeinheiten und einem telemedizinischen, ärztlichen Expertenzentrum. Dies ermöglicht einen bedarfsgerechten und flexiblen Einsatz der mobilen Einheiten an Standorten in Wohnortnähe der Patient:innen. (Abbildung 1)

„HerzCheck" nutzt für die Früherkennung der Herzinsuffizienz die Erfassung der Herzfunktion anhand des innovativen Parameters Global Longitudinal Strain (GLS) in einer maximal 15-minütigen, nichtinvasiven und kontrastmittelfreien kardialen MRT-Untersuchung. Der GLS stellt einen frühen Marker für die Kontraktionseinschränkung des Herzmuskels zu einem Zeitpunkt dar, an dem die Ejektionsfraktion (EF) als Maß der Herzfunktion scheinbar noch unverändert ist [1]. Die quantitative Bestimmung des GLS ist dabei weniger untersucherabhängig und fehleranfällig als die konventionelle Messung der Herzfunktion mit Hilfe der Linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) [2]. Des Weiteren bestehen etablierte Normwerte [3]. Die Erfassung des GLS wird daher mittlerweile

von verschiedenen Fachgesellschaften als diagnostisches Kriterium bei Herzinsuffizienz mit erhaltener EF (HFpEF) empfohlen [4]. Ein pathologischer GLS ist zudem mit einer eingeschränkten kardialen Prognose und erhöhtem Auftreten kardialer Ereignisse assoziiert [5]. Die Bestimmung der Herzfunktion anhand des GLS wird durch eine umfangreiche Analytik charakteristischer Blutparameter wie z. B. NT-proBNP, Cholesterinwerte, den Langzeitblutzuckerwert HbA1C, Eisenstoffwechsel, Elektrolyte sowie kleines Blutbild unterstützt. Ergänzend erfolgt auch die Bestimmung charakteristischer Nierenfunktionswerte wie Kreatinin, eGFR und der Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin (UACR).

„HerzCheck" setzt in allen Phasen der Untersuchung auf eine telemedizinische Betreuung der Patient:innen. Nach dem eingangs geführten Video-Gespräch mit dem oder der betreuenden Ärzt:in führt geschultes medizintechnisches Personal vor Ort die MRT-Untersuchung sicher und zuverlässig durch. Die Untersuchungsdaten werden unmittelbar im Anschluss digital über eine entsprechend gesicherte Verbindung an das Deutsche Herzzentrum der Charité übermittelt und durch das ärztliche Team des Expertenzentrums ausgewertet und befundet.

Die behandelnden Ärzt:innen und auch die Patient:innen erhalten nachfolgend einen patientenfreundlichen, umfangreichen Befund, der je nach Schweregrad abgestufte Therapie- und Diagnostikempfehlungen enthält. Ergänzend hierzu erhalten die Patient:innen die Möglichkeit, ihre Risikofaktoren durch die Nutzung einer Gesundheits-App zu überwachen und ihre Gesundheitskompetenz zu steigern.

Mit der Kombination aus Telemedizin und innovativer, leistungsfähiger Diagnostik in mobilen Einheiten leistet das HerzCheck-Projekt einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Stärkung strukturschwacher und ländlicher Regionen. Gerade auch die Anbindung an modernste Hochleistungsmedizin verbunden mit der Stärkung der regionalen, ambulanten Versorgung trägt entscheidend zu einer Verbesserung der Lebensqualität in diesen Regionen bei. Gleichzeitig können durch die frühzeitige Diagnostik der asymptomatischen Herzinsuffizienz bei Betroffenen und die Einleitung von Präventions- sowie Therapiemaßnahmen kostenintensive Krankenhausbehandlungen verringert und das Gesundheitssystem entlastet werden.

Abb. 2 Eröffnungsveranstaltung des HerzCheck-Projekts an den Sana Kliniken Niederlausitz in Senftenberg. Unter den Anwesenden die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Wer profitiert davon?

„HerzCheck" ermöglicht erstmalig die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Herzinsuffizienz bei Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren bereits im symptomlosen Stadium der Erkrankung. Hiervon profitieren die Patient:innen, ihre behandelnden Ärzt:innen und Kostenträger gleichermaßen.

Wie sieht das im Einzelnen aus?

Patient:innen:

Der Mehrwert der Patient:innen besteht in der Erkennung einer möglichen Herzinsuffizienz noch im symptomfreien Anfangsstadium. Durch die frühzeitige Einleitung von Präventions- und Therapiemaßnahmen sowie weiterführender Diagnostik können die Lebensqualität und die Prognose für die Patient:innen deutlich verbessert werden. Einen wichtigen Beitrag leistet hierbei auch der patientenfreundliche, umfangreiche Befund, den sowohl die Patient:innen als auch ihre behandelnden Ärzt:innen erhalten. Die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung sinkt und die Mortalität der Erkrankung wird verringert. Sowohl die Patient:innen als auch ihre Angehörigen profitieren somit von einer spürbaren Abmilderung der gesundheitlichen und sozialen Folgen. Die telemedizinische Umsetzung und der Einsatz eines online-Tools zur Terminfindung ermöglichen eine wohnort- und zeitnahe Untersuchung der Patient:innen und stellen somit einen niedrigschwelligen Zugang zur HerzCheck-Untersuchung sicher. Die „HerzCheck"-Untersuchung ist für alle Patient:innen im Alter von 40 bis 69 Jahren geeignet, die kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen und bei denen noch keine Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde.

Ärzt:innen:

Die Teilnahme am HerzCheck-Projekt eröffnet Ärzt:innen die Möglichkeit, modernste Diagnostik und aktuelles Wissen für die Versorgung ihrer Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren zu nutzen. Durch

Abb. 3: Standorte des HerzCheck-Projekts in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg

die frühzeitige Diagnostik und einen ausführlichen, patientenfreundlichen Befund in Kombination mit Empfehlungen zur leitliniengerechten Therapie und weiterführenden Diagnostik kann die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung schwerer Krankheitsverläufe der Patient:innen reduziert und deren Prognose verbessert werden.

Eine besondere Stärke des HerzCheck-Projekts liegt in der engen Zusammenarbeit zwischen den ambulant tätigen Ärzt:innen und dem telemedizinischen, ärztlichen Expertenzentrum des HerzCheck-Projekts. Hierdurch können die regional tätigen Ärzt:innen neben der modernsten Diagnostik auch aktuelles Wissen nutzen. Für ihre Fragen rund um Befund und Therapieempfehlungen steht ihnen das ärztliche Expertenzentrum beratend zur Verfügung. Dabei bleibt zu jedem Zeitpunkt die Entscheidungs- und Therapiehoheit der niedergelassenen Ärzt:innen erhalten. Des Weiteren können sie als Mitglieder des Netzwerks für Kardiale Bildgebung von der langfristigen Zusammenarbeit auf den Gebieten Diagnostik und leitliniengerechte Therapie mit dem Deutschen Herzzentrum der Charité profitieren. So werden durch das DHZC online- und Präsenz-Schulungen und Weiterbildungen sowohl zur Herzinsuffizienz als auch zur leitliniengerechten Therapie und Bildgebung angeboten.

