4 Die Reduzierung der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen: Chancen des Patient-Journey-Ansatzes

Verena Heinz und Franz Knieps

Die Auswirkungen des demografischen Wandels werden stärker spürbar und treffen insbesondere in folgenden vorhersehbaren Effekten auf ein darauf unvorbereitetes Gesundheitswesen.

- Die Gesellschaft wird älter und kränker. Der Generationenvertrag, der darauf baut, dass ein familiäres Umfeld und eine aktive Nachbarschaft die ältere Generation stützt und begleitet, wankt.
- Die Zahl chronischer Erkrankungen nimmt zwangsläufig zu. Daraus resultiert eine wachsende Multimorbidität: Bei Patientinnen und Patienten treten mehrere Krankheiten gleichzeitig auf.
- Der Fachkräftemangel ist heute zumindest regional spürbar und wird die Defizite in unserer Versorgungslandschaft weiter verstärken. Notwendiger und wirkungsvoller Strukturwandel bleibt hingegen in weiter Ferne.

Es braucht daher strukturverändernde Lösungsansätze, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Nötig ist ein Paradigmenwechsel mit einem Ansatz, der den Blick weg von einem Krankheitssystem hin auf ein wirkungsvolles Gesundheitssystem richtet. Dieser Beitrag nimmt die vermeidbaren und verzögerbaren chronischen Erkrankungen in den Fokus. Hier könnten und sollten Krankenkassen einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie gesunden und erkrankten Versicherten in allen Lebenssituation zur Seite stehen und nicht nur als Zahlende von in Anspruch genommenen Leistungen in Erscheinung treten. Wenn wir Patientinnen und Patienten zukünftig nicht mit ihrem Schicksal sich selbst überlassen wollen, braucht es eine lebenslange Begleitung. Diese fängt beim Streben nach Gesunderhaltung an und hilft ihnen dabei, so aufgeklärt und selbstbestimmt wie möglich mit Erkrankungen umzugehen. Ein Reparatursystem, das erst eingreift, wenn Krankheiten eintreten oder sich gar verschlimmern, wird die Gesellschaft und jeden einzelnen Betroffenen langfristig überfordern.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

4.1 Der demografische Wandel und seine zentralen Herausforderungen

Die alternde Bevölkerung als unausweichliche Tatsache

Die geburtenstarken Jahrgänge gehen in Rente. Vor zehn Jahren wurde der Jahrgang 1964 noch gefeiert: „Der geburtenstärkste Jahrgang der deutschen Nachkriegsgeschichte feiert in diesem Jahr seinen 50. Geburtstag", sagte der der damalige Bundesinnenminister Thomas de Maiziere über die 1964 geborenen Personen in Deutschland 2014 bei einem wissenschaftlichen Symposion. Er würdigte die Generation als besonders „gut ausgebildet und leistungsbereit" und gesegnet mit einer „sehr hohen Lebenserwartung" (Eich 2014). Zehn Jahre später blicken wir auf den 60. Geburtstag des Jahrgangs eher mit Respekt und Ehrfurcht, wissend, dass unser Sozialsystem und unsere Gesellschaft auf die anstehenden Herausforderungen nicht adäquat vorbereitet sind. Jahr für Jahr werden von nun an immer mehr aus der sogenannten Boomer-Generation aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes prognostizieren je nach Annahmemodell zwar verschiedene Szenarien. Gleichwohl kommen alle auf dasselbe Ergebnis: Wir müssen uns in den nächsten Jahren auf einen steil ansteigenden Altersquotienten (Verhältnis Rentenempfänger zu Personen im erwerbstätigen Alter) von derzeit 32 auf einen Wert zwischen 41 und 46 im Jahr 2038 einstellen. In den darauffolgenden Jahren wird dann nur ein langsamer Rückgang zu erwarten sein (Statistisches Bundesamt Bevölkerungsvorausberechnung 2024). Eine relativ alte Bevölkerungsstruktur wird also kein vorübergehendes Phänomen sein, sondern ein Zustand, der unsere Gesellschaft über Jahrzehnte prägen wird.

