

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

ISSN 2193-4479
D 24953
12. Jahrgang

3/2023



LESEPROBE

- Versorgungsdaten systematisch nutzen
- Quo vadis DiGA
- Individuelle Medikation
- Debatte Integrierte Gesundheitsregionen
- Digitale Versorgungslotsen

Herausgegeben von Rolf Stupardt

Der Herausgeberbeirat: Bettina am Orde | Dr. Gerald Gaß | Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers | Roland Engehausen | Ulf Fink | Birgit Fischer | Dr. Rainer Hess | Dr. Marc-Pierre Möll | Claus Moldenhauer | Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery | Dr. Robert Paquet | Dr. Uwe K. Preusker | Prof. Dr. Herbert Rebscher | Dr. Florian Reuther | Prof. Dr. Eberhard Wille

Der Branchen-
Hotspot 2023



forum bfd digital



med

konvent

Der digitale Kongress für Führungskräfte
und Mitarbeitende im Krankenhaus.

Im täglichen Austausch mit unseren Kunden und Branchenvertretern sind wir nah dran an den vielen großen Gestaltungsthemen. Der **Konvent – forum bfd digital** entstand 2019 aus der Idee, im Rahmen der **bfd akademie** einen Überblick über aktuelle Fragestellungen, Herausforderungen und Lösungsansätze zu geben. Der Erfolg weist den Weg. Mittlerweile hat sich das innovative Format in der Veranstaltungslandschaft etabliert.

Mit kleinem Zeitbudget und maximaler Flexibilität passt der **KONVENT – forum bfd digital** auch in den überfüllten Arbeitsalltag und sorgt für guten Überblick über bewegende Branchenthemen. Von Experten für Experten. Genau dafür bieten wir sehr gerne eine Bühne. Und freuen uns über aktive Impulse.

Go digital mit bfd: Wir sehen uns online
beim **MED-KONVENT – bfd forum digital**
am 24. Mai 2023!



Weitere Informationen unter: www.bfd.de

Webkonferenz | 24. Mai 2023

Innovativ, digital, nachhaltig:
Die Klinik im Wandel.

Nach Registrierung sind alle Inhalte bis
7. Juni 2023 abrufbar.



bfd buchholz-
fachinformationsdienst gmbh
Rodweg 1, 66450 Bexbach
Tel.: 06826 / 9343-0
Fax: 06826 / 9343-430
E-Mail: info@bfd.de

Durchblick für Profis.

www.bfd.de

Prolog

Versorgungsdaten müssen endlich systematisch genutzt werden

Seit 1978 fühle ich mich dem Gesundheitswesen professionell verbunden. Bis heute habe ich mich immer wieder um Transparenz und Analysefähigkeit bemüht. Bis heute gilt es das zu optimieren, deutlich zu verbessern. Auch weil wir in Deutschland in Sachen Digitalisierung offenbar meilenweit hinterherhinken – eine Auftragsstudie der Bertelsmann-Stiftung beim Empirica-Institut für 17 verschiedene Staaten weist Deutschland bei insgesamt 34 Indikatoren den vorletzten Platz zu –, ist die Situation in diesen elementar wichtigen Themenfeldern beileibe nicht zufriedenstellend.

Wenn wir bei unserem 6. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung am 3. Mai über die Gesundheitsversorgung unter Krisenbedingungen sprechen, nimmt auch diese Thematik einen wichtigen Platz ein. Wir sollten endlich in die Lage versetzt werden, insbesondere die sorgfältig gehüteten Schätze der Versorgungsdaten zu heben und zwar nicht nur deutschlandweit, sondern auch in dem noch zu etablierenden Europäischen Gesundheitsdatenraum. Dies käme den erkrankten Menschen und unserem wachsenden Wissen über Krankheit und Krankheitssteuerung mächtig entgegen. Wir brauchen hier keine blühenden Inseln, sondern ein standardisiertes, interoperables, voll digitalisiertes Gesundheitssystem, das dann besonders planungs- und entscheidungsrelevant für alle ist.