Kostenträger:

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten und kostenintensivsten chronischen Erkrankungen und stellt mit häufig wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten eine hohe medizinische und ökonomische Belastung für die Gesellschaft dar. Die gesamten Gesundheitsausgaben für Herzinsuffizienz betragen in Deutschland jährlich € 5,2 Mrd. und sind damit für 1,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben verantwortlich

Eine frühzeitige Erkennung der Herzinsuffizienz bei asymptomatischen Patient:innen im Alter ab 40 Jahren hat durch die rechtzeitige Einleitung geeigneter Präventionsmaßnahmen und leitliniengerechte Therapie, ggf. kombiniert mit weiterführender Diagnostik das Potenzial, die Morbidität der Erkrankung zu verringern und somit die hohen Folgekosten einer Hospitalisierung von ca. 10.000 EUR pro Jahr und Patient zu vermeiden. Die Herzinsuffizienz ist mit zahlreichen Komorbiditäten verbunden. Ihre Früherkennung und Behandlung liefert daher einen wichtigen Beitrag zur Risikoprävention bei Patient:innen mit Diabetes, rheumatologischen Erkrankungen oder Patient:innen mit Niereninsuffizienz und ist damit in höchster Weise versorgungsrelevant.

Den Kosten der HerzCheck-Untersuchung steht somit der große Nutzen für die Patient:innen und das Gesundheitssystem gegenüber. Gleichzeitig können Lebensqualität und Prognose der Betroffenen verbessert und die Arbeitsfähigkeit der erwerbstätigen Patient:innen erhalten werden. Hierdurch werden die sozialen Folgen der Erkrankung spürbar gemindert.

Was ist zur Sicherheit, Qualität und Evidenz zu sagen?

Die Früherkennungsuntersuchung HerzCheck wurde im Rahmen des vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekts „HerzCheck – Erkennung und Prävention einer frühen Herzinsuffizienz mittels telemedizinischer Verfahren in strukturschwachen Regionen“ entwickelt. Die qualitätsgesicherte, max. 15-minütige, nichtinvasive, kontrastmittelfreie kardiale MRT-Untersuchung erfolgt unter der ärztlichen Leitung durch das Deutsche Herzzentrum der Charité und wurde in einer prospektiven, randomisierten, klinischen Studie mit verblindeter Beurteilung des Endpunkts (PROBE-Design) mit 4.500 Teilnehmenden erfolgreich etabliert. Die Beurteilung der Herzfunktion erfolgte anhand des Parameters Global Longitudinal Strain, der von den Fachgesellschaften als diagnostisches Kriterium bei Herzinsuffizienz mit erhaltener EF (HFpEF) empfohlen wird. Die Untersuchung erfolgte entsprechend der regulatorischen Bestimmungen der Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung und den Regularien der Berufsordnung für Ärzte sowie den datenschutzrechtlichen Bestimmungen der DSGVO. Die Ethikkommission der Charité – Universi-

tätsmedizin Berlin sowie die lokalen Ethikkommissionen haben das Projekt positiv begutachtet.

Gibt es praktische Anwendungen und Erfahrungen?

„HerzCheck" verfügt über ein Netzwerk von 12 regionalen Standorten in den beiden Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, die in den Jahren 2021 und 2022 etabliert wurden. (Abbildung 3)

Seit dem Studienstart im Juni 2021 nahmen an diesen Standorten innerhalb von 22 Monaten trotz der starken Einschränkungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie über 4.500 Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren an der innovativen HerzCheck-Früherkennungsuntersuchung teil. 100 niedergelassene Ärzt:innen aus beiden Bundesländern konnten für die aktive Zusammenarbeit gewonnen werden und beteiligten sich als Zuweiser am HerzCheck-Projekt. Im Jahr 2023 nahm das Netzwerk für Kardiale Bildgebung seine Arbeit auf. Bereits über 25 % der zuweisenden Ärzt:innen arbeiten seitdem aktiv als Mitglieder im Netzwerk mit dem Deutschen Herzzentrum zusammen.

Welche hohe Akzeptanz und Aufmerksamkeit HerzCheck in den vergangenen drei Jahren erlangt hat, zeigt die Zahl der teilnehmenden Patient:innen und niedergelassenen Ärzt:innen sehr anschaulich. Auch von Seiten der Politik sowie Fachgesellschaften, Berufsverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen erfährt HerzCheck große Unterstützung. Aus Sicht der Ärzteschaft sind die vom HerzCheck-Projekt eingesetzten Maßnahmen in höchster Weise versorgungsrelevant für die Früherkennung und Versorgung von Patient:innen mit einer asymptomatischen Herzinsuffizienz und liefern einen wichtigen Beitrag zur Risikoprävention bei Patient:innen mit Diabetes, rheumatologischen Erkrankungen oder Patient:innen mit Niereninsuffizienz.

Für nähere Informationen zum Projekt, den Standorten, den Untersuchungsabläufen und Teilnahmebedingungen sowohl für Patient:innen als auch Ärzt:innen, Terminvergabe sei an dieser Stelle auf unsere Internetseite www.herzcheck.org verwiesen. Aktuell laufen die Vorbereitungen für die Etablierung der HerzCheck-Untersuchung auch in weiteren Regionen Deutschlands.

Wer sind die Macher und wie bekommt man Kontakt?

„HerzCheck" ist ein Gemeinschaftsprojekt von 6 medizinischen Forschungseinrichtungen und einem industriellen Partner. Unter der Konsortialführung und ärztlichen Leitung durch das Deutsche Herzzentrums der Charité arbeiten hier die AOK Nordost – die Gesundheitskasse, das Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen (externes Expertenzentrum), das Institut für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen (Evaluation), das Institut für Gesundheitsökonomische Evaluation und Klinische Epidemiologie der Universitätsklinik Köln (Evaluation) und das Universitätsklinikum Heidelberg (externes Expertenzentrum) sowie das Unternehmen medneo (als Betreiber der mobilen MRT-Diagnostikeinheiten) zusammen. Durch die interdisziplinäre Kooperation von Mediziner:innen, Statistiker:innen und Epidemiolog:innen sowie technischen Experten für mobile MRT-Diagnostik und bauliche Ertüchtigung wurden die hochkomplexen Prozesse des HerzCheck-Projekts erfolgreich etabliert.

Konsortialführer und Ärztlicher Leiter ist Herr Prof. Dr. med. Sebastian Kelle, Kardiologe und Leiter des Bereichs Kardiale Bildgebung am Deutschen Herzzentrum der Charité.

Die Umsetzung erfolgt über Selektivverträge zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V. Interessierte Krankenkassen sind eingeladen, sich beim Deutschen Herzzentrum der Charité zum Abschluss eines Vertrages zu melden, um ihren Versicherten bzw. Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren eine entsprechende Untersuchung zu ermöglichen. ●

Kontakt:

Die Literatur kann beim Verfasser angefragt werden.

Prof. Dr. med. Sebastian Kelle

Leiter Kardiale Bildgebung, Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, Deutsches Herzzentrum der Charité, Campus Virchow-Klinikum Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
E-Mail: sebastian.kelle@dhzc-charite.de, Telefon: +49 30 45932400

Medientipp

Die Stärken der Kleinen – Wim und Wum die liegen gern im Gras herum
Ein Kinderbuch über Selbstwertgesundheit

Eine bezaubernde Idee, wie man mit zwei Würmchen die lehrreichsten Geschichten schreiben kann. Schon das zweite Kinderbuch von Ursula und Wolfgang Niopek, das mir und meinen Enkeln sehr viel Freude bereitet hat. Nach „Kleine Würmchen – große Träume" jetzt der Titel „Zum Glück sind wir klein" in einer überarbeiteten Neuauflage. Worum geht's?