Hier kommen starke Belastungen auf zukünftige Generationen zu, die das soziale Sicherungsversprechen in allen Bereichen unseres Sozialsystems mehr als einem Stresstest unterziehen werden. Auch wenn die Erkenntnisse über die Bevölkerungsentwicklung nicht neu sind, so scheinen zumindest im Gesundheitswesen vorausschauende und langfristige Anpassungen dieses „Megatrends für die Zukunft der Gesundheitsversorgung" (Robert Bosch Stiftung 2020) bisher ausgeblieben zu sein.

Absehbare Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Steigende Krankheitslast führt zu steigenden Gesundheitsausgaben

Allein als Folge der demografischen Entwicklung müssen wir in den kommenden Jahren mit einem Anstieg der Krankheitslast rechnen. Das Robert Koch Institut sieht einen eindeutigen Zusammenhang zwischen zunehmendem Lebensalter und dem Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos und auch des Risikos für das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten, der sogenannten Multimorbidität. Altersbedingte chronische Krankheiten werden in einer alternden Bevölkerung immer häufiger auftreten (Porst et al. 2022).

Nach den Datenerhebungen des Statistischen Bundesamtes zum Jahr 2020 liegen die allgemeinen Krankheitskosten bei unter 15-Jährigen noch bei 2.440 Euro, bis zum 65 Lebensjahr bei 3.400 Euro, zwischen 65 und 85 Jahren bei 10.150 Euro und ab dem 85. Lebensjahr bei 25.350 Euro je Einwohner (Statistisches Bundesamt, Krankheitskosten 2024).

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Auch wenn es keine GKV-weiten eigenen Vorausberechnungen gibt, ergeben Berechnungen des BKK Dachverbandes auf Grundlage des Altersaufbaus des Statistischen Bundesamtes unter jeweils moderat getroffenen Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderungssaldo, dass sich die demografiebedingten Leistungsausgaben in den Jahren bis 2027 grundsätzlich deutlich erhöhen (+11 Milliarden Euro zwischen 2022 und 2027). Grundlage dafür ist der laut Bevölkerungsvorausberechnung deutliche Anstieg der ausgabenstarken Jahrgänge. Ein Sondereffekt, der Geburtenknick in den 1940er-Jahren, bremst die Entwicklung. Denn dieser trägt maßgeblich dazu bei, dass die ausgabenstarke Gruppe (77–83 Jahre) von 4,6 auf 4,2 Millionen Personen abnimmt. Diese kompensatorische Wirkung führt zunächst zu einer Abschwächung des demografischen Trends, sodass sich der Demografie-Effekt zwischen 2022 und 2027) auf einen mittleren einstelligen Milliarden-Betrag einpendeln wird.

Ab dem Jahr 2027 sagen die Prognosen einen ungebremsten Anstieg der demografiebedingten Leistungsausgaben voraus.

Die Generation, die gestern noch der finanzielle Träger des Solidarausgleichs zwischen Alt und Jung und krank und gesund war, wird nun vermehrt zu Empfangenden von Gesundheitsleistungen und erwartet zu Recht eine gesundheitliche Versorgung, wie sie sie der vorherigen Generationen geboten hat.

Fachkräftemangel trifft auf Strukturdefizite

Eng verknüpft mit den Folgen des demografischen Wandels diskutieren Expertinnen und Experten auch den im Gesundheitswesen heute schon konstatierten Fachkräftemangel. Die Erfahrungswerte Betroffener, die verzweifelt einen Zugang zu einem Fachärztin oder einem Facharzt suchen oder auf der Suche nach einer neuen Hausärztin bzw. einem neuen Hausarzt sind, wenn die Hausarztpraxis altersbedingt schließt, sind gewohnte Gesprächsthemen im Familien- und Bekanntenkreis. Beziehungen zu Personen, die Betroffenen helfen können, einen Zugang zu Facharztterminen zu bekommen, gelten heute bereits als Privileg.

