

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

PFLEGE

NEUANFÄNGER GESUCHT



■ **PFLEGE**

Ist die Pflegeversicherung am Systemende angekommen?

■ **PLANETARY HEALTH**

Nachhaltigkeit in die Sozialgesetzbücher aufnehmen!

Editorial

Unter Kristalleuchtern standen sie da. Entschlossen, ohne eine Miene zu verziehen, strenger als eine Gruppe Samurai. Die KBV Krisensitzung im edlen Ambiente hat zur Neige des Sommers im August das Ende der Welt demonstriert: Praxis weg, Gesundheit weg. Auf einem selbstgemalten Schild hatte sich ein Ärztesfunktionär angestauten Frust von der Seele geschrieben: Gegen Zwangsdigitalisierung in Arztpraxen. Die niedergelassenen Ärzte verstehen sich auf ikonographische Bilder. Immer schon. Deshalb weht aus einer fernen, beinahe versunkenen Vergangenheit der Gefangenenchor aus dem dritten Akt der Oper Nabucco von Giuseppe Verdi an unser Ohr und Schauspieler mit Arztkitteln kitzeln als flüchtiges Irrlicht die Netzhaut. Bei Tageslicht besehen geht es den Freunden des Fernkopierers schlicht um mehr Honorar. Die KBV fordert von den Kassen ein Plus von 10,2 Prozent, die FAZ schreibt, dass aktuelle Zahlen der gestiegenen Einnahmen den Ärzten gerade ungelegen kommen: „Ärztverdienst trotz der Inflation.“

Der Praxenkollaps, der da drohen soll, wird seit einer Dekade aus dem Instrumentenkasten geholt, seit die Restlaufzeit von Arztpraxen auf dem Land durchdekliniert wird. Das Phänomen ist bekannt, die Robert Bosch Stiftung hat früh Zahlen dazu vorgelegt. Dennoch wurde diese Restlaufzeit von der Ärzte-Lobby bisher im Wesentlichen für die Argumentation von Modellen besserer Vergütung genutzt. Auch der Personalmangel ist nicht eben ein originelles Argument, während die Boomer-Generation dem Rentenalter zustrebt. Wobei: wenn Ärztinnen und Ärzte in diesen Tagen Personalmangel beklagen meinen, sie nicht etwa das Praxisteam, also Medizinische Fachangestellte, sondern: Ärzte. Es ist die alte Aufteilung der Welt in Arzt und Nicht-Arzt. Wir sehen: Der Kern der Probleme unseres Gesundheitssystems ist zum Teil technischer Natur – aber vor allem eine Frage der Kultur. Die Misere der niedergelassenen Ärzte ist hausgemacht und mangelnde Finanzierung der formulierten Ansprüche auf Vergütung ist bestimmt keine Ursache. Festhalten an der Einzelpraxis, an einer vordigitalen Organisation des Praxisalltags, eine an das Fax gekettete Patient-Journey bei gleichzeitiger Bewunderung der ambulanten Versorgungslandschaften unserer skandinavischen Nachbarn, haben unser Gesundheitssystem an genau diesen Punkt geführt. Als NRW Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann jüngst den entscheidenden Schritt in Richtung interprofessionelle Teams ging, mit dem einfachen Satz: „Pflege muss auf Augenhöhe mit der Ärzteschaft agieren“, war Jaulen und Schnauben zu hören. Abwertung der Ärzteschaft wurde beklagt.

Nicht Abwertung der Ärztinnen und Ärzte ist das Thema, wenn Karl-Josef Laumann Augenhöhe für die Pflege in multiprofessionellen Teams einfordert – es geht um den logischen Schritt hin zu besserer, patientenzentrierter Medizin. In diesem Heft weist Martina Hasseler auf einen Systemfehler im SGB V hin, das nichtärztliche Heilberufe grundsätzlich von der selbstständigen Behandlung der Versicherten ausschließt. Dies treibt entscheidend die Deprofessionalisierung der Pflege an. Nur ärztliches Handeln an Vergütung zu koppeln, während Pflege als Kostenfaktor wirkmächtig wahrgenommen wird, führt geradewegs in eine Spirale der Abwertung. Während man in Deutschland die Pflegefachkräfte und zwei Dutzend weitere Berufe der therapeutischen Versorgung nicht integriert und ins Feld der Deprofessionalisierung schiebt, wenden sich clevere akademische Nurses aus dem internationalen Raum ab, wenn die Anwerber aus Deutschland rund um den Globus ausschwärmen. Unsere Nachbarn in Skandinavien beweisen seit Jahren, wie gut eigenständiges Handeln der Nurse Practitioners im Team mit den Ärzten funktioniert und zu guten gesundheitlichen Outcomes wie auch zu hoher Zufriedenheit von Patienten und Ärzten führt. Die Studien zu Patient Reported Outcomes liegen lange auf dem Tisch. Nutzen wir sie, um eine bessere Versorgung anzubieten!

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

IM ZWEIFEL SIND DIE TÖCHTER DRAN

Der Alptraum der alternden Gesellschaft ist, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in finanzielle Schwierigkeiten geraten oder gar in Armut fallen. Die Bundesregierung hat mit einer Pflegereform reagiert. Reicht das aus? Expertinnen und Experten aus einem Think-Thank fordern grundsätzliche Veränderungen. Sie schreiben: „Die Pflegeversicherung ist ein Irrtum.“ Ohne rechtliche und institutionelle Verankerung wird die Pflege in Deutschland von der internationalen Entwicklung noch weiter entkoppelt und in eine Spirale der Deprofessionalisierung getrieben. Über das Strategiepapier Care Share 13 haben wir mit Professorin Martina Hasseler gesprochen. Der Leitartikel ab **Seite 6**



GESUNDHEIT UND POLITIK
PERSONALMANGEL IN DER PFLEGE

Ist Personalmangel in der Pflege ein Notfall oder das neue Normal? Fakt ist: Die Situation wird sich in Zukunft noch verschärfen. BKK-Zahlen zum Krankenstand in der Pflege zeigen zudem: so kann es nicht mehr weitergehen. Wie bewertet der BKK Dachverband das Pflegestudiumsstärkungsgesetz? Antworten ab **Seite 18**



PLANETARY HEALTH
QUALITÄTSTRANSparenz MACHT DEN UNTERSCHIED

Im Herbst werden wir bei der Präsentation des Kundenreports 2023 spannende Fragen zur strategischen Weiterentwicklung der Betriebskrankenkassen beantworten. Johannes Wagner, MdB der Grünen und Berichterstatter für Klima & Gesundheit erklärt, weshalb es wichtig wird, Programme der Kassen die sich positiv auf Menschen und Klima auswirken, in Versorgungsstrukturen zu integrieren. **Seite 30**



LEUCHTTÜRME
BKK TAG BAYERN

Der Umgang mit Daten hat das Potenzial, dem Gesundheitswesen einen echten Schub zu geben. Dieser Satz von Klaus Holetschek, Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege, prägte den Bayerischen BKK Tag 2023 in München. Deutschland ist das Land der Dateninseln. Welche Potenziale bleiben für die Versorgung ungenutzt? Antworten ab **Seite 44**

6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Think-Tank für ein neues Pflegesystem: Im Zweifel sind die Töchter dran

30 **PLANETARY HEALTH**
BKK Kundenreport 23: Qualitätstransparenz macht den Unterschied

38 **UNTERNEHMEN**
Gesundheitsreport 23: Gesunder Start ins Berufsleben

54 **LEUCHTTÜRME**
VitaQuiz App: Gesundheit spielend lernen

18 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Personalmangel in der Pflege: Notsituation oder Normalität?

34 **PLANETARY HEALTH**
Nachhaltigkeit in die Sozialgesetzbücher!

44 **LEUCHTTÜRME**
Gesundheitsdaten: Das Ratespiel der Medizin beenden

62 **RAUS**
Impressum



THINK-TANK FÜR EIN NEUES PFLEGESYSTEM

IM ZWEIFEL SIND DIE TÖCHTER DRAN

Von Stefan B. Lummer

Das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) enthält die Vorschriften für die Soziale Pflegeversicherung in Deutschland und bildet also die Grundlage der Finanzierung von langfristig auftretenden Pflegebedürfnissen in der stationären und ambulanten Pflege. Ist das so?



© sukanya sithikongsak/Moment/Getty Images

Krankenhausreform, Notfallreform, Digitalisierungsstrategie, Versorgungsgesetze: Die Gesundheitspolitiker der Ampelkoalition bereiten gerade eine große Reformoffensive für das Gesundheitswesen vor.

Fast fünf Millionen Menschen in Deutschland sind auf Pflege angewiesen. Schau'n wir uns in der eigenen Familie um, sehen wir sie: Bei manchem sind es die Großeltern oder Eltern, die Partner, manchmal auch Geschwister, manchmal reicht der Blick in den Spiegel.

Der Alptraum der alternden Gesellschaft ist, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in finanzielle Schwierigkeiten geraten oder gar in Armut fallen. Die Bundesregierung hat mit einer Pflegereform reagiert. Reicht das aus?

Expertinnen und Experten aus dem Think Thank des Instituts für Pflege, Altern und Gesundheit fordern grundsätzliche Veränderungen. Die Professorin für Gesundheits- und

Pflegewissenschaften sowie Digitalisierung in der Pflege an der Ostfalia Hochschule, Martina Hasseler hat das Care Share 13 Papier mitentwickelt. Auf ihrem LinkedIn-Account schreibt sie: „Wir fordern die Abschaffung des SGB XI, eine Entkernung des SGB V und ein neues Gesundheitsrecht, das Care Share 13, unter Integration und Weiterentwicklung der Pflegefachberufe.“

Fachpflege und Medizin sollen ein Tandem bilden. Fachärztliche, therapeutische und fachpflegerische Versorgung werden entsprechend der patient journeys auf den Therapiepfaden in Chronic-Care-Modulen an die Tandems angedockt.

An welchen Schrauben der Versorgung dringend zu drehen wäre, welche Innovationen aus dem Gesundheitswesen und insbesondere aus der Pflege selbst kommen können – darüber haben wir mit Professorin Martina Hasseler gesprochen.



INTERVIEW

SGB XI: NEUSTART MIT CARE SHARE 13?

Martina Hasseler

Professorin für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften sowie
Digitalisierung in der Pflege an der
Ostfalia Hochschule

Die Pflegeversicherung ist ein Irrtum. Das schreiben die Autorinnen und Autoren des Care Share 13 Papiers. Denn das SGB XI finanziert keine ausreichende berufliche Pflege. Stattdessen stellt das Gesetzbuch zur Sozialen Pflegeversicherung die Angehörigen in die erste Reihe – und eben nicht eine professionelle medizinisch-pflegerisch-therapeutische Infrastruktur. Welche Folgen hat das?

Ich kritisiere das SGB XI seit längerem grundsätzlich auf der System- und Strukturebene. Da steht zwar Pflege auf dem Titel, aber es meint nicht die berufliche Pflege, die unter einem solchen Titel erwartet wird. Das Bild, das die Pflegeversicherung prägt, ist in den Männerrunden der Politik in den 1990er Jahren entstanden. Irgendeine Frau bleibt schon zuhause – an diesem Gedanken ist die ganze Gesetzgebung ausgerichtet. Die Pflegeversicherung nach dem SGB XI ist eine Hilfeleistung, gedacht als Unterstützung pflegender Angehöriger – also meistens Frauen. Die Pflegeversicherung ist nicht ein gesetzlicher Rahmen, um eine bedarfsangemessene, professionelle pflegerische Versorgung von Menschen zu bezahlen. Bezahlt wird, was in australischen Studien als basale Hilfeleistung beschrieben wird, das Notwendigste, nicht mehr. Die berufliche Fachpflege ist aber weit mehr als nur basale Hilfeleistung, doch das wird in Deutschland nach knapp 30 Jahren Finanzierung der Angehörigenpflege ohne Refinanzierung pflegfachlicher Aufgaben nicht mehr gesehen. Würde der Pflegeberuf als professioneller Heilberuf gesehen, wäre er im aktuellen Gesundheitssystem dem Wert entsprechend verankert. Das ist er aber genauso wenig wie in vielen anderen Gremien. In der Struktur des G-BA haben weder Pflegefachpersonen noch Therapeutinnen und Therapeuten anderer Gesundheitsberufe einen festen Platz mit

Antrags- und Mitberatungsrecht. Wenn wir uns das System ansehen, das modern im Sinne von Berufsgruppen auf Augenhöhe versorgen will, und dann aber sehen, dass Pflegefachpersonen zwar ausgebildet werden, um ihre berufliche Qualifikation nachzuweisen, aber dann im System überhaupt nicht systemrelevant verankert sind und dementsprechend auch nicht gemäß ihres Berufes arbeiten können, dann hat das „Wollen“ der Politik mit dem „Können“ der Pflege nichts zu tun. Damit sich Wollen und Können nachhaltig ergänzen, bräuchte es vor allem bei den Entscheidungsträgern ein zeitgemäßes Verständnis des Pflegeberufes und der interprofessionellen Systemausrichtung.

Hat die Politik, die mit Reformvorschlägen versucht, den beschriebenen Zustand zu heilen, den Systemfehler wirklich verstanden? Eigentlich finden wir den Fehler in einem anderen Sozialgesetzbuch, dem SGB V, das durchdrungen ist vom Arztvorbehalt. Das Sozialgesetzbuch, das fast alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zusammenfasst, regelt präzise, dass für eine versicherte Person im Krankheitsfall die gesetzliche Krankenkasse den Arztbesuch bezahlt, das ärztlich verordnete Medikament, die Diagnose und Operation durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, die ärztlich verordnete Pflege und die ärztlich verordnete Physiotherapie. Die ärztliche Leistung wird bezahlt, die Pflege ist ein Kostenfaktor. Also nochmal: versteht die Politik den Systemfehler?