Aus der Perspektive von Wim und Wum sieht alles so groß und riesig aus. Bedauern und Traurigkeit kommt auf. Wir kennen das. Wie oft wollen wir das sein, was wir nicht sind. „Wir können nur am Boden liegen, doch die Vögel können fliegen, seh'n die Welt von so weit oben, dürfen durch die Lüfte toben", sagen sie sich träumerisch. Bis sie einer mächtigen Kuh begegnen, die sich ihrerseits bei Wim und Wum darüber beklagt, dass sie nicht schafft, was die beiden können: „Ich stehe immer auf der Wiese, bin hier im Gras ein echter Riese" „Ihr habt es gut, ihr seid so klein, kuschelt euch ins Gras hinein… und ihr kriecht auch in die Erde, was ich niemals schaffen werde…" Wim und Wum er-

zählen nun der Kuh, was so alles los ist in der Erde. Auch alles nichts für Pferde. Und am Ende der zahlreichen Vergleichsstationen umringeln sie sich und stellen fest „Wir wollen gar nicht größer sein. Was für ein Glück – wir sind klein!"

Ein wunderbare Geschichte über das Erkennen, was Du bist und was Du kannst. Und wie wertvoll das ist. Selbstwertgesundheit ist das in meinen Augen.

Das Ganze haben die Niopeks in Liebe ihren Enkelkindern gewidmet, den wundervollsten Geschichtenerzählern. Der nie erzwungene Endreim ihrer Geschichten lässt sich hervorragend betont vorlesen. Fantastische Illustrationen von Eva Maria Burckhardt und am Ende gibt es dann noch ein eigens komponiertes Lied „Zwei Würmchen träumen" zur Geschichte vom Sohn der beiden Autoren, dem Klavierlehrer Andreas Niopek. Über den QR-Code kann man in das Lied mit 5 Strophen reinhören, sozusagen Download-Material für ein Mini-Musical. Ein super Kinderbuch aus dem Kids-Programm von medhochzwei, sorgfältig editiert.

Und aufgepasst Eltern und Großeltern, am Ende wird es von Euren Kindern heißen: Nochmal lesen….

Rolf Stuppardt

Ursula und Wolfgang Niopek | Zum Glück sind wir klein | 2023 medhochzwei Verlag Heidelberg | Illustration und Satz: Eva-Maria Burckhardt | ISBN 978–86216-921–4 | 19 Euro

Verträge- & Leistungen

Digitaler Service mit Telemedizin und Coach revolutioniert die Versorgung von Long COVID-Betroffenen

Vier gesetzliche Krankenkassen – die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, die BIG direkt gesund, die IKK Südwest und die mhplus Krankenkasse – führen ab sofort einen neuen digitalen Service für Long-COVID-Betroffene ein. Das innovative Angebot der HealthHero Germany GmbH entstand im Rahmen des Startup-Wettbewerbs Healthy Hub. Es basiert auf einem digitalen Symptom Checker mit anschließender telemedizinischer Fachberatung. Hinzu kommt ein Coach für die selbstständige Rehabilitation. Der neuartige Service revolutioniert Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Long-/Post-COVID. Die Betroffenen erhalten einfach und schnell eine Diagnose sowie telemedizinische Fachberatung.

Auch drei Jahre nach Pandemiebeginn leiden weiterhin etwa 10 Prozent aller Betroffenen unter diffusen Symptomen als Folge einer Corona-Infektion. Im Durchschnitt sind Betroffene 104 Tage krankgeschrieben. Der Weg zur Diagnose und einem effektiven Behandlungspfad dauert in vielen Fällen noch länger. Der neue Checker und Coach eignet sich für Menschen, bei denen die Symptome drei Monate oder länger nach der akuten Corona-Infektion anhalten. Es beginnt mit dem Checker, der mithilfe aktueller wissenschaftlicher Leitlinien entwickelt wurde. Schließlich ist dann der Long-COVID-Coach eine digitale Anleitung zur Selbstrehabilitation. Er eignet sich für Menschen mit Verdacht auf Long-/Post-COVID. Der Coach ist für die Nutzung zu Hause konzipiert und enthält gezielte Übungen zur Unterstützung der Genesung.

Weitere Informationen über die Einführung des Long-COVID Services und den Zugang zu diesem digitalen Dienst finden Sie über Fernarzt.com, die Patienten-Plattform von HealthHero: www.fernarzt.com/long-covid/fuer-versicherte/ sowie auf den Webseiten der beteiligten Krankenkassen:

SBK Siemens-Betriebskrankenkasse: https://sbk.org/beratung-leistungen/gesundheit-behandlung/apps-und-digitale-angebote/digitaler-long-covid-service

BIG direkt gesund: www.big-direkt.de/de/leistungen/digitale-services-und-therapieprogramme/long-covid-syndrom-sicher-und-unkompliziert-erkennen-und-behandeln

mhplus: www.mhplus.de/longcovid ●

Diabetesmittel Mounjaro von Lilly in Deutschland gegen Übergewicht zugelassen

Menschen mit starkem Übergewicht können sich ab sofort auch in Deutschland die Abnehmspritze Mounjaro des US-Pharmakonzerns Lilly verschreiben lassen. Nachdem im Dezember die Zulassung in Europa erteilt wurde, dürfen Ärzte das ursprünglich nur gegen Diabetes zugelassene Mittel auch im Anwendungsgebiet „Gewichtsmanagement" verschreiben. So steht es in der jüngst veröffentlichten Fachinformation für die Ärzteschaft. Allerdings gilt Mounjaro zum Abnehmen als sogenanntes Lifestyle-Medikament und muss von den Patienten selbst bezahlt werden. Zur Behandlung von Typ-2-Diebetes dagegen übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Das einmal in der Woche zu injizierende Medikament kostet in der nach einer Einführungsphase notwendigen Dosierung für 28 Tage insgesamt 259,48 Euro. Allerdings gibt es aufgrund der weltweiten enorm gestiegenen Nachfrage Lieferengpässe. ●

NRW bekommt mehr Kassensitze für Psychotherapeuten

Einen Platz beim Psychotherapeuten zu bekommen ist nicht immer leicht – insbesondere auf dem Land. Die NRW Landesregierung hat zusammen mit den Krankenkassen in einigen Gemeinden neue Sitze geschaffen, obwohl dies eigentlich vom Bund begrenzt wird. 24,5 neue sogenannte Kassensitze. Das klingt angesichts 5.500 solcher Therapeutenplätze in ganz Nordrhein-Westfalen nicht viel. Das Besondere: NRW ist nach Schleswig-Holstein aber erst das zweite Bundesland, das mit der Neuschaffung der Plätze eine gesetzliche Regelung des Bundes umgeht. Eigentlich sind die Therapeutenplätze pro Region nämlich begrenzt. Das soll verhindern, dass sich alle Therapeuten in den Großstädten niederlassen und der ländliche Raum schlecht versorgt ist. Man mache Gebrauch von einer gesetzliche Regelung, die seit 2019 für „strukturschwache Teilgebiete" dem Land die Neuschaffung ermöglicht, heißt aus dem NRW Gesundheitsministerium. Im Grunde gibt es genügend Therapieangebote allerdings zu wenig Kassensitze, die ein Kind der Bedarfsplanung ist. Diese ist vor dem Hintergrund gestiegenen Bedarfs kritisch zu sehen.