Die Zahl an Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand steigt zwangsläufig mit dem Alter der Gesamtbevölkerung. Die Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2023 der Bundesärztekammer sagt voraus, dass heute rund 97.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte (Bundesärztekammer 2024) 60 Jahre oder älter sind. Das entspricht einem Anteil von rund 23% (Bundesärztekammer 2023). Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte finden keine Nachfolgenden mehr für ihre Praxis. Allein mit den heute zur Verfügung stehenden Studienabgängerinnen und -abgängern sind diese Lücken nicht zu kompensieren, denn diese stellen andere Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, reduzieren ihre Arbeitszeiten und sind weniger bereit, sich in ländlichen Gegenden oder in strukturschwachen Stadtteilen niederzulassen. Aufgegebene Hausarztpraxen auf dem Land warten vergebens auf Nachfolgende. Zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Pflegebereich reisen medienwirksam Gesundheits- und Arbeitsminister ins ferne Ausland, um Pflegekräfte für das deutsche Gesundheitswesen zu gewinnen.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Hier stößt ein demografisches Phänomen auf ein erkennbar strukturelles Problem: So kommt der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2024 zu dem Schluss, dass der heute von Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigten deutlich empfundene Fachkräftemangel eher auf ein Strukturproblem zurückzuführen ist. Im internationalen Vergleich stehen den einzelnen Berufsgruppen des Gesundheitswesens relativ viele Beschäftigte pro Einwohner zur Verfügung. Zugleich gibt es in Deutschland eine relativ hohe Inanspruchnahme des Gesundheitswesens pro Einwohner (SVR Gesundheit 2024). Der Sachverständigenrat kommt deshalb in seinem Gutachten zu der Überzeugung: „Der Bedarf an Versorgung (…) wird in den bisherigen Strukturen künftig nicht gedeckt werden können, selbst wenn es zu einer überdurchschnittlichen Zunahme an Personal kommen würde. Dem steht die voraussichtlich zunehmende Zahl von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen in den kommenden zehn bis 15 Jahren entgegen, welche durch die demografische Entwicklung bedingt ist." (SVR Gesundheit 2024, S. IIIf.)

Fakt ist: Die Struktur unseres Gesundheitswesens und seiner Inanspruchnahme ist auf die demografischen Herausforderungen nicht eingestellt – auch mit Blick auf die zusätzliche Belastung, die in Zukunft auf die im Gesundheitswesen Tätigen zukommt. Und die Hoffnung, durch substanzielle Strukturveränderungen gegenzusteuern, schwindet von Legislaturperiode zu Legislaturperiode. Zwar kündigen die Regierenden zu Beginn viel an, setzen schließlich aber nur das um, was Beitragszahlende zusätzlich belastet, Strukturdefizite aber nicht behebt.

Soziale Isolation

Die Situation verschärft sich durch ein weiteres zu erwartendes Phänomen: Steigende Pflege- und Versorgungsbedarfe treffen auf ein schwindendes familiäres und soziales Umfeld. Denn auf die Babyboomer folgen die geburtenschwachen Jahrgänge. Die Generationen mit einem oder keinem Kind werden älter. Die Gesellschaft wird sich vermehrt mit dem Thema der sozialen Isolation vor allem im Alter auseinandersetzen müssen (Svendsen 2022). Dabei ist Vereinsamung allein schon ein Faktor für eine Gesundheitsgefährdung. Die negativen Folgen fehlender sozialer Unterstützung für chronisch Kranke und meist multimorbide Erkrankte verschärfen sich in einem Gesundheitswesen, das in seiner Zugangsstruktur darauf baut, dass besonders das familiäre Umfeld betroffene Patientinnen und Patienten insbesondere bei Terminsuchen und Arztbesuchen unterstützt. Speziell unser Pflegesystem ist heute schon massiv auf pflegende Angehörige angewiesen. Diese sind eine elementare Stütze unseres heutigen Pflegesystems, 63% der Pflegebedürftigen werden heute zu Hause von Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt, Pflegebedürftigkeit 2024). Die heute selbstverständliche Care-Arbeit der erwerbstätigen Generationen wird in diesem Maß zukünftig nicht leistbar sein. Bleiben der Zugang zur Versorgung und die Beanspruchung des Versorgungssystems so komplex und undurchsichtig wie heute, wird das System den Bedarf nicht decken können.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

4.2 Reduzierung der Krankheitslast als notwendige Handlungsoption

In dem bereits zitierten Gutachten des Sachverständigenrates des Gesundheitswesens von 2023 findet sich unter anderem diese etwas technokratisch anmutende Überschrift: „Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften". In der Einleitung zu dem Abschnitt heißt es: „Der Bedarf an Gesundheitsversorgungsleistungen und damit der Bedarf an und die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitssystem verringern sich, wenn die Erkrankungslast (Morbidität) in der Bevölkerung sinkt. Daher sind Maßnahmen der Primärprävention, im Sinne der Verhaltens- und Verhältnisprävention und der Gesundheitsförderung zu ergreifen, um das Entstehen von Erkrankungen zu verhindern bzw. zu verzögern." (SVG Gutachten, S. 209)