Dieser Schatz käme gleichermaßen den präventiven, den kurativen, den rehabilitativen und den pflegerischen Herausforderungen entgegen. Es würden Systeme generierbar sein, die sowohl den Patientinnen und Patienten, wie den medizinischen und ihren Hilfsprofessionen zu besseren Entscheidungen bei Diagnostik, Therapie und auch präventiven Maßnahmen verhelfen. Auch darüber hinaus kann ein solcher Datenschatz für verschiedene Arten von systemischen, strukturellen und prozessualen Analysen, vielleicht sogar für die ordnungspolitische Weiterentwick-



lung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens selbst zur Verfügung stehen.

Es ist einfach nicht mehr halt- und einsehbar, dass die Infrastrukturvoraussetzungen wie digitale Kommunikationsoptionen und Interoperabilität so mangelhaft sind, dass strukturierte Daten zwischen den Versorgungssektoren nicht ausgetauscht werden können. Dabei produzieren wir jährlich deutlich über 560 Millionen Datensätze allein im stationären und ambulanten Bereich, die dann in diesen Sparten getrennt weggesperrt und auch nicht patientenbezogen zusammengeführt werden können. Das Ergebnis ist nicht nur zuweilen ein theoretisches Defizit im Erkennen, sondern ganz praktisch auch ein Qualitätsdefizit in der Versorgung, aus dem unnötigerweise falsche individuelle Maßnahmen erfolgen. Gemessen an den Möglichkeiten und den technischen Standards, die vorliegen, kommt dem länderspezifischen, aber auch dem länderübergreifenden Ökosystem für Gesundheitsdaten in Deutschland und Europa eine hohe operativ-faktische wie politisch-strategische Bedeutung zu. Datenschutz darf sich dabei nicht verabsolutieren, sondern er muss mit dem Anwendungsnutzen verbunden werden. Nutzen die Daten, so sind sie sicher nutzbar zu machen. So einfach ist das im Grunde. Die Bürger haben ein Anrecht darauf. Und die Profis auch. Die interessenpolitisch motivierte Datenphobie muss ein Ende haben. Versorgungsdaten müssen systematisch genutzt werden können und Datenkompetenz muss sich parallel dazu aufbauen und entwickeln. Ich finde, das ist ein gutes Thema für den neuerlich vor der Tür stehenden Frühling.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich,
Ihr Rolf Stuppardt



BITMARCK®

einsnull kompakt der BITMARCK-Newsletter



News aus der GKV- und IT-Welt zeitnah erhalten,
alles über die vielfältige Produktwelt von BITMARCK,
als PDF-Datei oder als Website-Blog, optimiert für PC,
Tablets oder Smartphones.

Jetzt für den Newsletter anmelden auf
www.bitmarck-einsnull-kompakt.de

Inhalt

41

Prolog – Versorgungsdaten müssen endlich systematisch genutzt werden



In seinem Prolog plädiert *Herausgeber Rolf Stupardt* angesichts des Hinterherhinkens der Digitalisierung im Gesundheitswesen dafür, endlich die Versorgungsdatenschätze so zu heben, dass es einer durchlässigen Versorgung helfen kann.

44

Quo vadis DiGA – Warum werden digitale Gesundheitsanwendungen nicht genutzt?



2019 wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), auch „Apps auf Rezept“ genannt, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Erstmals hat der Gesetzgeber Herstellenden digitaler Gesundheitsanwendungen erlaubt, den Nutzen in der ambulanten Versorgung ex post nach einer maximal 24-monatigen Erprobungszeit nachzuweisen. In der ambulanten Versorgung galt bis dahin ausschließlich der Erlaubnisvorbehalt ex ante. *Dr. Andrea Mischker* analysiert die Entwicklung der DiGA und erläutert Befragungen und Interviews mit Versicherten als Ergebnis qualitativer Forschungsarbeit.

54

Individuelle Medikation aus dem Pharmadrucker



Die Diagnostik hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Heutzutage ist bekannt, dass die Wirksamkeit eines Arzneimittels von vielen Faktoren abhängt, darunter genetische Ausstattung, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Gewicht, Lebensstil, Umwelteinflüsse etc. Jeder Patient hat schließlich einen anderen Stoffwechsel. Daher wirken circa 50 – 75 % der verordneten Medikamente nicht so wie beabsichtigt. *Prof. Dr. Gerald Huber und Prof. Christian Franken* erläutern im Folgenden, wie die DiHeSys Digital Health Systems diese Erkenntnisse aus der Diagnostik in die Therapie überführen und den Patienten eine individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Medikation anbieten möchte.