Wir bemerken in der aktuellen Debatte um die Krankenhausreform, dass die Politik wirklich glaubt, die vorhandenen gesetzlichen Regelungen finanzieren professionelle Pflege. Der Bundesgesundheitsminister sagt: Wir müssen die Level 1i Häuser so ausrichten, damit wir die Pflegeberufe nicht verlieren im Level 1i. Das zeigt mir, dass die politisch Verantwortlichen wirklich glauben, dass sie im SGB XI pflegerische Versorgung finanzieren.

Und weil das so ist, ist es auch kein Wunder, dass die Pflegeberufe in Deutschland in diesem desolaten Zustand sind. Das SGB XI mit seinem Versorgungsprofil

hat uns in eine beispiellose Deprofessionalisierung des Pflegeberufs in Deutschland geführt, denn mit dem SGB XI wird das Kompetenzprofil der beruflich Pflegenden auf die Stufe mit den pflegenden Angehörigen gestellt, entweder Pflegegeld oder Pflegedienst bzw. wenn die Mutter oder Tochter es nicht alleine schafft, kommt der Pflegedienst dazu. Der fatale Satz „Pflegen kann jeder“ prägt das reduzierte öffentliche Bild der beruflichen Fachpflege. Dazu beigetragen hat das SGB XI, das im Kern darauf setzt, dass zunächst Angehörige die Pflege im häuslichen Umfeld in Eigenleistung übernehmen. Hierbei handelt es sich aber um basale Unterstützungshilfe beim Essen, Waschen, Ankleiden und Hauswirtschaft. Könnte „jeder pflegen“, wofür bräuchten wir dann überhaupt eine Berufsausbildung?

Beruflich Pflegenden können ihre in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen schon nicht nach dem SGB XI adäquat einsetzen, weil das SGB XI nur Grundpflege finanziert. Eine weitere Beschneidung der Kompetenz kommt durch das SGB V mit dem Arztvorbehalt. Bestens ausgebildete Pflegeprofis werden an der Ausübung ihres Berufes gehindert. Denn über die Notwendigkeit einer pflegerischen Unterstützung im Therapieverlauf entscheidet niemals die Pflegefachperson, sondern ein Arzt ambulant als auch stationär. Die berufliche Pflege in Deutschland ist für die politischen Entscheidungsträger keine relevante Profession in der Gesundheitsversorgung, wenn diese Rahmenbedingungen bestehen.

Diese wirkmächtige Vermengung und Gleichsetzung der beruflichen Fachpflege mit der Angehörigenpflege – so schreiben es die Autorinnen und Autoren des Care Share 13 Papiers – führt zu drei problematischen Zuständen. Ich zitiere aus dem Positionspapier: Erstens zur Deprofessionalisierung der Fachpflege, zweitens zur dauerhaften Überforderung der pflegenden Angehörigen und drittens zum Rückzug der Kommunen aus der Altenpflege. Reden wir über die Gruppe, die feststellt und es deutlich ausspricht: „Pflegeversicherung gemäß SGB XI ist im Sinne eines systematischen Neuansatzes nicht reformierbar und nicht zukunftsfähig.“ Wer ist da

zusammengekommen unter dem Dach des, des Instituts Pflege, Altern und Gesundheit?

Das IPAG e.V. war kurz vor der Corona Pandemie ursprünglich als Institut gedacht, das an eine Hochschule in Berlin angebunden werden sollte, was dann aber so nicht realisiert werden konnte. Melanie Philip von den Pflegepionieren hat dann einen zweiten Anlauf genommen und im Versorgungssystem Engagierte und Interessierte neu zusammengebracht. Im Kern haben wir im Expertenrat Menschen versammelt, die es gewohnt sind, out-of-the-box zu denken – deren Denken auch nicht an den Grenzen der Sozialgesetzbücher halt macht. Wir haben einfache Fragen gestellt: Warum ist unser Pflegesystem so rückwärts-gewandt? Warum werden Pflegeberufe nicht in das System integriert? Was ist der Grund dafür, dass Pflegeberufe keine eigene Versorgung durchführen? Was hat in anderen Ländern dazu geführt, dass Pflegeberufe an der Gesundheitsversorgung teilhaben können? In Deutschland müssen wir an Gesetzen arbeiten, die im Grunde der Reichsversicherungsordnung entstammen. Bismarck wollte die Revolte verhindern und Arbeitskraft sichern. Deshalb wurde der Arzt als Entscheider über gesund und krank die Leitfigur im deutschen Gesundheitssystem, getragen durch die sich entwickelnde Schulmedizin. Es sind ja viele Dinge parallel zur Professionalisierung der Medizin gelaufen, die sich zunächst im ambulanten Bereich entwickelte erst viel später im Krankenhaus. In den 1920er Jahren sind Selbstverwaltungen, eingeführt worden, die das System geprägt haben – und damit wurde entschieden, wer gestaltend dabei war, nämlich nur Berufsgruppen, die über Selbstverwaltungsorgane vertreten waren. In steuerfinanzierten Ländern mit regionaler Versorgungsorganisation wurden andere Berufe schon früh in das System integriert wie vor allen in den sogenannten Beveridge-Systemen wie Großbritannien und Skandinavien. Wenn man versteht, wie ein System strukturell aufgesetzt ist und funktioniert, aus welchen politischen Traditionen die Zusammenhänge aufgebaut sind, dann erklären sich vergangene

»Ohne das Engagement von Angehörigen und von Pflegekräften aus dem Ausland würde das Pflegesystem hierzulande kollabieren.«

Entwicklungen. Im Mindset des deutschen Systems, in dem auch Politikerinnen und Politiker gefangen sind, sehen wir: Die stecken alle noch um 1900 fest, denn statt interprofessioneller rechtsstruktureller Verankerung bleibt der Arzt die zentrale Organisationsfigur. Und erschwerend hinzu kommt die krude Konstruktion des SGB XI unter dem Titel „Pflegeversicherung“. Es wird eben noch immer nicht verstanden, dass das SGB XI mit limitierten Leistungen den Ersatz der Angehörigenpflege regelt. Also Waschen und alles, was nach dem Rahmenvertrag gezahlt wird. Das ist nicht Pflege im professionellen Sinne. Wenn das Pflege wäre, müssten wir ganz schnell auf den Pflegeberuf als Ausbildungsberuf verzichten.

In diesem Jahr schließt der erste Jahrgang die generalisierte Pflegeausbildung ab. Die Generalistik bereitet Ihnen als Wissenschaftlerin von Anbeginn der Debatte Kopfzerbrechen. Wie ist die Studienlage? Bilden die Studien ab, dass der Pflegeberuf attraktiver werden kann?

Wenn man sich international nach den Pflegequalifikationen umschaute und dies mit der generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland vergleicht, weiß man: Dadurch wird der Beruf nicht attraktiver. Denn es ist international so, dass Pflege ein Studiengang ist, ein professioneller Beruf, in dem Aufgaben autonom umgesetzt werden. Das macht Pflege attraktiv. Auch die behauptete Absicht, in der generalistischen Ausbildung die Altenpflege anspruchsvoller zu machen, bleibt aus. Die Studien weisen nach, dass gerontologische Pflege unter der Generalistik leidet. Einige Studien der 10er Jahre zeigen uns das: In der Generalistik muss man Inhalte kappen und das geschieht häufig an Lehrinhalten der gerontologischen Pflege. Die pädiatrische Pflege leidet genauso, aber auch die Gesundheits- und Krankenpflege kann nicht mehr alle Lehrinhalte unterbringen, die notwendig wären. Das ist nicht nur ein Problem des Curriculums. Ich konnte in Studien nachweisen, dass weniger Interessierte in der Altenpflege ankommen

CARE SHARE 13:

Leistungen der beruflichen Fachpflege abbilden

Ein Expertenrat des Instituts für Pflege, Altern und Gesundheit e.V. (IPAG e.V.) hat ein Konzeptpapier vorgelegt „für ein zeitgemäßes Gesundheitssystem“. Das Konzept Care Share 13 zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung menschenzentriert, interprofessionell und regional auszurichten.

Kernelement ist dabei ein neu zu schaffendes Sozialgesetzbuch 13 (SGB XIII), in dem die Gesundheitsversorgungsleistungen der bestehenden Sozialgesetzbücher im Sinne der „modernen, integriert-interprofessionellen Care Share Versorgung barrierefrei, evidenzbasiert und unter Berücksichtigung neuer Vergütungsmixe zusammengeführt“ werden.

Zusätzlich sollen über neue moderne Berufsgesetze erstmals die Leistungen der beruflichen Fachpflege abgebildet und kodifiziert werden.

Die Verwirklichung des Care Share Gesundheitssystems erfordere eine „tiefgreifende Transformation“. Bestehende, „mächtige“ Rechtsregeln seien aufzugeben und ein zukunftsorientiertes, bürokratisch barrierefreies Gesundheitsrecht zu entwickeln.

werden, weil das Krankenhaus den interessanteren Aufgabenbereich hat und deshalb der attraktivere Arbeitsplatz ist.

Mit dieser Studienlage aus den 10er Jahren sind Sie dann 2012 gegen die Wand gelaufen, bei dem Versuch, im Ministerium den Unterschied zwischen Altenpflege und Krankenhausversorgung zu erklären. Wie war das?

Ich habe an einem simplen Beispiel diesen Unterschied erklärt und zwar in dem Bereich, in dem ich mich am besten auskenne, der Neurochirurgie. Und der hochbezahlte Ministerialbeamte antwortete mir: „Frau Hasseler, das muss eine Krankenschwester nicht wissen.“ Und als ich fragte, warum dies eine Pflegefachkraft nicht wissen müsse, kam die Antwort: „Das macht der Arzt.“

Wenn wir uns in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern umsehen, sehen wir schnell, wie es anders gehen kann. Welche Qualifikation braucht Pflege?

International sind die Gesundheitssysteme einen anderen Weg gegangen: Ein Studium als primärqualifizierende Ausbildung in der Pflege, das im Gesundheitssystem integriert ist und den Absolventen autonomes Arbeiten erlaubt. Es gibt keine berufliche Pflegeausbildung mehr in den meisten Ländern. Vielfach gibt es die Pflegeassistenz oder so eine Art Pflegehelfer, die aber den akademisierten Pflegeberufen nachgestellt sind. Wenn ich darüber mit Politikerinnen und Politikern in Deutschland rede, wenden die ein: aber wir brauchen doch die Masse. Damit meinen sie einfach, sie brauchen Menschen, die irgendwie arbeiten in diesem Bereich aber die nichts können müssen und nicht mitdenken müssen. Es will in diesem Land nicht verstanden werden, dass man den Pflegeberuf damit abwertet, und das aus einem einfachen Grund: Man will dieses alte System in Deutschland erhalten, das mit keiner Reform zu reformieren ist, die nicht die Systemtekttonik vor allem des SGB V und SGB XI betrifft. Und es ist interessant, dass wir, wenn wir dies feststellen, betonen müssen: Wir machen jetzt keine

Arztschelte.

Das Care Share 13 Papier setzt an dem strategischen Gedanken der Finanzierung an und stellt die Frage: Wie sind die Leistungsanreize gesetzt? Weshalb markiert das den Unterschied zwischen dem deutschen und den internationalen Systemen?

Jedes System hat seine Geschichte und auch seine heutigen Herausforderungen damit. Das deutsche System ist strukturell und prozessual auf den Arzt fixiert und das bildet sich auch in den Vergütungsstrukturen ab. Der Arzt erlöst, die Pflege kostet – die Auswirkung im Krankenhaus kennen wir. Da die Fachpflege in Deutschland keine Kodiersprache hat, wie es in anderen Ländern mit NANDA, NIC, NOC etc. üblich ist, können die fachpflegerischen Leistungen auch nicht adäquat erfasst und abgebildet werden und finden somit auch keinen adäquaten Eingang in die Entgeltsysteme. Pflegepersonalschlüssel als auch Unter- und Obergrenzen bleiben immer Schattenboxen, solange der Wissens- und Leistungskörper der Fachpflege nicht datengestützt erfasst und weder leistungsrechtlich noch honorartechnisch konkret bewertet werden kann. Vor diesem Hintergrund ist es egal, ob wir über Beitrags- oder Steuerfinanzierung sprechen, solange wir gar nicht wissen, wer die Fachpflege eigentlich ist und was sie macht. In anderen Ländern hat die Fachpflege ein Berufs- und Leistungsrecht, in Deutschland nicht.

Die Interprofessionalität ist ein wesentliches strategisches Ziel des Care Share 13 Papiers. Warum ist das insbesondere für einige Funktionäre der Ärzteschaft sofort ein Angriff auf die eigene Zunft?