Impfen am Arbeitsplatz: Erweitertes Angebot für Ersatzkassenversicherte von BARMER, KKH, hkk und HEK

Versicherte von BARMER, KKH, hkk und HEK können ab sofort alle gängigen Schutzimpfungen bei vielen Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie arbeitsmedizinischen Diensten erhalten. Das haben der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) in einem Vertrag geregelt, der am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist. Das neue Impfangebot ist kostenlos. Versicherte legen lediglich ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) und ihren Impfausweis vor – genau wie bei Impfungen in der Hausarztpraxis. Die Leistungen werden vom VDBW elektronisch mit der jeweiligen Ersatzkasse abgerechnet, was für die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte weniger Bürokratie bedeutet als sonst übliche Verfahren. ●

Versorgungsforschungsprojekt erprobte erfolgreich webbasiertes Ersteinschätzungstool SmED in der ambulanten Notfallversorgung

In steigendem Maße wenden sich auch Versicherte mit nicht dringlichem oder weniger schwerwiegendem Behandlungsbedarf an Notaufnahmen in Krankenhäusern. Um bereits in der ambulanten Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer bedarfsgerechten Steuerung beizutragen und somit die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten, erprobte ein vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördertes Versorgungsforschungsprojekt ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren inklusive des webbasierten Tools SmED. Die Ergebnisse des nun erfolgreich abgeschlossenen Projektes werden vom Innovationsausschuss unter anderem an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weitergeleitet. Das BMG wird gebeten, die Ergebnisse bei der geplanten Neuordnung der Notfallversorgung mittels Gemeinsamer Notfallleitstellen und Integrierter Notfallzentren zu berücksichtigen. ●

AOK Nordost und BARMER rufen zur Teilnahme am Selektivvertrag für gerätegestützte telemedizische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen auf

Zu Beginn des Jahres 2024 bauen AOK Nordost und BARMER die gerätegestützte telemedizinische Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern aus. Die Lösung ist sehr einfach: Mit Hilfe einer App und zertifizierten Medizingeräten, die vom Pflegepersonal bedient werden, haben die zugeschalteten Ärztinnen und Ärzte weit bessere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten als in einer gewöhnlichen Videosprechstunde. Zum Einsatz kommen dabei digitale Medizingeräte wie ein Pulsoximeter, ein Blutdruckmessgerät oder auch ein Stethoskop, das es beispielsweise ermöglicht, Herz- und Lungengeräusche in einer Videokonferenz abzuhören. Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen oder chronischen Wunden können so, bei gleichzeitiger Entlastung aller Beteiligten, bestmöglich versorgt werden. Patientinnen und Patienten müssen nicht extra in ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis gebracht werden und Ärztinnen und Ärzte sparen weite Fahrtwege in die Pflegeheime. AOK Nordost und BARMER setzen nun darauf, dass möglichst viele Ärztinnen und Ärzte und Pflegeeinrichtungen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern an dem Selektivvertrag teilnehmen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegeheime können hier die Vergabeunterlagen bei der AOK Nordost anfordern: Mecklenburg-Vorpommern: http://aok.de/gp/mv/telemedizin-pflegeheim Brandenburg: http://aok.de/gp/brb/telemedizin-pflegeheim ●

BIG: Vorsorge gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Das RS-Virus kann für Säuglinge und Kleinkinder lebensbedrohlich sein. Neuerdings gibt es einen Antikörper namens Nirsevimab gegen das gefährliche Virus. Doch diese Vorsorge ist noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. BIG direkt gesund übernimmt für Neugeborene und Kleinkinder die Kosten für die Prophylaxe. Nach Einschätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) hat hierzulande die Welle der RSV-bedingten Atemwegserkrankungen begonnen. Der Start wird vom RKI rückwirkend auf die Woche ab dem 20. November datiert. Das teilte das RKI am 7. Dezember in seinem Wochenbericht zu akuten Atemwegserkrankungen mit. Säuglinge und Kinder bekommen bei einer RSV-Infektion in der Regel zuerst eine laufende Nase und verlieren den Appetit. Der Rachen kann sich entzünden. Husten und Niesen folgen, und häufig tritt Fieber auf. In der Folge sind zum Beispiel Lungenentzündungen möglich. Bei schwerem Verlauf kann sogar eine Beatmung notwendig sein. Der neue Antikörper Nirsevimab (Beyfortus®) wird einmalig vor Beginn der RSV-Saison oder möglichst rasch nach der Geburt verabreicht. Die zusätzliche Vorsorge bei der BIG ist vorgesehen für:

Frühgeborene bis zur vollendeten 35. Schwangerschaftswoche und bei bestimmten Erkrankungen des Herzens oder Lunge auch für Kleinkinder bis zum 2. Geburtstag ●

AOK-Zuckerkompass stärkt Ernährungskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Die AOK hat das Präventionsprogramm „Zuckerkompass" entwickelt.

Mit diesem online-gestützten Unterrichtsprogramm soll die Ernährungskompetenz von Schülerinnen und Schülern gestärkt werden. Ziel ist es, gesunde Ernährungsstrukturen in der Schule zu etablieren und den Zuckerkonsum von Kindern und Jugendlichen damit nachhaltig im Alltag zu reduzieren. Darüber hinaus werden auch Eltern über das Thema Zucker aufgeklärt und erhalten praktische Tipps für zu Hause. Der AOK-Zuckerkompass richtet sich gezielt an Lehrerinnen und Lehrer der Jahrgangsstufen fünf bis acht aller Schulformen. Die Lehrkräfte haben nach der Registrierung auf der Online-Plattform Zugang zu einer Mediathek, in der sie kostenfreie, hochwertige und komplett ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien, didaktische Konzepte und Anleitungen für ihren Unterricht finden. Die Inhalte lassen sich für unterschiedliche Fächer verwenden. Das Programm ist online oder offline im Klassenzimmer verwendbar und besteht aus insgesamt 20 digitalen Lernbausteinen. Neben spannenden Aufgabenstellungen enthält es Animationen, Videosequenzen, interaktive Übungen sowie digitale Tafelbilder.