59

Die Debatte um Integrierte Gesundheitsregionen



Das Thema Gesundheitsregionen gewinnt in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion und in der Praxis zunehmend an Bedeutung. In der Ausgabe 1/2 hatte sich Anne Kathrin Klemm mit dem Thema auseinandergesetzt. *Helmut Hildebrandt, Justin Rautenberg und Michael Zaske* haben dazu einen ausführlichen Kommentar bzw. eine Replik eingereicht und halten einen Triple-Wumms für nötig: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen! Wir halten eine fundierte Debatte für wünschenswert.

65

Versorgungsdschungel – Fluch oder Segen gleichzeitig?



Bedarfslagen und Angebote im Versorgungsdschungel zielgerecht zusammenzubringen hält *Stefan Skibbe* bei mehr Transparenz für systematisch erforderlich. Bisher sei das alles viel zu lückenhaft und schlägt als Lösung einen digitalen Versorgungslotsen vor



Leistungs- & Vertragswelt 69



Recht und Gesetz 70



Europa & Internationales 71

Epilog & Impressum 72

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage des 6. Heidelberger Forums Gesundheitsversorgung bei. Wir bitten um Beachtung.



Quo vadis DiGA – Warum werden digitale Gesundheitsanwendungen nicht genutzt?

Von Dr. Andrea Mischker, Berlin¹

2019 wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), auch „Apps auf Rezept“ genannt, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen.

Erstmalig hat der Gesetzgeber Herstellenden digitaler Gesundheitsanwendungen erlaubt, den Nutzen in der ambulanten Versorgung ex post nach einer maximal 24-monatigen Erprobungszeit nachzuweisen. In der ambulanten Versorgung galt bis dahin ausschließlich der Erlaubnisvorbehalt ex ante. Unsere Autorin analysiert die Entwicklung der DiGA und stellt nach 84 durchgeführten qualitativen Interviews für vier DiGA dar, warum Anwendende DiGA nicht oder nicht mehr nutzen und was die Gründe dafür sind.

Die Erwartungen der gesetzlichen Krankenversicherungen waren nach Einführung des neuen Gesetzes sehr hoch. Drei Jahre nach Inkrafttreten des DVG mehrt sich nun zunehmend Kritik, insbesondere am Zulassungsverfahren, der Nutzenbewertung und den Preisgestaltungsmechanismen für DiGA. Würde hier entsprechend nachgebessert, könnte aus den DiGA eine höchst willkommene Leistungsart werden. Aber der Reihe nach.

Zulassungsverfahren

Durch die Möglichkeit der ex post Zulassung in einem Fast-Track-Verfahren² zeigen sich nun unterschiedliche Probleme, die durch den Gesetzgeber beseitigt werden sollen.

Zum einen fehlt im derzeit praktizierten Zulassungsprozess eine Vorprüfung der Leistung und der Behandlungsmethode, die als DiGA angeboten werden soll. Denn aktuell werden Behandlungsmethoden eingeführt, die nicht als Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V zugelassen sind.³ Ebenso sind die Grenzen zwischen Prävention nach § 20 SGB V, Patientenschulung nach § 43 SGB V und der digitalen Gesundheitsanwendung nach

1 Dr. Andrea Mischker ist stellvertretende Leiterin des Geschäftsbereichs Landesverband / FuE der BIG direkt gesund

2 DiGAV, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 18, ausgegeben zu Bonn am 20. April 2020.

3 Die DiGA Vorvida nutzt die Methode „Kontrolliert weniger trinken.“ Hierbei handelt es sich jedoch um keine anerkannte Behandlungsmethode in der ambulanten Versorgung im Sinne des § 135 SGB V (Erlaubnisvorbehalt).