Im Grunde finanzieren wir in Deutschland die Diagnostik und Krankheitstherapie. Der für die Patienten und Patientinnen gesamte Versorgungsprozess interessiert bei dieser Sichtweise nicht und wird auch nicht adäquat vergütet. Die ärztliche Leistung ist eine auf Pathogenese gerichtete: der notwendige Reparaturingriff. Wie dann die Patientinnen und Patienten wieder auf die Beine kommen bzw. wie vor allem chronisch Kranke über Jahre und Jahrzehnte mit ihrer Erkrankung und daraus resultierenden Funktionseinschränkungen leben können, ist Aufgabe der sogenannten „nicht-ärztlichen“ Heilberufe, die salutogenetisch arbeiten. Unser Gesundheitssystem ist auf dem salutogenetischen Auge blind, solange es arztzentriert bleibt. Wir wissen gar nicht genau, was die Bedarfe der

WEITERLESEN

„Nur Treibsand im Gesundheitssystem. Die berufliche Pflege braucht eine institutionelle Verankerung.“

In: WIRKSAM – Das Magazin zur Pflege 01/2023, S. 26–29
Von Annemarie Fajardo mit Sonja Laag,
Prof. Dr. Martina Hasseler, Janine Müller-Dodt

Gesundheitsversorgung sind. Neben vielen anderen Dingen, die ich mache, erstelle ich auch Gutachten für Sozialgerichte. Und wenn ich dann die Entlassungsberichte der Ärztinnen und Ärzte lese, denke ich: nice to know, was interessiert mich die 35. Diagnose, wenn ich nicht weiß, welcher Versorgungsbedarf sich daraus ergibt. Wenn Patienten aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen werden, könnte ich bei Hausbesuchen so viel entdecken, um den Bedarf zu formulieren, wenn ich das dürfte. Darf ich aber nicht. In unserem System muss ich erst zu einem Arzt gehen, der sagt: Die Häusliche Krankenpflege sieht dies und das nicht vor, Gesundheitsförderung auch nicht, dann schau'n wir mal, ob wir was verordnen können. In diesem System befinden wir uns. Wir haben ja auch keine Bedarfsplanung der Pflege, sondern nur eine Bedarfsplanung für die Ärzte. Auch deshalb können wir Menschen im wohnortnahen Bereich nicht bedarfsgemessen versorgen, weil alle nicht ärztlichen Berufe regional gar nicht geplant werden, auch nicht die Pflege als Basisversorgung. Eigentlich bräuchten wir ein Tandem vor Ort aus Ärzten und Pflegefachpersonen, um gemeinsam wohnortnah die Versorgung tatsächlich umsetzen zu können. Diese Tandemlösung wäre auch eine gute Lösung, um sektorenübergreifend an die tatsächlichen Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung zu denken und nicht nur daran zu denken, was kann noch abgerechnet werden und was muss man dafür diagnostizieren, damit die Menschen Leistungen bekommen. Pflegedienste sagen immer häufiger, SGB V-HKP-Pflege lohnt sich nicht mehr, wir bieten nur noch SGB XI-Pflege an. Das ist kalte Rationierung. Mit Care Share 13 haben wir die strategischen Auswege identifiziert und ein nachhaltiges Zukunftsbild eines neuen Systemtyps der Gesundheitsversorgung gezeichnet. ■



Martina Hasseler
@MartinaHasseler (X/Twitter)



Stefan B. Lummer
@derLummer (X/Twitter)

PERSONALMANGEL IN DER PFLEGE

NOTSITUATION ODER NORMALITÄT?

Von Sara Klinkebiel, Politik und Kommunikation

Der Personalmangel in der Pflege ist zu einer besorgniserregenden Normalität geworden und wird sich in Zukunft noch verschärfen. Die aktuelle Situation zeigt, dass trotz 1,7 Millionen Beschäftigten in der Pflege bereits heute Pflegefachkräfte knapp sind. Die demografische Entwicklung erfordert einen gesamtgesellschaftlichen Kraftakt mit innovativen Versorgungsstrukturen, in denen Profitgier, schlechte und krankmachende Arbeitsbedingungen keinen Platz mehr haben. Kooperative Maßnahmen mit gesamtgesellschaftlicher Verantwortung sind jetzt gefragt, mit dem Ziel, attraktive Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu schaffen und die pflegerische Versorgung für die Zukunft fit zu machen.



© Joos Mind/The Image Bank/Getty Images

Die demografische Entwicklung ist ein gemeinschaftlicher Kraftakt. Eine alternde Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, bei der Profitgier und untergeordnete Führsorgepflicht keinen Platz haben. Eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung besteht derzeit jedoch nicht. Und ein kooperatives Zusammenwirken von Medien, Unternehmen, Versicherungen, Zivilgesellschaft, Pflegepersonal und Politik ist derzeit nicht zu erkennen. Das Pflegepersonal fühlt sich stattdessen allein gelassen und ist auf der Suche nach Möglichkeiten, den Pflegeberuf trotz der Herausforderungen auszuüben und seinen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Dies führt zu hohen Arbeitsunfähigkeitsraten und einer Abwanderung in Teilzeit, Frühverrentung und Leiharbeitsunternehmen. Attraktive Arbeitsbedingungen und berufliche Erfüllung sind in der Pflege eher die Ausnahme.

Darüber hinaus ist die mediale Berichterstattung über die Pflege oft negativ und verstärkt das Problem zusätzlich. Es gibt zwar einige positive Berichte, aber das negative Bild überwiegt. Es ist wichtig, auch Lösungen und positive Aspekte in der Pflege zu präsentieren, um das Image der Pflege zu verbessern und den Beruf attraktiver zu gestalten.

AKTUELLE SITUATION

Derzeit arbeiten 1,7 Millionen Menschen in der Pflege, aber die Anzahl der pflegebedürftigen Personen steigt stetig, was bereits heute zu einem Mangel an Pflegefachkräften führt.

Das Pflegepersonal fühlt sich allein gelassen mit dem demographischen Wandel, was zu Überforderung, einem hohen Krankenstand und Abwanderung führt.

Eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung fehlt.

Die mediale Berichterstattung über die Pflege verstärkt das negative Bild zusätzlich, nur vereinzelt wird über Lichtblicke berichtet.

Die Situation des Pflegepersonals, wie sie in den Zahlen dargestellt wird, ist besorgniserregend und verdeutlicht die dringende Notwendigkeit, in der Pflegepolitik Maßnahmen zu ergreifen.

Hier sind einige zentrale Punkte, die aus den Zahlen hervorgehen:

- **Workforce:** Neben den 1,7 Millionen beruflich tätigen Menschen in der Pflege, gehören auch die unzähligen pflegenden Angehörigen (exakte Zahl unbekannt – informeller Sektor) zur Pflege(personal)politik.
- **Pflegepersonalmangel:** Es gibt bereits heute einen akuten Mangel an Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften. Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und Spezialisten bleiben im Bundesdurchschnitt 212 Tage unbesetzt und zeigten für das Jahr 2020: 13.235 unbesetzte Stellen für Pflegefachkräfte und 7.039 unbesetzte Stellen für Pflegehilfskräfte.
- **Gehaltsentwicklung:** Löhne und Gehälter steigen an in der Pflege, seit 2012 um 41 % (Vgl. Gesamtwirtschaft 22 %)
- **Teilzeitsektor:** Die hohe Teilzeitquote von 65 % zeigt, dass weniger Vollzeitkräfte als Teilzeitkräfte in der Pflege beschäftigt sind.
- **Krankenstände:** Die Krankenstände in der Pflege sind überdurchschnittlich hoch, insbesondere psychische und Muskel-Skelett-Erkrankungen treten dabei auf.
- **Herausforderungen für Pflegehilfspersonal:** Pflegehilfspersonen scheinen besonders von den Belastungen betroffen zu sein, was sich in kürzeren Verbleibdauern im Beruf und höheren Krankenständen zeigt.

Die Zahlen sprechen für sich: 1,7 Millionen Personen arbeiten derzeit in der Pflege, hinzukommen einige Millionen pflegende Angehörige (informeller Sektor – exakte Zahl unbekannt), die sich tagtäglich für die Versorgung von Pflegebedürftigen einsetzen. Bereits heute fehlt jedoch Pflege(fach)personal. Eine amtliche Angabe zur Zahl aller nicht besetzten Stellen in den Pflegeberufen liegt nur eingeschränkt vor. Die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Stand: 2020) gibt allerdings Einblicke zu den Engpässen in der Pflege: 47 % der gemeldeten Stellen in der Altenpflege richteten sich an Fachkräfte (13.235 Stellen); 53 % an Personen mit Helferqualifikation (7.039 Stellen). Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und Spezialisten sind demnach im Bundesdurchschnitt 212 Tage unbesetzt.

Bei der aktuellen Entwicklung der Löhne und Gehälter in der Pflege zeigt sich ein positiver Trend. Von 2012 bis 2021 sind die Gehälter um 41 % gestiegen. Der Anstieg der Gehälter zeigt sich ebenfalls bei den Pflegehilfskräften. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, wo der Anstieg des Lohnniveaus bei 22 % im Durchschnitt liegt, sieht die Gehaltsentwicklung in der Pflege deutlich besser aus. Zudem ist und bleibt die Pflege weiterhin ein Teilzeitsektor. Die Teilzeitquote von 65 % in der Pflege ist überdurchschnittlich hoch im Vergleich zu anderen Berufszweigen.

Zudem zeigen die Krankenstände in der Pflege, dass es so nicht mehr weitergehen kann und Veränderungen in der Arbeitssituation angegangen werden müssen. Aus dem BKK Gesundheitsreport 2022 „Pflegefall Pflege?“ vom BKK Dachverband geht hervor, von welchen Erkrankungen das Pflegepersonal überwiegend betroffen ist und in welchem Ausmaß im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die den bestehenden Personalmangel zusätzlich verschärfen, fallen wegen psychischer und Muskel-Skelett-Erkrankungen (klass. Rückenschmerzen) an. Nicht verwunderlich angesichts berufstypischer Tätigkeiten wie schweres Heben, Zeitmangel und herausfordernden sozialen Interaktionen. Somit weisen Pflegekräfte nicht



GESUNDHEITSREPORT
2022

www.bkk-dachverband.de

nur insgesamt, sondern vor allem wegen psychischer und Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als die Beschäftigten insgesamt auf – und das seit Jahren. Ein besonderer Fokus ist dabei auf das Pflegehilfspersonal zu legen. Die Pflegehilfspersonen weisen ein deutlich kürzeres Verbleiben im Beruf, einen höheren Belastungsgrad, sowie Krankenstand und einen größeren Anteil an vorzeitiger Berufsunfähigkeit auf. Zudem weisen höhere Schulabschlüsse bei den Pflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, auf einen sukzessiven Rückgang der Fehltage hin. So bestehen vielfältige Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand des Pflegepersonals, der durch bessere Arbeits- und Rahmenbedingungen optimiert werden kann. Überdurchschnittliche Fehlzeiten in den Pflegeberufen sind schließlich nicht einfach hinzunehmen, die Fürsorgepflicht der Institutionen sollte im Blick behalten werden.

Ein aktueller Dauerbrenner und sehr emotional geführtes Thema ist die Leiharbeit in der Pflege. Diese bietet dem Pflegepersonal flexiblere Arbeitszeiten, mehr Selbstbestimmung und höhere Löhne. Leiharbeit, die sonst eher dafür verpönt ist, schlechtere Arbeitsbedingungen zu bieten, platziert in der Pflege bessere Arbeitsbedingungen. Allerdings sind trotz der guten Arbeitsbedingungen und höheren Löhne insgesamt nur 2,4 % in der Leiharbeit tätig. In anderen Berufszweigen wie bspw. in der Lagerwirtschaft sind es 28,4 %. Somit fällt die Leiharbeit in der Pflege eher gering aus und bildet ein Nischendasein. Auch die regionalen Unterschiede sollten in der Pflegeleiharbeit näher betrachtet

werden. Vermehrt ist diese in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg, sowie in den Metropolregionen – Berlin und Hamburg – vertreten. (Quellen: Zeitarbeitnehmer bei Krankenpflegekräften 2021 | Statista). Bei der Bewertung der Leiharbeit in der Pflege ist zudem zu berücksichtigen, dass die Leiharbeit hier ein wichtiges Instrument zur Unterstützung bei kurzzeitigen Personalengpässen ist. Zudem nimmt es aufgrund der attraktiven Arbeitsbedingungen Personal auf, das sonst gänzlich der Pflege nicht mehr zur Verfügung stehen würde. Das Pflegepersonal in der Leiharbeit kann so für die Pflege erhalten bleiben und wechselt nicht zu anderen Berufsbranchen, die bessere finanzielle Konditionen, flexiblere Arbeitszeiten und variierende Arbeitsumgebungen bieten. Die Bedürfnisse des Personals von heute sind vielfältig und sollten in der Pflege mehr denn je berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite sind die Einsätze von Leiharbeitskräften aufgrund der Einarbeitungszeiten nicht immer effizient, was wiederum eine zusätzliche Belastung für das Stammpersonal darstellt und Einbußen bei der Pflege- und Versorgungsqualität zu Beginn des Einsatzes darstellt. Auch die Refinanzierung der Leiharbeit inkl. Vergütung von Agenturen ist bedenklich und geht auf Kosten anderweitiger Einsparmaßnahmen. Darüber hinaus sind die bereits angegangenen Maßnahmen zur Rückführung des Einsatzes von Leiharbeit (Regelungen im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)) in ihrer Wirkung zu überprüfen und ggf. nachzujustieren. Hierzu zählen die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen inkl. Vermittlungsentgelte (§ 82c SGB XI) sowie Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 SGB XI). Eine Übersicht zur Bewertung des BKK Dachverbandes zur Leiharbeit bietet die Box auf Seite 24.