Recht & Gesetz

BSG: Vergütungsansprüche für Hilfsmittel und Blutzuckerteststreifen

Die Klägerin vertreibt bundesweit Produkte zur Diabetesbehandlung. Nach gescheiterten Vertragsverhandlungen mit der beklagten Krankenkasse erklärte sie im November 2014 ihren Beitritt zu zwei zwischen der Beklagten und anderen Leistungserbringern geschlossenen Verträgen über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Insulinpumpen- und Diabetestherapie. Die Beitrittserklärungen gab sie unter „Protest und Ausschluss" inhaltsgleicher Klauseln ab u. a. wandte sie sich gegen die im Vertrag über Hilfsmittel zur Diabetestherapie enthaltenen Preis- und Abrechnungsregelungen zu Blutzuckerteststreifen; deren Abrechnung richte sich nicht nach dem Vertragsregime für die Versorgung mit Hilfsmitteln, sondern nach dem marktüblichen Preisniveau. Die Beklagte wies die Vertragsbeitritte zurück, weil sie nicht zu den Bedingungen der von ihr mit anderen Leistungserbringern ausgehandelten Verträge erfolgt seien, und lehnte die Vergütung der von der Klägerin gleichwohl erbrachten Leistungen ab, soweit es sich nicht um Blutzuckerteststreifen handelte. Mit ihrem Begehren auf Bezahlung weiterer Leistungen im streitbefangenen Zeitraum in Höhe von 27 151,12 Euro hat die Klägerin in den Vorinstanzen keinen Erfolg gehabt; hingegen ist sie auf die Widerklage der Beklagten zur Rückzahlung von 22 407,31 Euro geleisteter Entgelte für Blutzuckerteststreifen verurteilt worden: Die Klägerin sei nicht versorgungsberechtigt gewesen. Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts (§§ 126 ff SGB V, § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit §§ 133, 157 BGB). Sie sei den Verhandlungsverträgen zu gleichen Bedingungen beigetreten und deshalb versorgungsberechtigt. Unabhängig hiervon sei ein Vertrag für die Abgabe und Abrechnung von Blutzuckerteststreifen zulasten der Beklagten nicht erforderlich. Die Revision der Klägerin war überwiegend erfolgreich. Zu Recht beansprucht die Klägerin ungeachtet des Streits um Einzelheiten der zugrunde liegenden Verträge eine Vergütung für die von ihr abgegebenen Produkte, weshalb die Widerklage auf Erstattung der Zahlungen für Blutzuckerteststreifen abzuweisen und das Urteil des Landessozialgerichts insoweit zu ändern war. Inwiefern ihr darüber hinaus eine Vergütung für weitere Versorgungen zusteht, bedarf näherer Feststellungen, die nach der Rechtsauffassung des Landessozialgerichts bisher nicht veranlasst waren und im insoweit wiedereröffneten Berufungsverfahren nachzuholen sind.

BSG: Krankengeld trotz verspäteter Krankschreibung

Der Anspruch auf Krankengeld darf nicht ausgesetzt werden, wenn eine Folgekrankschreibung verspätet bei der gesetzlichen Krankenkasse eingereicht wird. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden. Denn seit 2021 sind nicht mehr die Versicherten, sondern die Vertragsärzte zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtet. Im Streitfall wurde die Arbeitsunfähigkeit des Klägers zwar lückenlos vom 31. März 2021 bis zum 21. Juli 2021 attestiert. Die Folgebescheinigungen gingen jedoch zu spät bei der Krankenkasse ein. Vom 12. Mai bis 21. Juli 2021 lehnte die Krankenkasse daher die Krankengeldzahlung ab. Das BSG entschied, dass der Kläger trotz der verspäteten Meldung der AU Anspruch auf Krankengeld hat. Wenn eine AU-Bescheinigung zu spät bei der Krankenkasse eingeht, ginge dies nicht zu Lasten des Versicherten, denn die Ärzte seien verpflichtet, die Krankschreibung elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln.

Operation wegen Grauen Stars im Ausland ist keine Notfallbehandlung

Eine operative Behandlung von Grauem Star im Ausland lässt sich einem Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen (LSG) zufolge generell nicht als Notfallbehandlung über die gesetzliche Krankenversicherung abrechnen. Das entschied das Gericht in einem von einer Frau gegen ihre Krankenkasse angestrengten Verfahren. Diese hatte sich 2019 während eines Türkei-Aufenthalts in einer Privatklinik wegen altersbedingten Grauen Stars operieren lassen. (Az. L 16 KR 196/23). Die Klägerin wollte die Behandlungskosten von 1600 Euro von ihrer Krankenkasse erstattet haben, was diese ablehnte. Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten würden nur Notfallbehandlungen übernommen. Altersbedingter Grauer Star sei ein schleichender Prozess und kein Notfall. Die Richterinnen und Richter stützten nun diese Argumentation und kamen zur selben Einschätzung. Ohnehin bestehe ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse in diesem Fall schon deshalb nicht, weil sich die Frau als Privatpatientin in einer Privatklinik habe operieren lassen, teilte das Gericht mit. Unabhängig davon habe aber auch kein medizinischer Zustand vorgelegen, der während des Urlaubs in der Türkei eine sofortige Behandlung erforderlich gemacht habe.

OLG Karlsruhe: Beratungspflichten beim Wechsel einer privaten Krankenversicherung

Empfiehlt ein Vermittler den Wechsel einer privaten Krankenversicherung, muss er dem Kunden einen nachvollziehbaren und geordneten Überblick über alle wesentlichen leistungs- und prämienrelevanten Unterschiede der bestehenden zu der angebotenen Versicherung verschaffen. Macht er das nicht und weist er im Zuge der Umdeckung nicht darauf hin, dass die angebotene Krankenversicherung unter anderem kein Krankentagegeld enthält, haftet er nach dem Urteil des OLG Karlsruhe vom 07.03.2023 (Geschäftszeichen 12 U 268/22) seinem Kunden auf Schadensersatz. Im entschiedenen Sachverhalt hatte ein Versicherungsmakler den Wechsel einer Krankenversicherung empfohlen. Seine Kundin folgte dieser Empfehlung und kündigte daraufhin die bestehende Krankenversicherung, inklusive des dort vereinbarten Krankentage- und Krankenhaustagegeldes. Später stellte sich heraus, dass die neue Krankenversicherung von Anfang an kein Krankentagegeld und auch kein Krankenhaustagegeld enthielt. Die Kundin behauptete nun, darüber von dem Versicherungsmakler nicht aufgeklärt worden zu sein und verlangte so gestellt zu werden, als wäre die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nicht gekündigt worden. Damit bekam sie vor dem OLG Karlsruhe recht.

Leiharbeitnehmer muss Glaubwürdigkeit von Krankschreibung beweisen

Ein Leiharbeitnehmer, der von seinem Arbeitgeber zum 31. Mai 2022 gekündigt wurde, erhielt für die Zeit vom 2. bis 6. Mai 2022 eine Krankschreibung. Es folgten weitere Bescheinigungen, die genau bis zum Kündigungsende am 31. Mai reichten. Bereits im September 2021 hatte das BAG (Az.: 5 AZR 149/21) geurteilt, dass eine solche zeitliche Übereinstimmung von Krankschreibungen mit der Kündigungsfrist Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit wecken kann, die der Arbeitnehmer ausräumen muss. Auf dieser Grundlage verweigerte die Arbeitgeberin die Lohnfortzahlung, argumentierend, dass die Glaubwürdigkeit der Krankschreibungen angezweifelt wird. Das BAG bestätigte, dass der Beweiswert der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach einer Kündigung, unabhängig davon, wer sie ausspricht, erschüttert sein kann. In diesem speziellen Fall war der Arbeitnehmer am 2. Mai, dem Tag der Kündigung, bereits krankgeschrieben, weshalb nur die Folgebescheinigungen bis zum 31. Mai in Frage gestellt wurden. Diese deckten exakt die Kündigungsfrist ab, und der Arbeitnehmer trat unmittelbar danach eine neue Stelle an. Daher muss nun der Arbeitnehmer beweisen, dass seine Krankheit echt war, möglicherweise durch Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht.