Damit greift das Gutachten einen zentralen Punkt auf, der auch aus gesellschaftspolitischer und nicht nur rein volkswirtschaftlicher Sicht einer intensiven Betrachtung bedarf. Wir müssen die Reduzierung der Krankheitslast zu einem Schwerpunkt unserer Bestrebungen der Zukunft machen. Wir können uns in Deutschland ein primär auf Kuration ausgerichtetes Gesundheitswesen nicht mehr leisten – ein Gesundheitswesen, das laut Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) so viel wie kein anderes Land in der Europäischen Union (EU) im Bereich Gesundheit ausgibt. Der kürzlich verstorbene Nestor der deutschen Public-Health-Forschung Friedrich Wilhelm Schwartz empfiehlt schon seit Jahren, Prävention in all ihren Stufen (Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention) und Formen (Verhältnisprävention und Verhaltensprävention, Früherkennung und Vorsorge) aufzuwerten, um so einer zunehmenden Krankheitslast frühzeitig zu begegnen (Schwartz et al. 2023).

Um in den nächsten Jahrzehnten eine gute medizinische Versorgung all derjenigen zu ermöglichen, die manifest erkranken und medizinischer Hilfe bedürfen, müssen zur Entlastung verstärkt die Krankheiten in den Blick genommen werden, die durch Veränderungen im Lebensstil und sozialer Verhältnisse vermieden werden können bzw. die durch eine frühzeitige Erkennung, Therapie, Begleitung und Betreuung im Verlauf ressourcensparend und für Patientinnen und Patienten mit Erhalt von Lebensqualität einhergehen sollten. Wenn es gelingt, Krankheitsfälle durch präventive Maßnahmen zu vermeiden, zu verzögern oder zu lindern, schaffen wir dringend benötigte Kapazitäten für die Erkrankungen, denen rein durch kurative Maßnahmen begegnet werden muss.

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität

Bereits in der ersten Auflage dieser Publikation haben wir uns ausführlich mit dem Thema chronischer Erkrankungen und Multimorbidität beschäftigt und anhand der RKI-Daten herausgearbeitet, dass nur wenige, überwiegend chronische Krankheiten den größten Teil der Krankheitslast ausmachen. Dies sind vor allem Herz-Kreislauf-, Skelett- und Muskel-Erkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen und Diabetes (Porst et al. 2022). Dabei ist auffallend, dass sich ein erheblicher Teil der Krankheitslast auf eine begrenzte Zahl von Risikofaktoren zurückführen lässt: unzureichende körperliche Aktivität, ungesunde Ernährung sowie Alkohol- und Tabakkonsum sind (mit-)ursächlich für viele der häufigsten Erkrankungen und für zunehmende Multimorbidität.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Die lebensstilverändernden Maßnahmen zur Reduzierung von chronischen Erkrankungen durch mehr Bewegung, gesunde Ernährung und weniger Nikotin- und Alkoholkonsum werden an anderer Stelle dieser Publikation in den Blick genommen. Ihre zentrale Bedeutung zur Reduzierung der Krankheitslast ist ein elementarer Ansatzpunkt für eine Gesellschaft mit langem und gesundem Leben.

Krankheitslast zu reduzieren, heißt, chronische Erkrankungen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und in ihren Verläufen positiv zu beeinflussen. So kann auch die Folgebelastung aufgrund steigender Multimorbidität reduziert werden, die die größte Herausforderung unserer Gesellschaft werden wird. Denn insbesondere Multimorbidität und Alter korrelieren: Die Zahl der Krankheiten und der Anteil der Erkrankten mit Multimorbidität nehmen mit dem Alter erheblich zu und bedeuten für die Gesundheitsversorgung in ihren heutigen Strukturen eine enorme Belastung für Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitspersonal.