BEWERTUNG DES BKK DACHVERBANDES ZUR LEIHARBEIT IN DER PFLEGE

- Die Leiharbeit in der Pflege ist relativ gering im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen
- Bessere Arbeitsbedingungen in der Leiharbeitspflege: Rahmenbedingungen für den individuellen Einsatz sowie Dienste können meist selbst bestimmt werden; zudem warten höhere Vergütung sowie flexiblere Arbeitszeiten
- Die Maßnahmen zur Rückführung des Einsatzes von Leiharbeit (PUEG-Regelungen) sind in ihrer Wirkung zu überprüfen und ggf. nachzujustieren: Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen inkl. Vermittlungsentgelte (§ 82c SGB XI); Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 SGB XI)
- Leiharbeit in der Pflege unterstützt bei kurzzeitigen Personalengpässen



- Mehr Leiharbeit in der Pflege in den alten Bundesländern
- Arbeitsbedingungen für die Stammebelegschaft sind attraktiver zu gestalten inkl. Kompetenzerweiterungen auf internationalem Niveau



- Einsätze von Leiharbeitskräften sind nicht immer effizient: Einarbeitungszeit; zusätzliche Belastung des Stammpersonals; Einbußen bei der Pflege- und Versorgungsqualität zu Beginn des Einsatzes
- Die Refinanzierung der Leiharbeit
- Überwiegend negative mediale Berichterstattung

FAKTEN ZUR PFLEGEAUSBILDUNG:

- Die Zahl der Berufstätigen in der Pflege hat sich seit 1999 fast verdoppelt, aber die Neuzugänge sind seit 2022 erstmals rückläufig.
- Der erste Jahrgang wird im Laufe des Jahres 2023 die generalisierte Pflegeausbildung abschließen (Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) von 2017) – Spannend bleibt die Evaluation dieses Jahrgangs und wo seine Absolventen und Absolventinnen beruflich tätig sein werden.
- Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) soll mehr junge Menschen für eine hochschulische Ausbildung gewinnen. Der Erfolg des Gesetzes steht und fällt jedoch mit mehr Kompetenzen in der Praxis auf internationalem Niveau und mit einer gesamtgesellschaftlichen finanziellen Tragfähigkeit.

Insgesamt ist die Pflege ein Wachstumssektor. Seit 1999 hat sich die Anzahl der Berufstätigen in der Pflege fast verdoppelt (95 %) und steigt weiter an. Insgesamt scheinen

jedoch die Neuzugänge in der Pflegeausbildung von 2021 zu 2022 rückläufig zu sein. Nach vorläufigen Ergebnissen sollen es rund 4000 weniger Neuverträge sein. Davon hatten 52 300 Auszubildende im Jahr 2022 einen Vertrag zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann unterschrieben. Gegenüber dem Vorjahr waren das 7 % oder 4000 weniger neu abgeschlossene Ausbildungsverträge (2021: 56 300 Neuverträge). Dabei bestehen deutliche regionale Schwankungen: Die höchsten Rückläufe der Pflegeauszubildende bestehen in Hamburg (-16 %), Hessen (-15 %) und Mecklenburg-Vorpommern (-13 %). Dagegen bestehen die niedrigsten Rückläufe der Neuzugänge in der Pflege in Sachsen (-2 %). Zudem bleibt der Ausbildungsberuf weiterhin überwiegend weiblich mit einer Quote von 75 %. (Destatis – Presse 2022 Weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022 – Statistisches Bundesamt (destatis.de))

Dabei ist in der Ausbildung von Pflegefachkräften bereits seit einiger Zeit einiges im Wandel. Aber die Frage, die dabei aufkommt, ist: Ist es der Wandel in die richtige Richtung – in eine Zukunft ohne Pflegepersonal-mangel? Zum 1. Januar 2020 wurde bereits die Ausbildung in den bundesrechtlich geregelten Pflegeberufen mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) von 2017 vollständig reformiert. Die Intention des Pflegeberufereformgesetzes ist es, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und so dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen. Seitdem ist in Deutschland eine generalistische Pflegeausbildung möglich. Die bis dahin getrennten Ausbildungen in den Berufen Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in sowie Altenpfleger/-in wurden zum Berufsbild Pflegefachfrau/-mann zusammengeführt. Der erste Jahrgang wird im Laufe des Jahres 2023 nach dem Pflegeberufegesetz die generalisierte Pflegeausbildung abschließen und eine berufliche Tätigkeit beginnen. Eine Evaluation dieses Jahrgangs würde spannende Einblicke bieten inkl. des beruflichen Verbleibes.

Noch in diesem Jahr soll das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) verabschiedet werden, mit dem mehr junge Menschen für eine hochschulische Ausbildung gewonnen werden sollen. Dazu hat die Bundesregierung am 24. Mai 2023 den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz) beschlossen. Das Ziel des Gesetzes – mehr junge Leute

für eine hochschulische Ausbildung in der Pflege zu gewinnen – wird vom BKK Dachverband ausdrücklich begrüßt. Der Erfolg dieses Gesetzes steht und fällt jedoch zum einen mit mehr Kompetenzen in der Praxis auf internationalem Niveau und zum anderen mit der gesamtgesellschaftlichen finanziellen Tragfähigkeit. Beides fehlt derzeit im Gesetzesentwurf – hier gilt es auf den letzten Metern nachzusteuern.

Aber wie geht es denn nun weiter mit dem Personalmangel? Welche Lösungsansätze bestehen bereits? Da der Fachkräftebedarf aufgrund des demographischen Wandels weiterhin ansteigen wird, haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bereits 2018 die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen und Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Kranken- und Altenpflege in fünf Arbeitsgruppen (AG) vereinbart, die von den beteiligten Akteuren fortlaufend umgesetzt werden: AG 1: Ausbildung und Qualifizierung; AG 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung; AG 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung; AG 4: Pflegekräfte aus dem Ausland; AG 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege. Neueste Ergebnisse dazu wurden am 12. Mai 2023 vom Bundesministerium für Gesundheit in der Studie „Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“ veröffentlicht. Darin enthalten sind zahlreiche Stellschrauben, die in der Praxis festzudrehen sind, um den Pflegearbeitsplatz mit Zukunft zur Verfügung zu stellen. Dazu müssen die Lösungen breit in die Praxis überführt, gesetzlich verankert und überprüft werden.

Ein weiteres spannendes Projekt aus der Konzertierten Aktion Pflege ist das GAP-Pilotprojekt. Hierbei wurden bereits 2019 praxisorientierte Leitfäden zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege entwickelt – mit dem Ziel, stationäre und ambulante Langzeitpflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen, ihre Arbeitsbedingungen nachweislich zu verbessern. Die Ergebnisse sprachen für sich, sodass das Projekt im Januar 2021



**BROSCHÜRE
PFLEGearbeitsplatz
MIT ZUKUNFT**

BEWERTUNG DES BKK DACHVERBANDES ZUM PFLEGESTUDIUMSTÄRKUNGSGESETZ (PFLSTUDSTG)



- Das Ziel, mehr (junge) Menschen für eine hochschulische Ausbildung zu gewinnen, wird vom BKK Dachverband ausdrücklich begrüßt.



- Es ist eine Schärfung des praktischen "Mehrerts" einer hochschulischen Pflegeausbildung umzusetzen, indem ärztliche Tätigkeiten auf Pflegekräfte übertragen werden. Im Rahmen der hochschulischen Ausbildung müssen zwei standardisierte Module der Fachkommission nach § 53 PflBG (Pflegeberufegesetz) erworben werden, die erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben vermitteln. Ein positiver Nebeneffekt dabei ist, dass die Modellprojekte nach § 64d SGB V (bisherige Teilnehmenden Quote = 0 %) endlich existieren.
- Das pflegerische Kompetenzprofil muss das internationale Niveau erreichen. Dafür ist es notwendig, ein Berufsgesetz für Advanced Practice Nursing (APN) zu erlassen, um beruflich Pflegenden das nächsthöhere Qualifikationsniveau zu ermöglichen. Dies soll durch ein klinisches Masterstudium erreicht werden, das ein Kompetenzprofil auf internationalem Niveau vermittelt.
- Strukturelle Voraussetzungen für primärqualifizierende Studiengänge mithilfe eines "Masterplan Pflegewissenschaft" etablieren: Dieser Plan sieht vor, dass Bund und Länder pflegewissenschaftliche Fakultäten an Universitäten stärker etablieren, um sie bereits während des Studiums eng mit der akademischen Ausbildung zukünftiger Medizinerinnen und Mediziner zu verzahnen. Ziel ist es, von Anfang an eine teambasierte Versorgungskultur zu realisieren.
- Die finanzielle Verantwortung für die Pflegeausbildung ist zweifelsfrei eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung. Die avisierten finanziellen und personellen Mittel müssen dabei wirksam und gezielt eingesetzt werden. Die Bundesländer sowie die Unternehmen sind finanziell in die Verantwortung zu nehmen.



- Die Finanzierungsausrichtung zur hochschulischen Pflegeausbildung darf nicht zulasten der Pflegebedürftigen gehen: Sie sind schließlich über die Ausbildungsumlage in den Eigenanteilen direkt betroffen. Besonders Pflegebedürftige, die in der ambulanten Pflege versorgt werden, sind benachteiligt, da für sie kein Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Eigenanteilen gemäß § 43 C SGB XI (Sozialgesetzbuch XI) vorgesehen ist.

bundesweit ausgerollt wurde. Bis Ende 2024 sollen mindestens 750 ambulante oder stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen teilnehmen. Bislang nehmen knapp 400 Einrichtungen teil. Um das Ziel zu erreichen sind Informationskampagnen notwendig. In dem Pilotprojekt wurden die am häufigsten vorkommenden Problemfelder in Pflegeeinrichtungen erfasst. Dazu gehören die Dienstplanerstellung, die Personalgewinnung und die Mitarbeiterkommunikation. Das GAP-Pilotprojekt konnte zu den Problemfeldern bereits positive Erfolge feiern: ... endlich verlässliche Monatsdienstpläne – vor der Projektumsetzung musste teilweise von Tag zu Tag geplant werden; eine effizientere Team- und Tourenplanung, bei der auch sogenannte „Joker“ als Springer feste Bestandteile sind; Mitarbeitende der Sozialstation koordinieren ihre Kunden direkt – ohne Zwischenschritte mit der Verwaltung; die Digitalisierung der Planung durch Kommunikation der Planungssoftware zum Diensthandy hilft den Mitarbeitenden nun dabei, immer den Überblick zu behalten ...

Ein weiterer wichtiger Schritt ist das positive Image der Pflege. Erfolge in der Pflege müssen präsenter kommuniziert werden, sodass sich die Attraktivität des Pflegeberufs in den Köpfen der Gesellschaft nachhaltig verändert und Unterstützung zur Normalität wird. Denn der demographische Wandel geht uns alle an. Medien und BZgA (Nach Gründung: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit) haben hierbei den Hut auf und können sich bei bereits aktiven Unternehmen anschauen, wie das geht.

LÖSUNGSANSÄTZE

1. Mehr gesamtgesellschaftliche Unterstützung und Einbindung der Zivilgesellschaft, um das Pflegepersonal inkl. pflegender Angehöriger mit dem demografischen Wandel nicht allein zu lassen.
2. Strukturiertes und kooperatives Vorgehen, um den Personalmangel in der Pflege koordiniert anzugehen – dazu ist eine steuernde Einheit zur Stärkung der Care-Workforce zu gründen.
3. Umsetzung, gesetzliche Verankerung und Überprüfung der Maßnahmen aus der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP).
4. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen stärken, insbesondere für Pflegehilfspersonen.
5. Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz.
6. Stärkere Integration der Digitalisierung in den Pflegealltag.
7. Bessere Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals entsprechend ihrer Kompetenzen, inklusive Kompetenzerweiterung auf internationalem Niveau (Master: Advance Practice Nurses).
8. Bedarfsplanung Pflege ohne Kontrahierungszwang, um Personalressourcen gezielt einzusetzen.
9. Erhebung aktueller und repräsentativer Längsschnittdaten über das Pflegepersonal und deren Verbleib. Hier ist eine nationale Pflegekohorte (zusammengesetzt aus Führungskräften und beruflich Pflegenden) ggf. in Kombination mit der NAKO Gesundheitsstudie anzugehen. Ziel sollte ein Überblick zur Beschäftigungsverteilung nach Settings, zu Grundqualifikationen, Zusatzqualifikationen und ggf. Studienabschlüssen sein. Realisiert werden könnte dies durch eine inhaltliche Erweiterung des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Abs. 8 SGB V bspw. in dem durch etwaige Ziffern ein Zahlencode hinterlegt wird, aus welchem die spezifische Qualifikation hervorgeht.
10. Stärkung des positiven Images der Pflege durch gezielte Kommunikation von Erfolgen und positiven Aspekten – Medien und BZgA (Nach Gründung: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit) haben hierbei den Hut auf.

FAZIT

Der Personalmangel in der Pflege erfordert eine kooperative Herangehensweise und die Umsetzung von Lösungsansätzen in der Praxis. Es ist wichtig, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen weiterhin zu gewährleisten. Ein gemeinschaftliches Engagement aller Akteurinnen und Akteure ist entscheidend, um die Zukunft des Pflegepersonals inkl. pflegender Angehöriger nachhaltig zu verbessern. ■



BKK KUNDENREPORT 2023

QUALITÄTSTRANSparenz MACHT DEN UNTERSCHIED

Von Stefan B. Lummer

Zum zweiten Mal haben die Betriebskrankenkassen ihre Versicherten dazu befragt, wie sie den Service, die Kommunikation und die Versorgungsangebote ihrer Kasse bewerten. Die Fragestellung erlaubt nicht nur, die Qualitätswahrnehmung der BKK Versicherten in der Gesamtheit, sondern auch auf der prozessualen Ebene zu verstehen. So können wir Optimierungspotenziale in Teilprozessen sichtbar machen. Noch bleibt das deutsche Gesundheitssystem entkoppelt vom digitalen Alltag der Menschen, die ihre Bankgeschäfte, Tischreservierungen im Restaurant oder Einkäufe online erledigen. Aber mit elektronischer Übermittlung der Krankschreibung und dem eRezept nutzen die Versicherten digitale Möglichkeiten und wollen – angetrieben durch die Pandemie – weit mehr Anliegen digital erledigen. Sie sind auch bereit, zu diesem Zweck viel mehr persönliche Daten mit ihrer Krankenkasse zu teilen. Der Rollenwechsel hin zu einer Krankenkasse, die Digital Healthcare ebenso gut kann wie innovative Vernetzung, ist vorgezeichnet: aktive Gestalter, die bessere Medizin anbieten wollen und können. Und Netzwerker, die gesellschaftlichen Wandel erkennen und relevante Themen aufgreifen.