§ 33a SGB V fließend.⁴ Eine Prüfung des BfArM, ob es sich bei der zu prüfenden DiGA um eine anerkannte behandlungsbedürftige Erkrankung handelt und welchem Leistungsbereich diese zuzuordnen ist, erfolgt offensichtlich nicht.⁵

Leistungen nach § 20 und § 43 SGB V enthalten Zulassungs- oder Zertifizierungsanforderungen für das eingesetzte Personal. Bei den DiGA fehlt diese Qualitätssicherung jedoch bei denjenigen, die im Rahmen der Anwendung persönliche Leistungen erbringen. Dieser Befund gilt sowohl im Rahmen der Zulassung, als auch bei der Aufrechterhaltung der Zulassung. In der Regel umfassen persönliche Leistungen Beratungen Face to Face, via Mail oder Chat.⁶

Zum anderen führt die ex post Nutzenbewertung vorläufig zugelassener DiGA, zu Einschränkungen beim Geschlecht, den Indikationsgruppen oder zur Löschung von DiGA.⁷ Dies führt zu einem Flickenteppich aus immer spezieller werdenden Zulassungskriterien und erhöht den Auswahlaufwand bei Verordnenden und den Prüfaufwand bei Krankenversicherungen. Die Löschung von DiGA aus dem BfArM-Verzeichnis führte bei vollständiger Herausnahme aus dem Verzeichnis in der Vergangenheit zu Insolvenzen der Herstellenden und zu wahrscheinlich nicht mehr betreibbaren Beitragsgeldern. Da die Solidargemeinschaft in dieser Konstellation allein und umfassend in Vorleistung getreten ist, trägt sie das Risiko allein.

Nutzenbewertung

Studien, mit denen der Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen nachgewiesen wird bzw. zukünftig nachgewiesen werden soll, enthalten erhebliches Verzerrungspotential und sind für die Fragestellung oft unzureichend designt.⁸ Ergebnisse aus Wartegruppendesigns werden überinterpretiert.⁹ Drop-outs werden nicht zu allen Messzeitpunkten berichtet, Drop-out-Gründe oft nicht genannt.¹⁰ Schweregrade von Erkrankungen, Komorbiditäten, aktuelle Behandlungssituationen sowie Patientenerfahrung und Krankheitsdauer bleiben unberücksichtigt, so dass am Ende offen bleibt, für wen welche DiGA geeignet oder gegenwärtig nicht geeignet ist. Außerdem fehlen Informationen über parallel stattfindende Behandlungen. Damit bleibt das Ausmaß der Kontamination in Stichproben unbekannt.

Nutzennachweise kommen auf eine geringe bis maximal mittlere Effektstärke im Vergleich zu Kontrollen im Wartegruppendesign.¹¹ Wartegruppendesigns sollten deshalb bei analog bestehenden Behandlungsalternativen und Vergleichstherapien zwingend abgelehnt werden. Jede DiGA, deren Nutzen über ein Wartegruppendesign er-

bracht wurde, sollte mit einer Frist erneut gegen eine Vergleichstherapie getestet werden. Im Fall des Nachweises der Nichtunterlegenheit wäre es dann nur fair und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V angemessen, auch in Bezug auf die Vergütung mit einer Vergleichstherapie verglichen zu werden.¹² Vergleich kann jedoch aktuell keine DiGA vorweisen, obschon sie nach analoger Vergleichstherapie vergütet werden.¹³

Regelmäßig werden zudem Nutzennachweise für einen Zeitraum aufgeführt, der nicht mit dem anschließend zugelassenen Zeitraum korreliert. So weist beispielhaft der Anbieter der DiGA Kalmeda deren Nutzen für drei Monate nach. Verordnet werden kann Kalmeda jedoch für die Dauer von einem Jahr. Des Weiteren teilt der DiGA-Anbieter für Somnio einen typischen Nutzungszeitraum der App von sechs Wochen mit, zugelassen ist diese DiGA allerdings für drei Monate. Der Preis wurde ebenfalls für drei Monate festgelegt.^{14,15}

Es werden Patientengruppen für den Nutzennachweis ausgeschlossen, bei der endgültigen Zulassung werden jene Patientengruppen jedoch wieder eingeschlossen und damit zugelassen.¹⁶ Dem Patientengefährdungspotential wird bei der Zulassung nicht genug Beachtung

4 Die DiGA Nichtraucherhelden enthält ein Nichtraucherentwöhnungsprogramm wie es auch bei Prävention nach § 20 SGB V angeboten wird. Präventionsleistungen sind jedoch als DiGA grundsätzlich ausgenommen.