Europa & Internationales

Was die neue EU-Ratspräsidentschaft im Gesundheitsbereich plant

Im Januar wird Belgien die Ratspräsidentschaft der EU übernehmen. Im Gesundheitsbereich hat der Beneluxstaat noch einiges vor, bevor nach der EU-Wahl im Juni die Karten neu gemischt werden. Angesichts der bevorstehenden EU-Wahlen und zahlreicher offener Gesetzesvorhaben im Gesundheitsbereich hat die belgische EU-Ratspräsidentschaft, die am 1. Januar Spanien ablösen wird, einiges an Arbeit vor sich. Ganz oben auf der Agenda stehe der Fachkräftemangel im Gesundheits-

wesen. Derzeit seien 8,5 Prozent aller Arbeitskräfte in der EU im Gesundheitswesen beschäftigt, sagte Bjorn Gens, Gesundheitsattaché der Ständigen Vertretung Belgiens bei der EU, während einer Veranstaltung des European Policy Centre (EPC) am Dienstag (19. Dezember). Die Lösung des Fachkräftemangels fällt in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Der belgische Ratsvorsitz möchte jedoch die Diskussion darüber eröffnen, wie Maßnahmen auf EU-Ebene unterstützt werden können, insbesondere wenn es um die Bekämpfung des Fachkräftemangels geht. Dies könnte durch die „Aufnahme einer Diskussion" über die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und andere Gesetze geschehen, die sich in ähnlicher Weise mit Themen wie Qualifikation und Ausbildung befassen. Sollte die Aufnahme der Gespräche gelingen, wäre dies eine klare gesundheitspolitische Priorität, an der das neue politische Mandat und das Kollegium der Kommissare arbeiten könnten. Zwei besonders heikle Gesundheitsdossiers sind noch offen: der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) und die Überarbeitung des EU-Arzneimittelrechts. Die erste interinstitutionelle Verhandlung über den EHDS fand am 14. Dezember statt. Die belgische Ratspräsidentschaft hofft, dass die Gesetzgeber in den nächsten Monaten und rechtzeitig vor den Wahlen eine Einigung erzielen werden. Nur so kann das Ziel, den EHDS im Jahr 2025 einzuführen, erreicht werden. Einer der schwierigsten Aspekte des EHDS sei die Frage einer Opt-out-Klausel für die sekundäre Datennutzung und die Datenlokalisierung. Was die Überarbeitung des EU-Arzneimittelrechts betrifft, so werden im Rat als Erstes die Punkte behandelt, die sich auf Arzneimittelknappheit und fehlende Anreize beziehen. Letzteres ist ein besonders umstrittenes Thema. ●

In der EU gilt weltweit erste Regelung zum Umgang mit künstlicher Intelligenz

Mitgliedstaaten und Europäisches Parlament haben sich auf ein Gesetz zur Regelung von Künstlicher Intelligenz (KI) verständigt – den AI Act (Artificial Intelligence Act). Die EU hat damit das erste KI-Gesetz weltweit ausformuliert. Die neue Regelung sieht unter anderem vor:

Freie Anwendung für Software mit minimalem Risiko: Das neue Gesetz verfolgt einen risikobasierten Ansatz. KI-Anwendungen mit geringem Risiko wie Spamfilter sind frei von strengen Auflagen. Softwarefirmen, die solche KI-Lösungen entwickeln, können aber einen freiwilligen Verhaltenskodex erfüllen.

Vorgaben für KI-Systeme mit hohem Risiko: KI-Anwendungen etwa beim Grenzmanagement, in der robotergestützten Medizin oder der kritischen Infrastruktur unterliegen strikten Vorgaben. Dazu gehören klare Benutzerinformationen und strenge Protokollpflichten.

Ausschluss von Verfahren mit unannehmbarem Risiko: Anwendungen, die in die menschlichen Grundrechte eingreifen, wie Social Scoring – die datenbasierte Bewertung von Verhaltensweisen von Menschen – oder manipulative Beeinflussung von Wahlen werden untersagt. Unter strikten Auflagen sind Verfahren zur Gesichtserkennung im öffentlichen Raum möglich, etwa zur Terrorabwehr. Transparenz der Basismodule: Einige KI-Lösungen beruhen auf Basismodulen zur Auswertung von Daten. Diese können für spezifische Anwendungen weiterentwickelt werden, etwa zur Text-Komposition. Fachleute sprechen von General Purpose Artificial Intelligence (GPAI). Ausgehend von der Rechenleistung, mit denen die Basismodule entwickelt werden, stuft die Kommission die Modelle nach ihrem Risiko ein.

Mitgliedstaaten und Europäisches Parlament haben beschlossen, dass ein bei der EU-Kommission angesiedeltes KI-Büro über die europaweite Einhaltung der Regeln wachen soll. ●

EU: Synthesebericht stellt zunehmende ungleiche Gesundheitsversorgung fest

Die EU-Kommission hat ihren sogenannten Synthesebericht vorgelegt. Darin geht es um den Zustand der europäischen Gesundheitssysteme sowie zentrale Reformen und Investitionen der vergangenen Jahre. Auf Basis der Ergebnisse sollen künftig widerstandsfähigere Gesundheitssysteme sowie eine stärker evidenzbasierte Politik entstehen. Im Nachgang der Covid-19- Pandemie haben sich die Prioritäten der europäischen Gesundheitssysteme verschoben und die Ungleichheiten zwischen den einzelnen Ländern verschärft. So hat etwa der ungedeckte Bedarf der medizinischen Versorgung zugenommen. Die EU-Analyse hat unter anderem gezeigt, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland derzeit die höchsten in ganz Europa sind. Der größte Anteil fließt demnach in den stationären Sektor, gefolgt von der ambulanten Versorgung. Während der Pandemie stieg der Anteil an öffentlichen Zuschüssen hierzulande erheblich an. Aber mit 12 Prozent liegt die Summe, die deutsche Patientinnen und Patienten aus eigener Tasche bezahlen müssen, mit am niedrigsten in der gesamten EU. Davon wird das meiste Geld unter anderem für Arzneimittel ausgegeben. In Dänemarks steuerfinanziertem Gesundheitssystem fällt der Versicherungsschutz für Arzneimittel geringer aus als in anderen Ländern. Dennoch sind Gesundheitsausgaben pro Kopf in Dänemark höher als im EU-Durchschnitt. Außerdem gibt es eine höhere öffentliche Finanzierung

als in den meisten anderen Mitgliedstaaten.

In Tschechien existiert zwar ein breites Leistungspaket mit einem relativ geringen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung. Doch die Hälfte der tschechischen Haushaltsausgaben entfällt auf Arzneimittel. Das ist auch in Ungarn so. Frankreich hat auf den Notstand im Gesundheitssystem damit reagiert, insbesondere Krankenschwestern und Apothekern mehr Aufgaben zu übertragen. Das soll die Ärzte entlasten, vor allem in unterversorgten Gebieten. Die Isländer geben vergleichsweise wenig für Arzneimittel aus. Das ist auch in Norwegen so. Die norwegische Regierung verwendet einen Großteil ihres Gesundheitsbudgets für die Langzeitpflege, während die Ausgaben für Arzneimittel sowohl pro Kopf als auch im Verhältnis zu den Gesamtausgaben vergleichsweise gering ausfallen. In Italien zeigte sich in den vergangenen Jahren ein etwas anderes Bild. Trotz öffentlicher Zuschüsse liegen die Gesundheitsausgaben, die aus eigener Tasche finanziert werden, deutlich über dem EU-Durchschnitt. Größtenteils geht es um Direktzahlungen für die ambulante fachärztliche Versorgung sowie Arzneimittel. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind in Lettland hoch, insbesondere für Medikamente. Laut EU-Bericht gaben 5,4 Prozent der Letten an, dass ihr Bedarf an medizinischer Versorgung im Jahr 2022 nicht gedeckt war. Dasselbe berichten die Rumänen mit Blick auf ihre Gesundheitsversorgung. Neben den Ungleichheiten im Arzneimittelmarkt kommt die EU-Kommission in ihrer Analyse auch zu dem Schluss, dass vielen Mitgliedstaaten das Personal fehlt, das sich um Menschen mit Erkrankungen der psychischen Gesundheit kümmert. Außerdem wird es demnach in Zukunft erforderlich sein, noch stärker sektorenübergreifend zu arbeiten, um die mangelnde Balance in ganz Europa besser abzufedern.