© Westend61/Westend61/Getty Images

Eine klare Mehrheit der Versicherten will in Zukunft vorrangig digital mit ihrer Kasse kommunizieren. Dies gilt aber nur für einfache Vorgänge, also etwa Rechnungen oder Krankschreibungen übermitteln. Wird es komplexer, dann ist der persönliche Kontakt wichtig: Wie geht es weiter nach der Entlassung aus dem Krankenhaus? Kann eine Reha nahtlos anschließen? Welche Patientenschulungen gibt es bei chronischen Krankheiten, wie Diabetes, Asthma oder der gelenkerstörenden Arthrose? Bei Beratung und fachkundiger Erklärung wollen Menschen mit Menschen zu tun haben.

Das Telefon oder sogar das Gespräch in der Krankenkassenfiliale schlägt dann klar App und chatbot. Kranke wissen den guten Draht zu ihrer Kasse zu schätzen, die persönliche Beraterin oder Berater, jemand, der sich auskennt und dem man vertraut. Der BKK Kundenreport, der auch in diesem Jahr das Erleben Versicherter mit ihren Krankenkassen abbildet,

» Menschen wollen mit Menschen zu tun haben. «

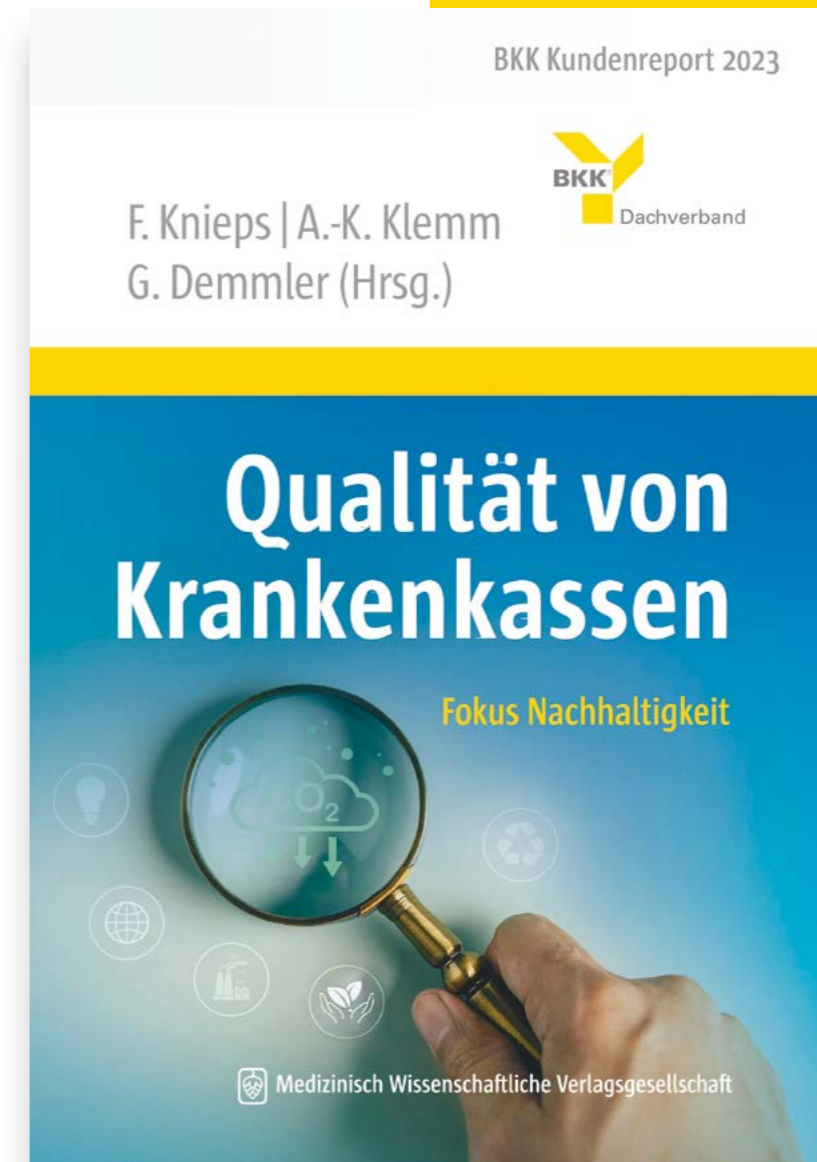
zeigt: Die fühlen sich bestens aufgehoben beim persönlichen Gespräch über Therapieoptionen, Vorsorgeuntersuchungen oder attraktive Zuschüsse für Präventionsprogramme.

Die Qualitätsdimensionen im Gesundheitsreport entsprechen den für Versicherte erleb-
baren Prozessen in der Krankenversicherung, also: Service, Versorgungsgestaltung und
Leistungsbereitschaft.

Wir werden im Herbst bei der Präsentation des Kundenreports 2023 spannende Fragen
zur strategischen Weiterentwicklung der Betriebskrankenkassen beantworten. Nur eine
davon: Erwarteten die Versicherten, dass ihre Kasse Einfluss auf Umfang und Qualität von
regionalen Versorgungsstrukturen nimmt?

Die Ergebnisse der aktuellen Befragung zeigen: Versicherte wünschen sich nicht nur, dass
ihre Anliegen bestmöglich gelöst werden, sie wünschen sich von ihrer Kasse sehr klar
einen Rollenwechsel, den Wandel vom reinen Bezahler hin zum Kümmerer und Lotsen,
der Orientierung im Gesundheitssystem bietet, aber eben auch Gesundheitsleistungen
organisiert und vernetzt.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland soll patientenzentrierter, transparenter und
nachhaltiger werden. Zum Mega-Trend-Thema der wohl größten gesamtgesellschaftlichen
Herausforderung, der sich auch das System der Gesetzlichen Krankenversicherung stellen
muss, hat der grüne Bundestagsabgeordnete Johannes Wagner eine klare Position zu Kli-
ma und Gesundheit mit uns geteilt. Der Kinderarzt aus Oberfranken, der für Coburg und
Kronach ins Parlament gewählt wurde, sieht das Gesundheitswesen als Mitverursacher
der Klimakrise, aber ebenso die mächtigen Hebel, die wir gemeinsam anpacken müssen,
um etwas zu ändern. Rund 6,2 Prozent der deutschen Kohlendioxid-Emissionen entste-
hen im Gesundheitssystem: entlang der Lieferketten, im OP oder auch durch Kranken-
hausessen, das nicht nachhaltig ist. Wir dokumentieren in dieser Magazin-Ausgabe die
Antworten von Johannes Wagner zur Frage, welchen konkreten Beitrag die GKV leisten
muss, um ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem zu gestalten.



BKK KUNDENREPORT 2023

Der Kundenreport 2023 wird am 16. Oktober 2023
in einer Pressekonferenz des BKK Dachverbandes
vorgestellt. Die drei Herausgeber Vorstandsvor-
sitzender Franz Knieps, Vorstandin Anne-Kathrin
Klemm und die Vorstandin der SBK, Dr. Gertrud
Demmler, werden spannende Ergebnisse zur stra-
tégischen Weiterentwicklung der Betriebskranken-
kassen präsentieren.



© Grüne im Bundestag, S. Kaminski

INTERVIEW

NACHHALTIGKEIT IN DIE SOZIALGESETZBÜCHER!

Johannes Wagner

Mitglied des deutschen Bundestages
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Auf einer Skala 1–10: Wo ordnen Sie das Engagement im Gesundheitswesen ein, um Klimaneutralität zu erreichen und durch welche beispielhaften Ansätze könnte der Skalenwert erhöht werden?

Ob Ärzt:innen, Pflegende oder Apotheker:innen: Ich habe mich im letzten Jahr mit vielen Akteur:innen im Gesundheitswesen ausgetauscht, die engagiert an der Klimaneutralität des Gesundheitswesens arbeiten. Diese Menschen verdienen klar eine 10 von 10.

Gut ist vor allem, dass sich so viele unterschiedliche Akteur:innen hier einbringen. Denn es kann an so vielen Stellschrauben gedreht werden: seien es Solarzellen auf den Dächern von Krankenhäusern, Dienstfahräder für die Mitarbeiter:innen und selbst das korrekte Mülltrennen in den Arztpraxen.

Die größten Stellschrauben sind natürlich solche, bei denen es auch politischen Handlungsbedarf gibt: bspw. bei einem Lieferkettengesetz, das auch den Pharmasektor vermehrt in den Blick nimmt. Oder auch bei Investitionen bei den besonders energieintensiven Krankenhäusern. Hier haben wir auf Bundesebene nur bedingt Handlungsoptionen, da Investitionskosten von Krankenhäusern bei den Ländern liegen. Denkbar wäre trotzdem ein gemeinsamer Fonds von Bund und Ländern, um Krankenhäuser auf dem Weg zu erneuerbaren Energien und vor allem einem geringeren Energieverbrauch zu unterstützen. Diese Prozesse anzustoßen ist nicht einfach – hier gilt es, Möglichkeitsfenster zu nutzen wie bspw. die Krankenhausreform.

Ich bin zuversichtlich, dass das Thema an Fahrt gewinnt: So hat sich der Bundesgesundheitsminister im Rahmen der G7 einem klimaneutralen Gesundheitssektor verpflichtet. Mir persönlich ist 2050 allerdings viel zu spät. Deswegen vergebe ich der Politik eher eine 5 von 10 – bin aber hoffnungsvoll, weil sich in diesem Bereich gerade viel tut.

» Ein nachhaltiges Gesundheitswesen bedeutet nicht nur ökologische Nachhaltigkeit. Eine nachhaltige Personalpolitik muss Kern der kommenden Gesundheitsreformen werden.«

Wie sieht nach ihren Vorstellungen ein nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem aus? Welchen konkreten Beitrag leistet dabei die GKV schon heute bzw. muss sie noch leisten?

Unser Gesundheitssystem ist zugleich Mitverursacher und Leidtragender der Klimakrise. Mitverursacher, weil 6,2 % der deutschen CO₂-Emissionen hier entstehen. Leidtragender, weil die Klimakrise schon jetzt gravierende gesundheitliche Folgen mit sich bringt: von Allergien über Tropenkrankheiten bis hin zu hitzebedingten Erkrankungen und Todesfällen. Gleichzeitig sind klimabedingte Hitzetage eine Belastung für alle Patient:innen wie Mitarbeiter:innen. Deswegen brauchen wir nicht nur ein klimaneutrales, sondern auch ein klimaresilientes Gesundheitssystem. Glücklicherweise geht beides oft Hand in Hand: Ein gut isoliertes Pflegeheim spart Energie und schützt die Bewohner:innen gleichzeitig vor Hitze.

Wenn wir über ein nachhaltiges Gesundheitswesen sprechen, sprechen wir nicht nur über ökologische Nachhaltigkeit. Dass fast die Hälfte unseres medizinischen Personals permanent kurz vorm Kündigung steht, ist das Gegenteil von nachhaltig. Deshalb müssen wir eine nachhaltige Personalpolitik zum Kern der kommenden Gesundheitsreformen machen.

Die GKV leistet auf verschiedenen Ebenen einen wichtigen Beitrag. Der „Klimapakt Gesundheit“ ist dafür nur eines von vielen Beispielen. Für mich als Berichterstatter für Prävention sowie Klima & Gesundheit ist besonders wichtig: Programme der Krankenkassen in den Versorgungsstrukturen zu integrieren, die sich positiv auf Menschen und Klima auswirken. Zum Beispiel, wenn es um ausgewogene Ernährung oder aktive Mobilität geht. Hierbei entstehen zusätzliche Vorteile, sogenannte „Co-Benefits“ – eine Maßnahme kann gleichzeitig gut für die Gesundheit und für Umwelt und Klima sein. Ein generelles Problem bei Präventionsmaßnahmen ist, dass meist nicht diejenigen erreicht werden, die es am meisten benötigen. Hier würde ich mir zukünftig einen besonderen Fokus der Krankenkassen wünschen.

Was beinhaltet ihrer Ansicht nach ein auf Klima und Gesundheit angepasster Leistungskatalog im SGB V und SGB XI?

Nachhaltigkeit in die Sozialgesetzbücher aufzunehmen, halte ich für einen wichtigen Schritt. Aus diesem Grund habe ich bereits eine Anfrage an den wissenschaftlichen Dienst des Bundestags gestellt, deren Ergebnisse auch öffentlich zugänglich sind.

Was daraus und aus Gesprächen mit den zuständigen Ministerien deutlich wurde: erstens, zurzeit besteht noch kein Konsens, die Sozialgesetzbücher zu ändern. Zweitens ist auch die genaue Ausgestaltung des angepassten Leistungskatalogs noch nicht klar.

Deswegen setze ich mich derzeit dafür ein, dass wir eine mögliche juristische Ausgestaltung prüfen und vor allem die notwendigen Mehrheiten für eine solche Änderung bekommen. ■

GESUNDHEITSREPORT 2023

GESUNDER START INS BERUFSLEBEN

Interview mit Katja Hain, Leiterin Ausbildung und Nachwuchsgruppe, Deutsche Bank und Marcus Henkenjohann, Bereichsleiter Vertrieb und Kommunikation von der BKK der Deutschen Bank

Die 47. Ausgabe des Gesundheitsreports wird bereits mit Neugier und Spannung erwartet. Denn er enthält umfangreiche Informationen zu über 9 Millionen BKK Versicherten – also aus allen Betriebskrankenkassen. Die Zielgruppe sind vor allem Personen aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, die Krankenkassen, aber auch das Gesundheitswesen, Medien und Verbände sowie weitere Interessierte. Die diesjährige Ausgabe widmet sich im Schwerpunkt dem Thema: **Gesunder Start ins Berufsleben**. Wir konnten dazu bereits im Vorfeld ein Interview mit Katja Hain, Leiterin Ausbildung und Nachwuchsgruppen von der Deutschen Bank führen, sie berichtet uns, welche Sichtweisen auf die Arbeitswelt die jüngeren Generationen vertreten, wie die Deutsche Bank sich um diese Zielgruppen bemüht und wie ein gesundes Arbeiten bei der Deutschen Bank aussehen kann. Zudem konnten wir Marcus Henkenjohann, Bereichsleiter Vertrieb und Kommunikation von der Betriebskrankenkasse der Deutschen Bank zu der Fragestellung interviewen, welche Kompetenzen Mitarbeitende brauchen, um in einer sich wandelnden Arbeitswelt dauerhaft produktiv und auch gesund zu arbeiten.