Value-based Healthcare: Chancen für eine konzeptionelle Neuorientierung

Da die bisherigen ordnungspolitischen Steuerungsansätze der vergangenen Jahrzehnte mit dem Fokus auf

- Markt, Wettbewerb, Einzelverträge
- Korporatismus, Selbstverwaltung, Kollektivverträge
- (Über-)Regulierung, staatliche Planung, Administration

nicht die gewünschten dauerhaften Erfolge erzielt haben, US-amerikanische Konzepte von *Managed Care* auf große Skepsis stießen und viele Probleme wie Über-, Unter- und Fehlversorgung, Fehlallokationen, mangelhafte Outcomes und begrenzte Patientenorientierung trotz permanenter gesetzlicher Reformen ungelöst blieben, bietet es sich an, neue Ansätze für die Grundorientierung des Gesundheitssystems zu verfolgen. Dabei hilft es, den Blick über die Landesgrenzen hinweg zu richten und Anschluss an die internationale Debatte zu suchen. Eine universelle Leitidee liegt vor allem dem an britischen und amerikanischen Universitäten entwickelten und weltweit breit rezipierten Konzept von *Value-based Healthcare* zugrunde. Dieses Konzept besteht aus vier Dimensionen (Jonitz 2021):

1. **Der gesellschaftliche Wert.** Die gesundheitliche Versorgung folgt den Grundwerten der Gesellschaft wie Menschenwürde, Solidarität, Subsidiarität, Gleichheit u.v.m.
2. **Der allokative Wert.** Knappe Mittel werden bedarfsgerecht an der richtigen Stelle für die richtigen Patientengruppen eingesetzt.
3. Der technische Wert. Das Richtige wird nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin auch richtig gemacht.
4. **Der personalisierte Wert.** Es werden Therapieziele und Patientenpfade aufgestellt und deren Erreichung bzw. Einhaltung kontrolliert. Wesentliche Instrumente zur Messung dieser Ziele sind *Patient-Reported Outcomes* (PROMs) auf der Basis von wissenschaftlich evaluierten Befragungen der Patientinnen und Patienten und *Patient-Reported Experiences* (PREMs) auf der Basis subjektiver Erfahrungen und Erlebnisse (Bitzer 2023, 522ff.).

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Das Konzept *Value-based Care* wird in vielen Modellprojekten erprobt und teilweise auch in der Regelversorgung eingesetzt (Beispiele bei Deerberg et al. 2023; Hager et al. 2024). Allerdings hat es sich in Deutschland bisher nicht gegen die klassischen Steuerungssysteme und Anreize speziell in der Gestaltung der Vergütungssysteme durchsetzen können und nur an wenigen Stellen Eingang in die rechtlichen Rahmenbedingungen gefunden. In jüngster Zeit bieten die Behandlungspfade (*Patient Journeys*) speziell bei chronischen Erkrankungen und Multimorbidität neben den Disease-Management-Programmen neue Chancen, die Potenziale einer koordinierten integrierten Versorgung zu erschließen.

Neue Aufgabe und Rolle der Krankenkassen in der Versichertenbegleitung

Krankenkassen als Akteur

Wenn Datenauswertungen Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen aufdecken oder sich chronische Erkrankungen manifestiert haben, sollte es zu einer Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen werden, die Betroffenen dabei zu unterstützen, ein möglichst resilientes Leben führen zu können. Wer an einer chronischen Krankheit leidet, ist zunächst einmal mit der Tatsache konfrontiert, über viele Jahrzehnte auf ein funktionierendes Versorgungssystem angewiesen zu sein. Wir schätzen, dass bis zu 40% unserer Bevölkerung betroffen sind – viele von ihnen bereits multimorbid. Das deutsche Gesundheitswesen fokussiert sich trotz gegenläufiger wissenschaftlicher Erkenntnisse noch immer auf die akut-kurative Versorgung und beschäftigt sich nicht genügend präventiv mit der Reduzierung von Krankheitsfolgen. Doris Schaeffer, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, sieht die Notwendigkeit einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung chronisch Kranker sowie einer systematischen Patientenedukation und Förderung ihrer Gesundheitskompetenzen. Sie sieht die zentrale Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten in ihrem persönlichen Umgang mit chronischen Erkrankungen in den Blick zu nehmen, sie über die Krankheit aufzuklären und sie in die Verantwortung über den weiteren Verlauf der Erkrankung zu Hauptakteuren zu machen, um ihnen den dauerhaften Umgang zu erleichtern und so Co-Morbiditäten zu vermeiden (Robert Bosch Stiftung 2021).