EU-Parlament verabschiedet Anti-Greenwashing-Richtlinie

Das EU-Parlament hat im Januar grünes Licht für eine neue Richtlinie gegeben, die unter anderem zahlreiche Umweltaussagen auf Produkten verbietet. Die mit einer stark überwiegenden Mehrheit angenommene Richtlinie soll Verbraucher in der EU zukünftig vor missverständlicher Werbung schützen und so dabei helfen, bessere Kaufentscheidungen zu treffen. Dazu wird die EU-Liste der unlauteren Geschäftspraktiken gezielt erweitert, um in Zukunft auch Behauptungen abzudecken, die mit Greenwashing zusammenhängen. Die neuen Vorschriften zielen auf allgemeine Aussagen wie „umweltfreundlich", „natürlich", „biologisch abbaubar", „klimaneutral" oder „öko" ab: Diese sind in Zukunft verboten, sofern sie von den Herstellern nicht nachgewiesen werden können. Die neue Richtlinie legt auch fest, dass Hersteller künftig nicht mehr behaupten dürfen, ein Produkt habe aufgrund von Emissionsausgleichssystemen eine neutrale, reduzierte oder gar positive Auswirkungen auf das Klima. Zu solchen Emissionsausgleichssystemen zählen auch die umstrittenen Kompensationszahlungen, die Hersteller nutzen, um ihre CO_2-Bilanzen auszugleichen. Doch die neue Richtlinie geht noch über das Verbot von Greenwashing-Behauptungen hinaus. Reguliert wird künftig auch die Verwendung von Nachhaltigkeitssiegeln, die nicht nur zu zahlreich sind, sondern sich auch kaum vergleichen lassen, wie das Parlament kritisierte. Künftig sollen deshalb in der EU nur noch Nachhaltigkeitssiegel erlaubt sein, die auf offiziellen Zertifizierungssystemen beruhen oder von staatlichen Stellen vergeben werden. Verboten ist es nach den neuen Vorschriften in Zukunft auch, unbegründete Aussagen zur Haltbarkeit zu machen, dazu aufzufordern, Verbrauchsgüter früher auszutauschen als unbedingt nötig (was z. B. bei Druckertinte häufig der Fall ist) sowie nicht reparierbare Waren als reparierbar anzupreisen. Damit soll dem (absichtlichen) vorzeitigen Verschleiß von Produkten („Obsoleszenz") ein Riegel vorgeschoben werden.

EU-Kommission initiiert Allianz gegen Arzneimittelknappheit

Die EU-Behörde für gesundheitliche Krisenvorsorge (HERA) hat die Allianz für kritische Arzneimittel, eine Beratungsgruppe, ins Leben gerufen. Der Plan ist, Lieferketten zu differenzieren und Produktionskapazitäten auszubauen, um die Arzneimittelknappheit in der EU angehen. Die Allianz für kritische Arzneimittel soll die Zusammenarbeit zwischen der Kommission, nationalen Regierungen, lokalen und regionalen Behörden, Angehörigen des Gesundheitswesens, der Industrie, der Zivilgesellschaft und anderen Akteuren stärken, um Herausforderungen, Maßnahmen und mögliche politische Lösungen zu ermitteln. Im vergangenen Winter kam es in der EU zu einer plötzlichen Verknappung wichtiger Arzneimittel, wie zum Beispiel bestimmter Antibiotika, die zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit unerlässlich sind. Wie die Kommission in ihrer Mitteilung vom Oktober darlegte, war dies auf einen Anstieg der Nachfrage, geringe Produktionskapazitäten, Rohstoffknappheit und Probleme in der gesamten Lieferkette zurückzuführen. Nach Angaben der Kommission wird die Allianz untersuchen, wie die globalen Lieferketten diversifiziert werden können, wie Europas Produktions- und Innovationskapazitäten gestärkt werden können, wie ein gemeinsamer strategischer Ansatz für die Bevorratung von Arzneimitteln in der EU entwickelt werden kann und wie die Mittel der EU und der Mitgliedstaaten zur Lösung von

Arzneimittelengpässen eingesetzt und aufeinander abgestimmt werden können.

Immer mehr Medizinprodukte verschwinden vom EU-Markt

Im Zusammenhang mit dem Skandal über Brustimplantate verschärfte die EU die Medizinprodukteverordnung. Nicht nur die Zulassung ist seitdem strenger, es finden auch unangemeldete Kontrollen bei den Firmen statt. Doch mittlerweile sollen die neuen Regeln vor allem für Unmut aufseiten der Unternehmen sorgen und große Schwierigkeiten in den Krankenhäusern und Praxen Europas verursachen. So klagte nach einem Bericht der Augsburger Allgemeine der Ärztliche Direktor der Klinik für Kinderkardiologie an der Uniklinik Heidelberg, Matthias Gorenflo, „dass etliche Produkte entweder verschwunden seien oder die Hersteller, „die noch bei der Stange geblieben sind, erhebliche Probleme haben, die Produkte überhaupt zuzulassen". Als ein Beispiel nennt er Ballonkatheter, mit denen Säuglingen mit angeborenem Herzfehler geholfen wird. Jedes 100. Kind sei betroffen. Doch aufgrund von langwierigen und kostenintensiven Zertifizierungsprozessen verschwinden immer mehr solcher Produkte vom Markt. Daneben geht es um Herzschrittmacher, Röntgengeräte, Prothesen oder Seh- und Hörhilfen, außerdem vorneweg um Medizinprodukte, die für eine zahlenmäßig eher kleine Patientengruppe gebraucht werden und deren Herstellung wegen der geringen Stückzahlen wirtschaftlich nicht attraktiv erscheint. Konservative EU-Politiker wollen deswegen die prozeduralen Hürden niedriger hängen. Insbesondere die Pflicht, auch bereits langbewährte Produkte alle fünf Jahre zu rezertifizieren und damit aufwendigen Prüfungen zu unterziehen, wollen sie abschaffen. Man müsse zudem „die unnötige Bürokratie" streichen, fordert CDU-Europaabgeordneter Peter Liese, und kritisiert, dass für die Zulassung eines Produktes mittlerweile zehn Aktenordner notwendig seien. Außerdem sollten Sonderreglungen für die Produkte, die nur in kleiner Stückzahl hergestellt werden, gelten. In rund 90 % der Fälle seien zudem die Zertifizierungskosten schuld daran, dass Medizinprodukte vom EU-Markt genommen werden. So habe sich die Zulassungsdauer für viele Betriebe drastisch verlängert. Mehr als ein Drittel der Unternehmen gab an, die Verfahrensdauer sei dreimal so lange wie vor der MDR. Während die Bearbeitungszeiten der Anträge in den USA höchstens 30 Tage dauern dürfen, also eine garantierte Deadline haben, und die Zulassung etwa 3000 bis 3200 Euro kostet, müssen sich die europäischen Unternehmen auf 18 bis 24 Monate einstellen und rund 135.000 Euro bezahlen. Kein Wunder, dass viele Unternehmen auf den US-Markt ausweichen würden.