Liebe Frau Hain, herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, unseren Versicherten einige Ausblicke auf das Schwerpunktthema des BKK Gesundheitsreports 2023 zu geben. Welche Erwartungen haben derzeit Berufsanfängerinnen und -anfänger an ihre Arbeit?

Katja Hain: Wir haben tatsächlich zum ersten Mal die Situation, dass auf dem Arbeitsmarkt vier verschiedene Arbeitnehmergenerationen (Baby Boomer, Generation X, Generationen Y und Z) gleichzeitig vertreten sind. Sie unterscheiden sich deutlich in ihren Interessen, Werten und Anforderungen im Hinblick auf Arbeitgeber und Führungskräfte. Diese Aspekte sind sowohl für die Gewinnung als auch für die Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern relevant. So zeigte eine Studie von Universum (ein weltweit führendes Unternehmen im Bereich Employer Branding und Teil der StepStone Gruppe), dass die befragten 38.619 Menschen im Alter von 16 bis 39 Jahren viel Wert auf ein hohes Einkommen und ein kompetitives Grundgehalt legen. Sie wünschen sich eine Vielfältigkeit bei den zu bearbeitenden Aufgaben, professionelle Trainings- und Weiterentwicklungsmaßnahmen, Flexibilität und eine gute Work-Life-Balance mit der Möglichkeit, mittelfristig Führungsverantwortung zu übernehmen.

» Zum ersten Mal sind auf dem Arbeitsmarkt vier verschiedene Arbeitnehmergenerationen gleichzeitig vertreten: Baby Boomer, Generation X, Generationen Y und Z.«

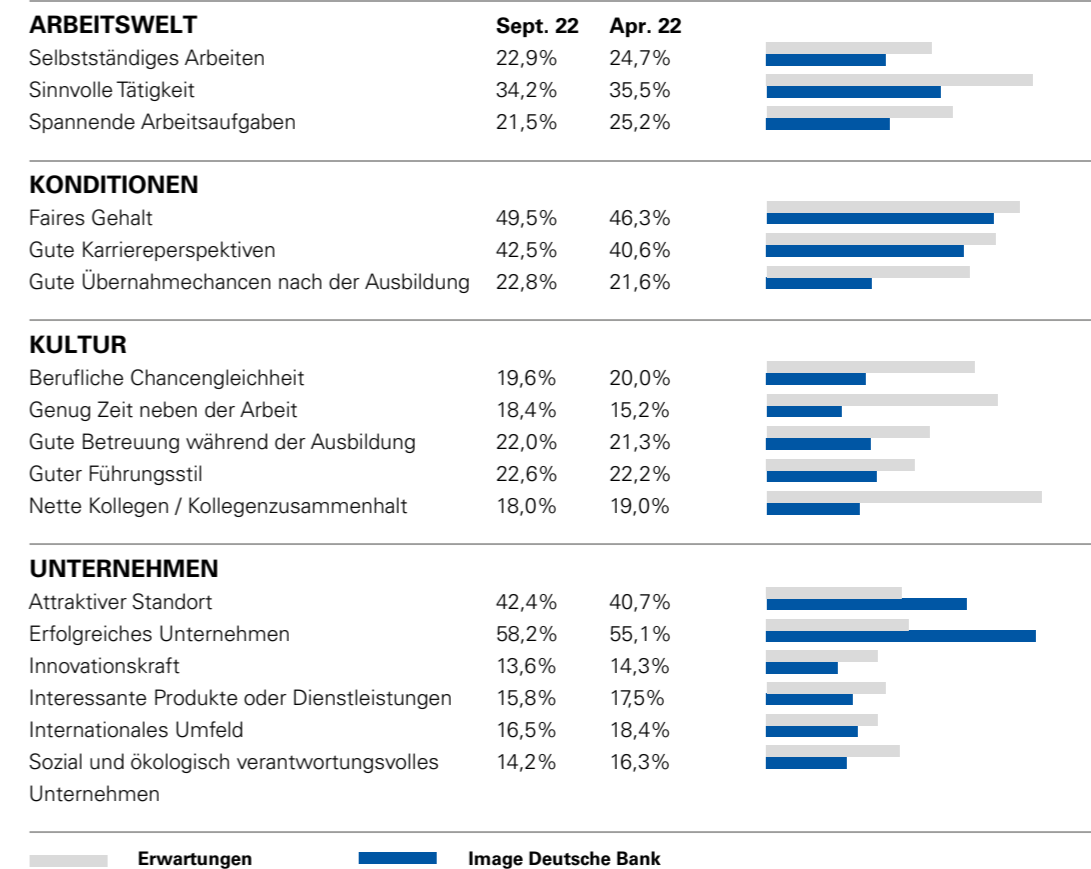
Sind diese Erwartungen anders als bei der Generation davor?

Katja Hain: Ja, bei einigen Punkten unterscheiden sich die Gruppen. Die Generation Y (1980–1994) befindet sich in der Lebensphase der Erwerbstätigen, sie hat eine grundsätzlich optimistische Grundhaltung, verfügt über eine digitale Affinität sowie eine hohe Mitarbeiterloyalität und Leistungsbereitschaft. Sie präferiert eine Work-Life-Balance, ein flexibles Arbeiten, steht für Teamwork und Weiterentwicklung und bevorzugt flache Hierarchien und eine agile Führung.

Die Generation Z, (1995–2010) als sozusagen ‚jüngste‘ Generation, befindet sich hingegen in der Lebensphase des Berufseinstiegs. Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppe studieren oder sind in einer Ausbildung und in der Sozialisationsphase. Sie zeigen ein besonderes Selbstbewusstsein, die Familie ist ihr Stabilitätsanker, sie nutzen Medien als persönliche Identitätskonstruktion und zeigen eine geringere Mitarbeiterloyalität. Ihre Präferenzen im Berufsleben sind Work-Life-Separation, Selbstverwirklichung und berufliche Entwicklung. Die Generation Z möchte Familie und Beruf vereinbaren, ein gutes Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten und wünscht sich Struktur im Berufsalltag. Die hohe Affinität für die Digitalisierung ist bei beiden Generationen gegeben.

Wie man erkennen kann, gibt es unterschiedliche Erwartungen an die Arbeitswelt. Wir als Arbeitgeber müssen uns diesen Gegebenheiten anpassen und die Veränderungen dieser Erwartungen mittragen und unterstützen.

Erwartungen Zielgruppe vs. Image Deutsche Bank



Wobei kann denn die Arbeitswelt diesen Erwartungen entsprechen bzw. wo nicht?

Katja Hain: Zunächst können wir mit Hilfe der „Trendence Schülerstudie 2022“ die Erwartungen in vier Bereiche unterteilen und ins Verhältnis zur Deutschen Bank und unserem Recruiting setzen.

In dem Bereich der Arbeitswelt erfüllen wir vor allen Dingen die Kriterien „selbstständiges Arbeiten“ und „spannende Aufgaben“.

Im Bereich der Arbeitsbedingungen können wir an dem Punkt der Übernahmechance nach der Ausbildung noch arbeiten. Dafür steht die Deutsche Bank für gute Karrierechancen und ein sehr faires Gehalt.

Aus dem Bereich der Arbeitskultur geht hervor, dass viele Punkte wie z. B. ein guter Führungsstil und gute Betreuung in der Ausbildung erfüllt sind. An den Punkten Diversity und Chancengleichheit wird seit Jahren gearbeitet – mit gutem Erfolg. Sie bleiben auch zukünftig relevant.

Der Bereich Unternehmen entspricht den Erwartungen: Die Deutsche Bank ist ein erfolgreiches Unternehmen mit vielen Standortmöglichkeiten. Wir bieten viele interessante Produkte und Dienstleistungen an, bedienen ein internationales Umfeld und agieren außerdem auch sozial und ökologisch.

- » Die Perspektiven nach der Ausbildung spielen eine große Rolle. Wir zeigen potenziellen Talenten sehr genau, welche Stärken und Entwicklungschancen das Unternehmen bietet.«

Was kann die Deutsche Bank den Talenten bieten, um diese zu akquirieren und dauerhaft an sich zu binden?

Katja Hain: Heutzutage brauchen wir echte Entscheidungshelfer und nicht nur authentische Stellenanzeigen. Wir müssen mit guten Argumenten zeigen können, dass unser Unternehmen für die Auszubildenden eine sehr gute Wahl ist. Die Perspektiven nach der Ausbildung spielen da eine große Rolle. Wir zeigen den potenziellen Talenten sehr genau, welche Stärken und Entwicklungschancen wir als Unternehmen bieten. So agieren wir frühzeitig mit authentischen Einblicken auf verschiedenen Kanälen und präsentieren unsere Berufe detailliert. Die Schülerinnen und Schüler treffen nicht nur die Entscheidung für einen Beruf, sondern wählen auch den richtigen Arbeitgeber. Wir beziehen unsere Auszubildenden mit ein in die Weiterentwicklung unserer Ausbildungsprogramme und auch in Bereichen wie faire Bezahlung und Unterstützung in der Ausbildung. Ihre Meinung ist uns wichtig, denn sie können den entscheidenden Unterschied machen.

Kommen wir zu einem anderen Thema, das ebenfalls im BKK Gesundheitsreport 2023 ausführlich dargestellt wird. Welche Kompetenzen brauchen Mitarbeitende in einer sich wandelnden Arbeitswelt, um dauerhaft produktiv, aber auch gesund zu arbeiten? Welche Rahmenbedingungen müssen dafür von Politik und Unternehmen geschaffen werden?

Marcus Henkenjohann: Zu dem Thema Politik können wir uns nicht äußern, allerdings können wir sagen, dass wir als Unternehmen sehr stark im Bereich der Gesundheit aktiv sind. Uns ist bewusst, dass nur psychisch und physisch gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat gut und gesund arbeiten können. Das Spektrum der Angebote ist sehr groß und reicht von der Arbeitssicherheit über Fitness, Sportangebote, unsere Jahresgesundheitskampagne und jährliche Gripeschutzimpfungen.

Hinzu kommt ein weiterer wichtiger Ansatz. Wir Menschen haben grundsätzlich drei Bedürfnisse, die uns erfüllen bzw. zufriedenstellen. Das ist einmal das Bedürfnis nach Stimulus (körperliche & geistige Anreize), das Bedürfnis nach Stroke (Anerkennung) und das Bedürfnis nach Struktur (Vermeidung von Langeweile). Wenn diese drei Bedürfnisse erfüllt sind, fühlen wir uns wohl. Diese Punkte kann man auch selber beeinflussen, man kann sich selber Anreize suchen, sich selber loben und für sich selber eine Struktur erarbeiten.

Die Deutsche Bank bietet ein hybrides Arbeiten an, damit die Mitarbeitenden das Beste aus sich herausholen können. Wohlbefinden, Zusammenarbeit und Kreativität sind die zentralen Prioritäten, mit denen wir die Zukunft der Arbeit gestalten. ■

GESUNDHEITSDATEN

DAS RATESPIEL DER MEDIZIN BEENDEN

Von Manuela Osterloh, Leiterin Stabsstelle Kommunikation und Prävention beim BKK Landesverband Bayern

Der Bayerische BKK Tag 2023 hat den Spagat zwischen Datennutzung und Datenschutz im Gesundheitswesen thematisiert. Daten sind das Kapital des 21. Jahrhunderts, werden aber im Gesundheitswesen noch zu wenig genutzt. Welchen Wert haben Gesundheitsdaten für Prävention und Versorgung und wie kommen wir an sie heran? Kann künstliche Intelligenz die Gesundheitsversorgung verbessern? Diese und weitere Fragen waren Thema des Bayerischen BKK Tages, der am 13. Juli 2023 in München stattfand. Die Fachtagung wurde von Petra Bintl moderiert und war mit über hundert Teilnehmenden sehr gut besucht.



© BKK Landesverband Bayern

Dr. Ralf Langejürgen, Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern, eröffnet den BKK Tag

Täglich hinterlassen wir Daten in den weltweiten digitalen Netzwerken wie Suchmaschinen, Navigationshilfen, sozialen Medien, künstlichen Intelligenzen – die digitale Welt ist riesig. „Dr. Google ist für viele Patientinnen und Patienten längst zum Gesundheitsberater Nummer eins geworden. Symptome werden vor dem Arztbesuch gegoogelt, Diagnosen online recherchiert und Medikamente im Internet zu bestellen, ist gerade für die Jüngeren unter uns kein Problem mehr“, führt Dr. Ralf Langejürgen, seit Mai 2023 Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern, in die Fachtagung ein. Während viele Bürgerinnen und Bürger, so Langejürgen ihre Daten bedenkenlos digitalen Plattformen anvertrauen, gäbe es bei vielen Menschen hierzulande ein schwer erklärbares Misstrauen gegenüber offiziellen Datensammelstellen.