Folgt man den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Public-Health-Forschung über den Umgang mit chronischen Erkrankungen, ihre Vermeidung, die Chancen von Sekundär- und Tertiärprävention, so ist es erstaunlich, dass Krankenkassen als Akteuren bisher kaum eine Rolle zugesprochen wird – außer als vermeintlich bequeme Finanzquelle, um den Einsatz von Steuermitteln zu vermeiden. So werden kommunale Haushalte entlastet, um Präventionsprojekte in Lebenswelten zu finanzieren. Aber auch für die Umsetzung von Strukturreformen, wie beispielsweise Konzepte zur Schaffung von Gesundheitsregionen oder -kiosken, wird Krankenkassen vor allem die Finanzierungsrolle zugesprochen und weniger die des kompetenten Partners in der Begleitung von Krankheiten.

Die Erwartung der Versicherten an die Krankenkassen, Patientenbegleitung und -steuerung in den Fokus zu nehmen und die Chancen zu sehen, hier einen wesentlichen unterstützenden Beitrag für die Betroffenen zu leisten, ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen (Knieps et al. 2023). Dem stehen in der Praxis bisher nur begrenzte Angebote zur Verfügung.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Möglichkeiten der Lotsenfunktionen ausbauen

Betriebskrankenkassen nutzen seit einigen Jahren unterschiedliche Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten einen Lotsen zur Seite zu stellen. Dies ist aber nur ein Baustein in der stärker auszubauenden Rolle, sich als Kasse als lebenslanger Begleiter seiner Versicherten zu verstehen. Seit einiger Zeit etabliert sich hierfür der Begriff der *Patient Journey*. Dahinter verbirgt sich die Sichtweise auf den Gesamtprozess der Patientenreise oder des Versorgungspfads, den Patientinnen und Patienten von der Entdeckung von Risikofaktoren und frühen Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen, über Diagnose, Behandlung und Pflege bis hin zur Rehabilitation durchlaufen. Das Ziel ist, diagnosebezogene Krankheitsfälle in den Blick zu nehmen, um sie frühzeitiger als bisher zu erkennen und so die Versicherten früher in gezielte Präventionsmaßnahmen einzusteuern und gegebenenfalls in die Versorgung zu bringen. Es gilt also, Krankheitslast frühzeitig zu reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen möglichst hoch zu halten. Denn insbesondere Diagnosen chronischer Erkrankungen stellen Betroffene und ihre Familien vor große Herausforderungen. Niemandem fällt es leicht, sich nicht heilbaren Erkrankungen zu stellen. Die Diagnose „chronisch krank" geht zunächst einher mit Terminen für Diagnostik und Therapie, mit Zugang zu Versorgungsebenen, die bisher nicht in Anspruch genommen wurden, medizinischen Entscheidungen, die nicht immer klar, eindeutig und verständlich sind und denen es nicht selten an Empathie und Sensibilität fehlt. Lange Wartezeiten und fehlende Abstimmungen zwischen den Versorgungsebenen können für Betroffene frustrierend sein und den Krankheitsverlauf negativ beeinträchtigen. Patientinnen und Patienten durchlaufen verschiedene Phasen im Umgang und mit der Akzeptanz der eigenen Erkrankung. Mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung geht einher, dass diese Erkrankung einen ein Leben lang begleiten wird und häufig einen degenerativen Verlauf nimmt. Dann heißt es, zu lernen und sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Hier als Krankenkasse eine unterstützende Rolle aktiv einzunehmen, entspricht neben der Pflicht zum schonenden Ressourcenverbrauch dem spezifischen sozialen Auftrag einer Krankenkasse.

Geschulte Mitarbeitende von Krankenkassen können hier als langfristige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Versicherte zur Verfügung stehen. Sie kennen die Angebote der eigenen Kasse und die Versorgungsstruktur vor Ort. Als Anker für weitergehende präventive Maßnahmen können sie dann auch gemeinsam mit den Betroffenen Angebote etwa bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen erarbeiten. Sie können als Vertrauensperson der Versicherten ein wichtiger Ankerpunkt werden und den Versicherten Orientierung in ihrer Erkrankung bieten, letztlich mit dem Ziel, das Selbstmanagement der chronisch Erkrankten zu stärken und sie dabei zu unterstützen, selbstbestimmt mit ihrer Krankheit umgehen.