Schweiz: Efas nimmt letzte Hürde und wird vom Parlament verabschiedet

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas) gilt als zentrale Reform für das Schweizer Gesundheitssystem. Die Freude innerhalb der Efas-Allianz mit 22 wichtigen Akteuren der Gesundheitsbranche ist groß: Nach 14 Jahren zum Teil schwieriger und langwieriger Diskussionen hat eine der wichtigsten Reformen des Schweizer Gesundheitssystems endlich die letzte Hürde genommen. Nicht ohne Grund bezeichneten die Allianz-Vertreterinnen und -Vertreter den Entscheid in einer Mitteilung als «historisch» und «Meilenstein in der Gesundheitspolitik». Die Efas-Allianz hatte sich für diese Reform stark gemacht, damit bestehende Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen behoben werden. Das Ja zu Efas habe zudem Signalwirkung für die Schweizer Gesundheitspolitik und könne als Initialzündung für weitere Reformvorhaben zur Behebung von Fehlanreizen dienen. In jedem Fall bestätige es die Allianzpartner in ihrem Engagement, sich für ein solidarisches und finanziell tragbares Gesundheitssystem der Zukunft einzusetzen.

Internationale Pflegefachkräfte anwerben und integrieren

Die Anwerbung internationaler Pflegekräfte ist für viele Gesundheitseinrichtungen eine vielversprechende Chance, ihre Personalsituation zu verbessern. Dabei entsprechen die vorherigen Erwartungen jedoch häufig nicht der Realität, denn Anwerbeprozesse entpuppen sich als komplex, langwierig, bürokratisch und kostenintensiv.

Dieser Praxisleitfaden bietet eine umfassende Orientierung im dichten Dschungel von Anwerbung, Anerkennung, Spracherwerb und Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Dabei wird der gesamte Prozess von Experten fundiert dargestellt und so seine einzelnen Bestandteile inklusive Anforderungen und Hindernisse eingängig beleuchtet.

Erfahrene Autoren aus namhaften Gesundheitseinrichtungen und Institutionen gewähren dazu exklusive Einblicke in die praktische Anwerbe- und Integrationsarbeit. Ihre Beiträge sensibilisieren für Bedenken und Unwägbarkeiten und zeigen zudem Best-Practice-Beispiele. Sie setzen außerdem einen zentralen Fokus auf die persönlichen Sorgen der internationalen Pflegefachkräfte, die ihre Heimat, Familie und Freunde verlassen, um sich in einem unbekannten Land mit fremder Sprache niederzulassen.

2024. 258 Seiten. € 59,00. Softcover.
ISBN 978-3-98800-015-6

Jetzt vorbestellen!
www.medhochzwei-verlag.de

Match
Netzwerk zur Integration
internationaler Gesundheitsfachkräfte

medhochzwei

Epilog

Ohne Migration geht es nicht

Jede/Jeder sechste Erwerbstätige im Gesundheitswesen ist im Ausland geboren. Etwa 130.000 Ärztinnen und Ärzte, deutlich mehr als ein Viertel aller Ärzte hat einen Migrationshintergrund. Alle sind in allen Bereichen, auf allen Ebenen der medizinischen, der Kranken- und Altenpflegerischen Versorgung tätig. Ohne sie stünde das deutsche Gesundheitssystem vor einem Kollaps. Zugleich steigt der Bedarf an Fachkräften so stark an, dass es vereinfachter und nachhaltiger Zugangsmöglichkeiten bedarf. Migration ist systemrelevant.

Impressum

WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ist eine unabhängige Plattform für die gesamte Themen- und Partnerwelt des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung. Sie stellt sich mit erfahrenen Autoren und Gesprächspartnern den drängenden Fragen der Branche mit anspruchsvollen, praxis- und zukunftsorientierten Beiträgen.
WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG verfolgt das Ziel, eine Brückenfunktion zwischen den Partnern in Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft einzunehmen und zu einer neuen Dialogkultur beizutragen.
www.welt-der-gesundheitsversorgung.de

Herausgeber und Schriftleitung (V.i.S.d.P.)
Rolf Stuppardt, Büscherhöfchen 28, 51491 Overath
E-Mail: rst@stuppardtpartner.de
Tel.: (02206) 912 104

Redaktion
Rolf Stuppardt (Chefredaktion)
Dr. Monika Sinha
Dr. Annette Mehler
E-Mail: redaktion@welt-der-gesundheitsversorgung.de

Verlag
medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel: (0 62 21) 914 96 12, Fax: (0 62 21) 914 96 20, annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen
Sabine Hornig, medhochzwei Verlag GmbH, Tel: (0 62 21) 914 96-15, Fax (0 62 21) 914 96 20, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck
CITY-DRUCK Offsetdruck GmbH
Bergheimer Straße 119, 69115 Heidelberg

Bezug und Bedingungen
Kombi-Abo Print + Online: € 189,–*
Online-Abo: € 119,– **
Schnupperabonnement Print (2 Ausgaben): € 25,– (inkl. Versandkosten). Kündigungen sind bis zu 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

* Das Abonnement umfasst die Lieferung von 6 Ausgaben und den Zugang zum Onlinearchiv.
** Das Abonnement umfasst den Zugang zum Onlinearchiv.

Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt.

Erscheinungsweise
WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG erscheint sechsmal im Jahr im zweimonatlichen Rhythmus.

Urheber- und Verlagsrechte
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechtseinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.

Kluge Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten

Rebscher/Schmid/Zerth (Hrsg.)
Softcover, XIV, 189 Seiten, € 49,-
ISBN 978-3-98800-030-9

Medizinprodukte: Ökonomie der Regulatorik
XIV, 271 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-574-2

Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte
XV, 183 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-626-8

Digitalisierungsprozesse, Prozessdigitalisierung
309 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-631-2

www.medhochzwei-verlag.de

6. HFG 2023 | © medhochzwei 2023

24./25. APRIL 2024

7. HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft

Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Die Lage im Gesundheitswesen ist geprägt vom demografischen Faktor, der unweigerlich zu mehr Gesundheitsnachfrage führen wird. Dem stehen starre Strukturen und defizitäre Versorgungsprozesse gegenüber. Es wird darum gehen müssen, die strukturellen Schwächen des herrschenden Medizinverständnisses und der Finanzierung von Versorgung zu überwinden. Was die Anwendung klassischer Gesundheitsversorgung vor diesem Hintergrund anbelangt, befinden wir uns an einem Wendepunkt.

Unsere These: Wir können die sich abzeichnende defizitäre Entwicklung nur auffangen, indem wir dreierlei konsequent verfolgen:

- Praktische Umsetzung von nachhaltigen präventionspolitischen Konzepten im Sinne gesunder Langlebigkeit
- Konsequente und schnellere Anwendung von Innovationen, Digitalisierung und KI
- Weiterentwicklung des Verständnisses von Medizin, bei der die Evidenzbasierung mit einer wertebasierten Medizin mit einem Salutogenese-Ansatz ergänzt wird

Jetzt anmelden, Frühbucherpreis sichern und mitdiskutieren!

HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de