» Der Umgang mit Daten hat das Potenzial, dem Gesundheitswesen einen echten Schub zu geben. «

Klaus Holetschek

Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege

Gesundheitsdaten sind begehrt und wertvoll und können einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten. Global agierende Konzerne wie Amazon und Co, aber auch Finanzinvestoren entdecken den lukrativen Datenmarkt für sich. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die Hürden jedoch hoch, wie Langejürgen erläutert: „Die Krankenkassen verfügen über eine Vielzahl von Daten, können diese aber nur eingeschränkt nutzen. Rechtliche Vorbehalte und die Zurückhaltung der Versicherten schränken die Nutzung in Deutschland derzeit noch ein. In Dänemark und anderen Ländern sind die Vorbehalte geringer und der Umgang mit Gesundheitsdatenpools offener. Wir brauchen auch in Deutschland einen neuen, zukunftsfähigen Kompromiss zwischen Datensicherheit und Datennutzung.“

Ähnlich sieht es der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek, der in seinem digitalen Grußwort den Bundesgesetzgeber in die Pflicht nimmt: „Die Bundesregierung macht noch nicht genug. Die Datennutzung beispielsweise halte ich für zu wenig ambitioniert. Der Fokus liegt im bisher bekannten Gesetzentwurf auf dem Forschungsdatenzentrum und den Krebsregistern – aber es sollten weitere Datenquellen einbezogen werden. Der Umgang mit Daten hat das Potenzial, dem Gesundheitswesen einen echten Schub zu geben. Denn Daten können heilen und sind entscheidend für den Wissenschaftsstandort Deutschland.“

DEUTSCHLAND – LAND DER DATENINSELN?

Gesundheitsdaten gibt es im Überfluss, aber sie fristen in Deutschland meist ein Insel-dasein. Selbst in einem Krankenhaus entstehen von Station zu Station und von Zuständigkeitsbereich zu Zuständigkeitsbereich Datensilos, die regelmäßig die Arbeit erschweren und Potenziale für die Versorgung ungenutzt lassen, beklagt auch Dr. Anke Diehl, Chief Transformation Officer und Leiterin Stabsstelle Digitale Transformation der Universitätsmedizin in Essen. Diehl hat die digitale Transformation des Universitätsklinikums Essen maßgeblich vorangetrieben und sich neben vielen anderen Funktionen seit 2021 auch als Konsortialführerin des nordrhein-westfälischen Spitzenclusters SmartHospital.NRW einen Namen gemacht. 2021 wurde Diehl für ihre Expertise und Verdienste als Medizinerin des Jahres ausgezeichnet.

Datensilos müssen nicht sein. Am Universitätsklinikum Essen wurde beispielhaft ein Patient Dashboard entwickelt, das hilft, Untersuchungs- und andere Patientendaten zusammenzuführen: Neue Befunde oder Röntgenbilder werden automatisch in das jeweilige Dashboard eingespeist. Für Anke Diehl ist es zum Beispiel eine kleine Revolution, dass die mühsame Bildsuche entfällt, weil die zeitraubende Suche nach vorhandenen Befunden und Bildern nicht mehr nötig ist. Sie betont aber auch, dass die Nutzung von Gesundheitsdaten kein Selbstzweck sei, sondern immer am Mehrwert orientiert sein müsse. Im besten Fall sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die medizinische Seite, aber mindestens eine Seite muss von den Daten profitieren. Das Patient Dashboard am Universitätsklinikum Essen erfüllt diese Anforderung.

Damit die Digitalisierung ihren vollen Nutzen entfalten kann, ist für Diehl die enge Einbindung der Patientinnen und Patienten elementar: „Empathische Zukunftsmedizin ist mithilfe von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz, die uns die Steigbügel für die Umsetzung einer personalisierten Präzisionsmedizin halten, erreichbar. Eine personalisierte Medizin könnte viel stärker als bisher präventiv und auch prädiktiv wirken, so dass Erkrankungen schon vor Symptombeginn diagnostiziert und positiv beeinflusst werden könnten. Ganz wichtig ist es natürlich, hierbei den Patienten umfänglich zu beteiligen und eine partizipative, empathische Medizin anzubieten.“



© BKK Landesverband Bayern

Dr. Anke Diehl, Chief Transformation Officer und Leiterin Stabsstelle Digitale Transformation, Universitätsmedizin Essen nutzt die Digitalisierung für eine empathische Zukunftsmedizin

KANN MAN MIT DIGITALISIERUNG EMPHATISCH SEIN?

Dr. med. univ. Jama Nateqi, Mitbegründer und CEO von Symptoma.com, nutzt künstliche Intelligenz (KI) auch für seinen gleichnamigen digitalen Gesundheitsassistenten. Der Gesundheitsassistent führt Ratsuchende anhand von Fragen durch die Vielzahl möglicher Diagnosen. Im Prinzip eine klassische Gesprächsanamnese, wie sie auch in der Arztpraxis durchgeführt wird. Mit dem Unterschied, dass dem Fragestellenden nicht ein Mensch gegenüber sitzt, sondern das Internet mit dem gesammelten Know-how, auf das in Sekundenschnelle zurückgegriffen werden kann. Die Fragen zur Diagnosefindung werden auf Basis der vorherigen Antwort nach Wahrscheinlichkeitsregeln generiert. So kann sich die ratsuchende Person schrittweise an eine Diagnose herantasten.

Fehldiagnosen und-behandlungen seien nicht nur gefährlich für die Patientinnen und Patienten, sondern würden auch bis zu 30 Prozent der Gesundheitskosten verschlingen, erklärt Nateqi in seinem Vortrag: „Fehler sind menschlich, aber in der Medizin kosten sie Leben.“

Den Nutzen sieht Nateqi vor allem bei der Suche nach seltenen Krankheiten, wie er eindrucksvoll am Beispiel eines Dreijährigen mit einer extrem seltenen, aber schweren Autoimmunerkrankung zeigt. Der Junge hatte eine Odyssee von Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten hinter sich, bevor mit Hilfe der KI-Anwendung die Diagnose gefunden und eine lebensverändernde Therapie eingeleitet werden konnte. Dazu Nateqi: „Wir müssen das Ratespiel in der Medizin beenden. Wir brauchen ein Gesundheitswesen, das die Chancen der Digitalisierung und der KI nutzt und gleichzeitig die Würde des Menschen in den Vordergrund stellt. Nur so schaffen wir den nachhaltigen Sprung zur Präzisionsmedizin.“

PASST DER GESETZLICHE RAHMEN ZU DEN MÖGLICHKEITEN DER DIGITALISIERUNG?

Der Transformationsbedarf und-prozess der Digitalisierung erstreckt sich in der GKV auf alle Bereiche. Patientinnen und Patienten profitieren, weil Krankheiten zielgenauer diagnostiziert und behandelt werden können. Davon profitieren die Ärztinnen und Ärzte und die vielen im Gesundheitswesen Tätigen, weil sie mehr Zeit für die Menschen haben und zielgerichteter arbeiten können. Aber auch die GKV profitiert, weil digitale Prozesse helfen, die Verwaltung effizienter zu machen, weil zum Beispiel Anträge von Versicherten schneller bearbeitet werden können und damit der Behandlungsprozess im Sinne der Versicherten schneller eingeleitet werden kann, stellt Peter Flemming fest, Business Manager Data Science und Business Intelligence bei Bitmarck, einem Dienstleister für Krankenkassen.

» Wir müssen das Ratespiel
in der Medizin beenden.«

Dr. med. univ. Jama Nateqi

Mitbegründer und CEO von Symptoma.com

Die Digitalisierung produziere aber auch immer neue Daten und stelle deren Nutzung vor neue Herausforderungen. Flemming fordert, die Rahmenbedingungen für die Datennutzung und den Einsatz moderner KI-Technologien in der GKV zu schaffen und weiterzuentwickeln: „Daten sind die Zukunft der GKV: Sie bergen enorme Effizienzpotenziale, können die Versicherungszufriedenheit erhöhen und die gesamte Gesundheitsversorgung verbessern!“

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz soll dafür den Rahmen schaffen. So Flemming: „Die Datennutzung wird strategisch für die Krankenkassen wichtig werden.“ Dafür brauche es einen klaren gesetzlichen Rahmen.

WO LIEGT DEUTSCHLAND ZURÜCK?

Laut der Studie SmartHealthSystems der Bertelsmann Stiftung belegen wir bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich mit 16 anderen Nationen nur den vorletzten Platz. Dabei sind sich die Experten einig: Die Digitalisierung bringt viele Vorteile für die Menschen und macht das Gesundheitswesen effizienter und damit auch finanzierbarer. Was also hindert uns daran, die Vorteile zu nutzen? Diese Frage wird mit Gesundheitspolitikern und dem Bayerischen Datenschutzbeauftragten diskutiert.



Dr. med. univ. Jama Nateqi, Mitbegründer und CEO von Symptoma.com zeigt am Beispiel den Nutzen von KI auf

Maximilian Funke-Kaiser, Mitglied des Bundestages und digitalpolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, bringt es auf den Punkt: „Wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.“ Es sei enorm wichtig, dass wir auch in Deutschland endlich Fahrt aufnehmen, um den bestehenden digitalen Rückstand im Gesundheitswesen aufzuholen.

Unterstützung erhält Funke-Kaiser von Bernhard Seidenath, CSU, Landtagsabgeordneter und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege: „Israel und Dänemark machen es einfach. Wir entwickeln alles und nutzen es aber nicht.“ Dabei sieht Seidenath uns auch in Deutschland ethisch verpflichtet, die Nutzung von Digitaldaten im Gesundheitswesen möglich zu machen. Gute Ansätze sieht er im Gesetzesvorhaben der Bundesregierung. Seidenath ist dabei jedoch wichtig, dass Gesundheitsdaten auch für Public Health nutzbar werden: „Daten teilen heißt besser heilen!“

BREMSKLOTZ DATENMISSBRAUCH?

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, Prof. Dr. Thomas Petri, bremst die Begeisterung für die Datennutzung und verwies auf das Grundgesetz, Artikel 1, Absatz 1: Unantastbarkeit und Schutz der Menschenwürde. Im Einklang mit dem Grundgesetz sieht Petri daher personenbezogene medizinische Daten grundsätzlich als unantastbar an. Schließlich sei die Gefahr des Datenmissbrauchs zu groß.

Die viel diskutierte Opt-out-Lösung, etwa bei der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) oder beim Aufbau von Datenbanken und Registern für die Forschung, schließt er vor diesem Hintergrund aus. Aus datenschutzrechtlicher und verfassungsrechtlicher Sicht müsse es beim generellen Opt-In, also der aktiven Zustimmung zur Nutzung von Gesundheitsdaten, bleiben. Zudem, so Petri, müssten die derzeit laufenden Gesetzesinitiativen auf EU- und deutscher Ebene harmonisiert werden.

Stärkere Sanktionsmöglichkeiten bei Datenmissbrauch im Gesundheitswesen fordert auch Funke-Kaiser, der hier ebenfalls Vorbilder in Skandinavien sieht. Dort seien hohe Strafen bei Missbrauch gängige Praxis und keineswegs ein Kavaliersdelikt.

BRAUCHEN WIR EIN UMDENKEN?

Hierzulande haben vor allem gesunde Versicherte große Bedenken, ihre Gesundheitsdaten weiterzugeben. Anders sieht es bei chronisch Kranken oder Schwerkranken aus, die mit der Datennutzung auch Heilungschancen verbinden. Neben dem Recht auf Wissen gebe es auch ein Recht auf Nichtwissen, so der Konsens im Plenum.



V.l.n.r.: Bernhard Seidenath, Maximilian Funke-Kaiser, Dr. Anke Diehl, Dr. Ralf Langejürgen, Peter Flemming und Dr. med. univ. Jama Nateqi

Abschließend plädiert Langejürgen daher für einen Paradigmenwechsel bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Sinne eines positiven Rechts auf Nutzung von Gesundheitsdaten. Dazu sei eine bundeseinheitliche Linie für den Datenschutz im Gesundheitswesen notwendig. ■



MEHR

Video-Interviews mit den Hauptrednern und Fotos der Veranstaltung unter
<https://www.bkk-bayern.de/testimonials/bkk-tag-2023>