Die Versicherten wollen die Krankenkassen an ihrer Seite

Die Befragung des BKK Dachverbandes im Rahmen des Kundenreports 2023 hat bestätigt, dass Versicherte einen größeren Einfluss ihrer Krankenkasse auf die Versorgungsstrukturen einfordern. Eine stärkere Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Rehakliniken und anderen Leistungsanbietenden – und damit letztlich eine seit langem diskutierte *Integrierte Versorgung* – wünschen sich beispielsweise 73%. Die von den Versicherten gewünschte Rolle ihrer Krankenkasse ist daher auch immer weniger die des alleinigen Kostenträgers: Während 64% ihre Krankenkas-

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

se aktuell am ehesten in der Rolle des Bezahlers sehen, wünschen sich nur 27%, dass das auch so bleibt. Nur 36% sehen ihre Kasse in der Rolle eines Kümmerers oder Lotsen, aber 73% wünschen sich dies (Knieps et al. 2023). Bei Jüngeren ist dieser Wunsch noch stärker: Je jünger die Altersgruppe, desto höher der Anteil jener Versicherten, die sich wünschen, dass ihre Kasse als Lotse agiert.

Das Sozialgesetzbuch bietet bereits heute eine ausreichende Grundlage, um als Krankenkasse diese Rolle stärker anzunehmen. Für die Umsetzung und Gestaltung eines umfassenden Beratungs- und Unterstützungsangebotes, der BKK-Patientenbegleitung, finden sich Rechtsgrundlagen in verschiedenen gesetzlichen Regelungen. Mehr noch: Die Patientenbegleitung dient sogar der Erfüllung des Anspruchs des Gesetzgebers zur Aufklärung, Beratung und Unterstützung.

Den Versicherten lebenslang begleiten

Besonderer Anspruch des Patient-Journey-Ansatzes (s. Abb. 1) ist es, gezielt Personenkreise zu identifizieren und anzusprechen, bei denen erste Indikationen für eine chronische Erkrankung bzw. für eine Gefahr einer chronischen Erkrankung vorliegt, um frühzeitig und möglichst präventiv über Lebensstilverbesserungen einer möglichen Erkrankung vorzubeugen. Dabei handelt es sich nicht um eine generelle Abkehr von allgemeinen Präventionsangeboten zur Lebensstilverbesserung, die den Versicherten ohne konkrete Indikation angeboten werden, sondern eine indikationsspezifische Fokussierung. Dies ist weitgehend Neuland für die Kassen, denn es bedarf eines sensiblen gesetzeskonformen und evidenzbasierten Auswertens von Daten. Krankenkassen erschließen neue Potenziale aus der Abrechnung von Leistungen und kombinieren diese mit Daten aus der Versorgungsforschung. Hierfür hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren durch die Regelungen des § 25b SGB V als Beratungsangebot für spezielle Zielgruppen in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie § 68b SGB V für Innovationen vorsichtig Türen geöffnet. Ziel ist es nicht, neue Parallelstrukturen aufzubauen. Vielmehr sollen Krankenkassen gezielt für betroffene Patienten niedrigschwellig Unterstützungsangebote machen, sie begleiten, ihnen im Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung mit evidenzbasierten Präventionsangeboten und Versorgungsoptionen helfen. Die Freiwilligkeit der Annahme dieser Angebote und der Schutz vor Missbrauch der gewonnenen Daten und ihrer Analyse muss dabei in jedem Fall gewahrt bleiben. Vor allem bietet dies die Chance, dass punktuelle und nicht aufeinander abgestimmte Versorgungsangebote – insbesondere

Abb. 1 Der Patient-Journey-Ansatz

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

in Stadien der Multimorbidität – zugunsten von integrativer und ganzheitlicher Betrachtung der Patientinnen und Patienten vermindert werden können.

Der Aufbau von indikationsbezogenen *Patient Journeys* ist auch eine gesellschaftliche Herausforderung. Heute schon gibt es einen relevanten Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Lebenserwartung (Robert Koch Institut 2014).

! Personengruppen zu identifizieren und mit neuen Angeboten zu begleiten, denen es aus eigener Kraft besonders schwerfällt, sich ihrer chronischen Erkrankung zu stellen, den Verlauf positiv zu beeinflussen und Folgeerkrankungen zu vermeiden, sollte ein messbares Ziel für die neuen Aktivitäten sein.