VITAQUIZ APP

GESUNDHEIT SPIELEND LERNEN

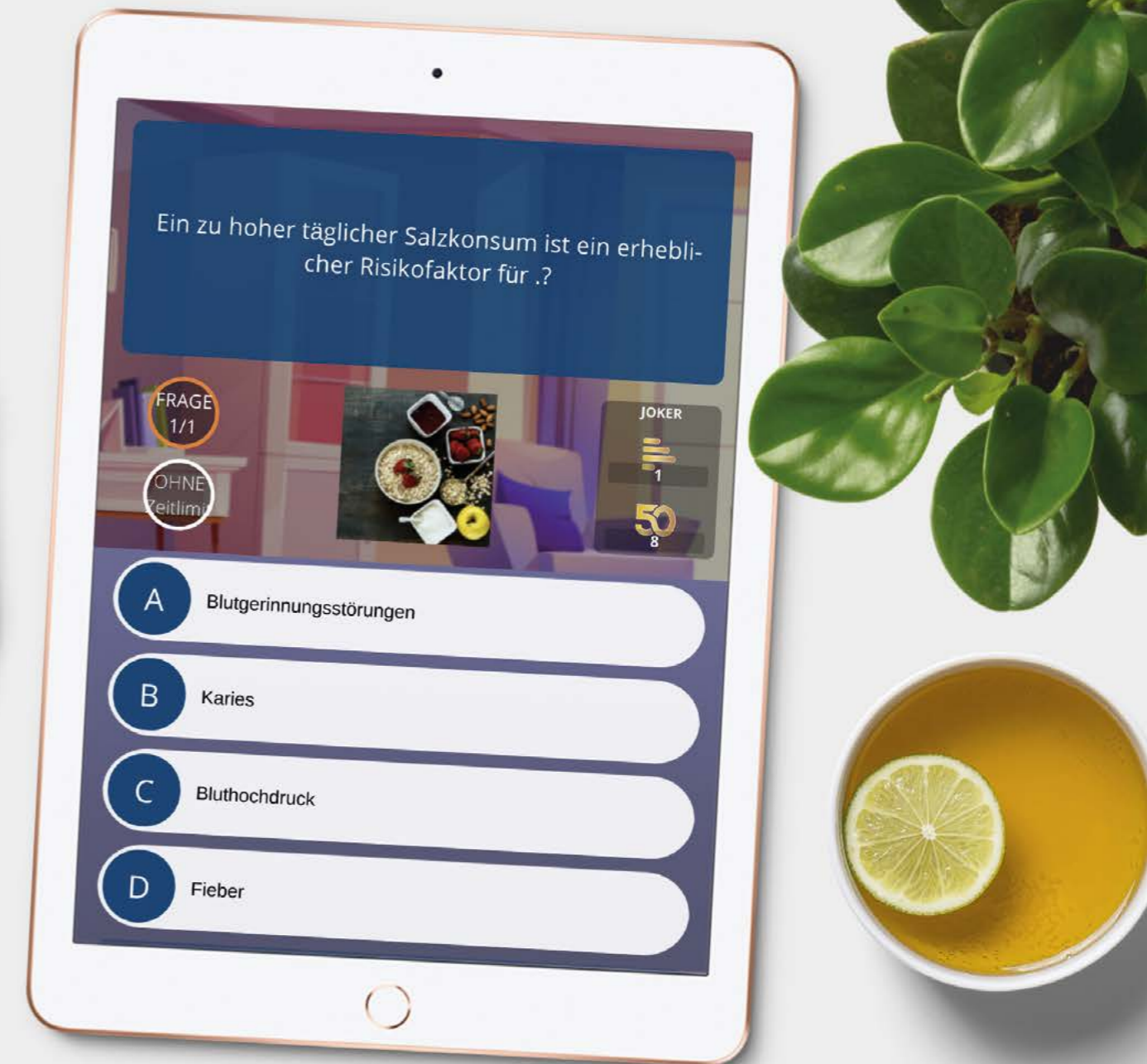
Interview mit Dr. Michael Hägele

Welche Ansätze und Impulse fördern Gesundheitskompetenz? Spielen – so die Idee für einen ganz anderen Zugang abseits der ausgetretenen Pfade gedruckter Broschüren. Wer seine Gesundheit zu seiner eigenen Sache machen will, findet auch digitale Angebote. Eines davon hat Dr. Michael Hägele mit seinem interdisziplinären Team entwickelt: die VitaQuiz-App. Eine digitale Unterstützung, die auf wissenschaftliche Evidenz der aktuellen Health Literacy Survey Germany baut, um Gesundheitskompetenz zu fördern.



VITAQUIZ APP ALS KOSTENLOSER DOWNLOAD

Die App ist bei Android und Apple in den Stores unter VitaQuiz erreichbar. Zum Spielen ist ein gültiger projekt- oder firmenspezifischer Einladungscode notwendig. Direktlinks gibt es auch auf www.vitaquiz.de



» Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten sieben Jahren verschlechtert. «

» Fast 60 Prozent sehen sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt. «

Wir haben uns daran gewöhnt, dass uns Apps daran erinnern, Wasser zu trinken. Jetzt sollen wir während einer Hitzewelle kühle Räume aufsuchen – auch daran erinnert uns eine App, die uns auch den Weg zum nächsten öffentlichen Trinkwasserbrunnen weist. Das ist Nudging, ein digitales Tool drängelt uns dahin, uns gesundheitsbewusst zu verhalten. Mit Dr. Michael Hägele haben wir über einen neuen Ansatz gesprochen, wie man Gesundheitskompetenz fördern kann. Das ist bitter nötig. Eine aktuelle Studie einer Forschergruppe um die Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Doris Schaeffer kommt zu dem Ergebnis: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten sieben Jahren verschlechtert. (siehe Kasten Seite 60). Wir wissen: Gesundheitskompetenz kann entscheidend dazu beitragen, Menschen dazu zu befähigen, gesunde Entscheidungen zu treffen, Krankheiten zu vermeiden und nachhaltige Veränderungen herbeizuführen. Die Wissenschaft sagt uns: Von den vier Schritten bei der Informationsverarbeitung (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) fällt der Bevölkerung in Deutschland die Beurteilung von Gesundheitsinformationen am schwersten: Fast drei Viertel der Menschen sieht sich bei der Einschätzung von Gesundheitsinformationen vor Probleme gestellt. Wer Entscheidungen für das eigene Gesundheitsverhalten oder das der Angehörigen zu treffen hat, muss die richtige Information ausfindig machen, sie einordnen und bewerten: Information über gesundheitsförderliche

Verhaltensweisen, Prävention von Krankheiten, über Krankheitssymptome, den Umgang mit Krankheiten, verlässliche Information über verfügbare Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten. Und die Antwort darauf soll ein Spiel sein?

Herr Dr. Hägele, Sie sind seit Jahren ein leidenschaftlicher Botschafter von #patientempowerment und haben jetzt ein interdisziplinäres Team zusammengestellt, um eine App zu entwickeln, die unsere Gesundheitskompetenz stärkt. Wer ist dabei?

Wir sind ein interdisziplinäres Team aus (Medizin)-Informatikern, Spieleentwicklerinnen, Mediengestaltern, Ärztinnen und Grafikern – das sind viele unterschiedliche Ausbildungen, Expertisen und Perspektiven, aber uns eint die Leidenschaft, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und den Usern der App echten erlebbaren Nutzen zu bieten.

Es gibt sie schon, die VitaQuiz App. Was war die Idee dahinter und was ist der neue Weg, um Gesundheitskompetenz zu verbessern?

Wir beobachten seit einigen Jahren, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland nicht besser wird. Dazu kommt, dass die Entscheider im Gesundheitssystem den Nutzen von Gesundheitskompetenz von Versicherten und Patienten nicht so sehr erkennen, dass sie wirklich entscheidende Schritte unternehmen, um dies deutlich zu verbessern. Wir sehen auch nicht den Willen, neue Wege zu gehen, abgesehen davon, Broschüren zu drucken, Webseiten aufzusetzen und Menschen ein schlechtes Gewissen zu machen. Deshalb

haben wir uns überlegt: Was würde uns dazu motivieren, Fragen zu unserer eigenen Gesundheit möglichst täglich nachzugehen? Und zwar ohne, dass uns das auf Dauer anstrengt oder gar nervt. So sind wir auf den Ansatz gekommen, VitaQuiz zu entwickeln. Es geht darum, spielerisch Gesundheitskompetenz zu lernen. Der Spielspaß soll im Vordergrund stehen und die gesundheitliche Bildung sozusagen wie von selbst mitlaufen. Weil wir eben sehen: Die Leute haben keine Lust darauf, ständig erinnert zu werden, sich mehr zu bewegen oder gesünder zu ernähren. Sie wissen auch zumeist gar nicht, ob sie gesundheitskompetent sind oder nicht. Und es soll auch gar nicht darum gehen, sich selbst zu beweisen, was man schon alles über die eigene Gesundheit oder die eigene chronische Krankheit weiß.

Unser Ansatz ist auch nicht, einen einwöchigen Kurs über Gesundheitskompetenz anzubieten, denn das bleibt immer in der Zukunft: Wer hat schon die Zeit im stressigen Alltag, sich eine Woche lang ein Zeitfenster für einen solchen Kurs freizuhalten? Die Zeit, die man hat, entsteht beim Warten auf einen Termin beim Amt oder beim Arzt, auf dem Weg in die Arbeit, in kleinen Zeitfenstern im Alltag. Und hier bietet die VitaQuiz-App Spielzeit an und die Gelegenheit, sich mit alltagstauglichem Gesundheitswissen auseinanderzusetzen.

Es geht also darum: Wie machen wir unsere Gesundheit zu unserer eigenen Sache – und zwar mit Emotion und Spaß ...

Genau. Es geht auch nicht darum, den Usern zu zeigen, was sie alles nicht wissen. Das Erleben der Inhalte im Quiz erzeugt kein „anstrengendes Lerngefühl“ und wirkt schon gar nicht belehrend auf die Nutzer. Das Spiel mit der VitaQuiz App verbessert unterschwellig die Gesundheitskompetenz der User. Es geht

uns darum, dass Menschen nicht aus Unwissen Dinge tun, die ihrer Gesundheit nicht förderlich sind. Wir wollen fördern, richtige Entscheidungen für sich selbst treffen zu können, aber auch etwa im Arztgespräch – das im Durchschnitt nur 7 Minuten dauert – richtig zu verstehen und zu kommunizieren, also auch die richtigen Fragen zu stellen. Deshalb steht in der App der Spielspaß im Vordergrund, aber die Quiz-Fragen erfordern Entscheidungen und klare Ergebnisse, die dann auch messbar sind. Das ist ein spannender Aspekt des Quizformats, weil so Wissenslücken erkennbar sind und die App die Fragen entsprechend individuell anpassen kann. So entsteht spielerisch Verständnis und Anwendbarkeit von Wissen über Gesundheit und Möglichkeiten der Prävention.

Wie schafft es die App, die Menschen da abzuholen, wo sie in ihrer Gesundheitskompetenz stehen?

Im Spiel können durch die Angabe von Interessen verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden.

Zudem nutzt die App kleine Informationseinheiten, damit Nutzer nicht überfordert werden („Microlearning“). Die VitaQuiz App motiviert zur häufigen Nutzung durch einen individuellen 3D-Avatar, Wettkämpfe, Ranglisten, Nachrichten und besondere Themenspecials. Damit erreichen wir, dass die User dabei bleiben und damit indirekt den kontinuierlichen Aufbau von Wissen. Zur Förderung von Gesundheitskompetenz haben sich diese Elemente bewährt: Kommunikation in leicht verständlicher Sprache und ein zielgruppenspezifisches, multimodales Angebot, das die Nutzer einbindet und aktiviert. Und wir haben mit unserer App ein großes Ziel im Blick: Wir wollen nicht, dass Menschen aus Unwissen Entscheidungen treffen und Dinge tun, die ihrer Gesundheit schaden.

Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie

Die Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Bielefeld, Professor Doris Schaeffer hat mit einem Team eine Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie vorgelegt, die eindrucksvoll zeigt: Weit mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland, fast 60 Prozent, sieht sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt. Deshalb tun sich Betroffene auch schwer damit, im Alltag gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Die wichtigsten Ergebnisse:

1. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten sieben Jahren verschlechtert.
2. Gesundheitskompetenz ist sozial ungleich verteilt.
3. Menschen im höheren Lebensalter, mit chronischer Erkrankung oder langandauernden Gesundheitsproblemen weisen eine durchschnittlich geringere Gesundheitskompetenz auf. Die Studie unterstreicht die Bedeutung vulnerabler Gruppen.
4. Die Studie macht eine Verschiebung sichtbar: Anders als in zurückliegenden Untersuchungen haben auch vermehrt jüngere Menschen zwischen 18 und 29 Jahren Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation.

Die Bielefelder Studie gibt damit wichtige Hinweise für die Entwicklung differenzierter, zielgruppengerechter Interventionskonzepte, wie sie seit langem gefordert werden, um die Teilhabechancen speziell vulnerabler Gruppen zu verbessern.

Sie adressieren mit der App auch Menschen mit chronischen Krankheiten, aber Ihr Anspruch, wen sie erreichen wollen geht über Gruppen und Blasen bestimmter Diagnosen hinaus. Wer soll beim Spiel um die Entscheidung für eine richtige Antwort zur eigenen Gesundheit noch erreicht werden?

Wir wollten Chronikern durch Wissen ermöglichen ein bewusstes und möglichst gesundes, selbstbestimmtes Leben zu führen. Für Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass sie jederzeit verstehen, was mit ihnen gemacht wird. Sie sollen Entscheidungen der Ärzte und Pflege über den Verlauf der Behandlung verstehen und mittragen und nicht einfach „nur Pillen einwerfen“ und „sich eine Spritze abholen“. Aber gerade, weil wir Gesundheit nicht als Schulfach haben in Deutschland, ist es wichtig, erstmal Grundlagen zu schaffen. Kinder und Jugendliche wissen ganz viele einfache Dinge nicht und die Eltern sind auch mit anderen Dingen beschäftigt oder auch einfach nicht dafür ausgebildet, dieses Wissen zu vermitteln. Das Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln hat in einer Studie mit Schülerinnen und Schülern der siebten Klassen zeigen können: Fast 70 % aller Schülerinnen und Schüler wissen viel zu wenig über das Thema Gesundheit. Deshalb wird der Gesundheitszustand der jüngeren Generation stetig schlechter: Ernährung mit Fast Food und Bewegungsmangel führen bereits bei Jugendlichen zu gravierenden gesundheitlichen Problemen, wie Übergewicht oder Diabetes mellitus. Und wir wissen: Nur Erwachsene, die bereits im jungen Alter auf einen gesunden Lebensstil geachtet haben, werden auch im weiteren Lebensverlauf auf ihre Gesundheit achten. ■



Dr. Michael Hägele
@medinfode (Twitter/X)

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 3 | 2023

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

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

Redaktionsschluss: 31. August 2023
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10999 Berlin
www.brettingham.de

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

Bildnachweis:
Titelbild: © Maskot/Maskot/Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 7, 19, 31, 39: Getty Images (www.gettyimages.com), S. 8: Martina Hasseler,
S. 34: © Grüne im Bundestag, S. Kaminski, S. 45, 48, 51, 53: © BKK Landesverband Bayern,
S. 55: © VitaQuiz (www.vitaquiz.de)