4.3 Fazit: Zeit zu handeln ist jetzt

Die Entwicklung und Implementierung von *Pathways* und *Patient Journeys* ist ein bedeutender Ansatz unter vielen Instrumenten von *Value-based Care*, um sich den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft zu stellen. Wenn sich Krankenkassen in einem ersten Schritt auf die Krankheitsbilder fokussieren, die langfristig die Chance bieten, Krankheitslasten für das Gesundheitswesen messbar zu reduzieren, dann kann dies ein substanzieller Beitrag zur Erneuerung des Gesundheitswesens werden.

Der Ansatz ist für viele (Betriebs-)Krankenkassen Neuland, das nicht alleine erschlossen werden kann. Er bedarf eines nicht unerheblichen Wissens- und Kompetenzaufbaus bei den Krankenkassen sowie ihren Verbänden und Dienstleistenden, einen Aufbau von *Data-Science-Kompetenzen*, eine Vernetzung mit den relevanten Akteuren in der Versorgung und einer Akzeptanz bei Versicherten und Leistungserbringenden. Den Anspruch als Krankenkassen lebenslanger und enger Begleiter der Versicherten in allen Belangen der Gesunderhaltung und der Krankheitsbegleitung zu sein und sie dabei zu unterstützen, eine höchstmögliche Lebensqualität in der jeweiligen Lebenssituation zu erhalten, braucht aber auch die Akzeptanz von Leistungserbringenden, die Krankenkassen in ihrer Lotsenfunktion als Partner zu verstehen.

Speziell Betriebskrankenkassen haben gute Grundvoraussetzungen, den Patient-Journey Ansatz wirkungsvoll auszugestalten – durch ihre Nähe zu Versicherten, Betrieben sowie regionalen Versorgungsstrukturen und ihrem Anspruch an innovativen Lösungswege.

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025

Literatur

Bitzer EM (2023) Die Perspektive der Patientinnen und Patienten- Lebensqualität und Zufriedenheit. In: Schwartz FW et al. (Hrsg.) Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 520–528. Urban & Fischer München

Bundesärztekammer (2023) Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2023. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023 (abgerufen am 08.11.2024)

Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (2023) Das Value-Based Care Buch – Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten. 4. Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Eich Y, Demografieportal (2014) Generationendialog: 50 Jahre alt – Babyboomer mitten im Leben. URL: https://www.demografie-portal.de/DE/Service/Blog/140617_BMI_Gespraech_Bundesinnenminister_Babyboomer.html (abgerufen am 16.10.2024)

Hager L et al. (2024) Gemeinschaftsprojekt Gesundheit – Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Jonitz G (2021) Value-Based Health Care – patienten- und werteorientierte Versorgung. In: Klapper B, Cichon I (Hrsg.) Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. 547–554. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Knieps F, Klemm AK, Demmler G (2023) BKK Kundenreport 2023. Qualität von Krankenkassen. Fokus Nachhaltigkeit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Lampert T, Kroll LE (2014) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Robert Koch Institut Berlin

Porst M, von der Lippe E, Leddin J et al. (2022) The burden of disease in Germany at the national and regional level – results in terms of disability-adjusted life years (DALY) from the BURDEN 2020 study. Deutsches Ärzteblatt Berlin

Robert Bosch Stiftung (2020) Diskussionspaper Think Lab 2. Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt. „Neustart!". URL: https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/sites/default/files/documents/2020-06/2020_RBSG_Diskussionspapier_Think%20Lab%202.pdf (abgerufen am 16.10.2024)

Robert Bosch Stiftung (2021) Mehr Gesundheit für eine Gesellschaft des langen Lebens. URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-09/Mehr_Gesundheit_f%C3%BCr_eine_Gesellschaft_des_langen_Lebens.pdf (abgerufen am 08.11.2024)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf (abgerufen am 08.11.2024)

Schönermark M et al. (2019) Digital Patient Journey – Arbeitspapier für den Bundesverband der Deutschen Industrie Berlin

Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (2023) Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer München

Statistisches Bundesamt (2022) 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html (abgerufen am 16.10.2024)

Statistisches Bundesamt (2024) Krankheitskosten, Krankheitskosten je Einwohner: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/Tabellen/_tabellen-innen-krankheitskosten.html (abgerufen am 08.11.2024)

Svendsen L (2016) Philosophie der Einsamkeit. Berlin University Press Berlin

Auszug aus: Knieps/Klemm (Hrsg.) Gesundheitspolitik neu aufgelegt.
ISBN: 978-3-95466-939-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2025