5 So bestehen bei der DiGA HelloBetter Stress und Burnout mit der Indikation Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) Zweifel an der Zulässigkeit. Z-Diagnosen nach dem ICD-10-Katalog stehen nicht für eine eigenständig behandlungsbedürftige Erkrankung und dürften die Anforderung des § 33a SGB V im Sinne einer Krankheit, Verletzung oder Behinderung gerade nicht erfüllen.

6 Einige DiGA arbeiten mit persönlichen Coachings und/oder individuell geführten Dialogen via Chat und Mailkontakt. Es gibt keinen Qualifikationsmaßstab für den Einsatz von Fachpersonal. Dies stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber analogen Strukturen dar, etwa bei der Ernährungsberatung/Ernährungstherapie oder in der Psychotherapie.

7 Ausgelistet mit Stand: 03.01.2023 aus dem BfArM-Verzeichnis sind: Esysta, M-Sense, Mika, Rehappy, Selfapy bei Panikstörungen.

8 Vgl. Kolominsky-Rabas P.L., Tauscher M., Gerlach R. et al., (2022).

9 Vgl. ebd. (2022).

10 Ein jüngstes Beispiel: <https://DiGA.bfarm.de/de/verzeichnis/294/fachkreise> (Abruf: 25.10.2022). Hier wurden Drop-out-Raten ab dem 9. Monat berichtet. Die wesentlich wichtigeren Drop-out-Raten nach drei Monaten wurden nicht benannt.

11 Das liegt am Placeboeffekt im Wartegruppendesign.

12 Für Preisverhandlungen werden analoge alternative Leistungen für einen Vergleich zur Kostenbildung herangezogen. Verglichen werden diese Leistungen in Bezug auf ihren Nutzen aber nicht. Ebenso wird die Inanspruchnahme dieser Vergleichsleistungen zu 100% angenommen.

13 KVT-I für Insomnie, KVT für Tinnitus, zugelassene multimodale Adipositasprogramme oder Ernährungsberatung bei Adipositas wären Vergleichstherapien, die mit DiGA verglichen werden sollten. Die ehemalige DiGA M-Sense verglich sich mit einer anderen App mit Tagebuchfunktion. Im Ergebnis konnte kein Unterschied berichtet werden.

14 <https://DiGA.bfarm.de/de/verzeichnis/350/fachkreise> (Abruf: 25.10.2022); Nutzennachweis erfolgt für drei Monate, das Programm ist für 12 Monate zugelassen.

15 <https://DiGA.bfarm.de/de/verzeichnis/508/fachkreise> (Abruf: 25.10.2022), vgl. Lorenz N, et al. (2019).

16 Lorenz N, et al. (2019), ebd.

beigemessen.^{17,18} Dieser Umstand kann nur als fahrlässig interpretiert werden, denn für vorab ausgeschlossene Gruppen wurde kein Nutzen nachgewiesen.¹⁹ Die DiGA somnio z. B. wird überwiegend für Patienten mit F-Diagnosen und parallel zur Psychotherapie eingesetzt.²⁰ Hier ist ein Nutznachweis dringend nachzuholen.

Mit der endgültigen Zulassung obsiegt das Maximalprinzip: je mehr Patienten DiGA nutzen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie auch auf Personen treffen, denen sie hilft. Leider fehlt die wirtschaftliche Perspektive des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, also die Aussage darüber, wie viele DiGA von einer Kasse zu zahlen sind, bis eine nutzende Person davon profitiert.

Für jede DiGA, die aktuell vorläufig oder endgültig zugelassen ist, sollte Real-World-Evidenz nachgewiesen werden. Krankenkassen sollten die gesundheitsökonomischen Fallkosten je Indikation je DiGA und für den jeweiligen Datenwilling ohne DiGA (matched pair Vergleich) ermitteln. Diese Fallkosten sollten in den jährlichen DiGA-Bericht aufgenommen werden.

Preisgestaltung

Den Herstellenden wurde mit dem DVG 2019 das Recht eingeräumt, im ersten Jahr den Preis selbst festzulegen sowie auch eigenständig einmal während dieser Zeit anzupassen. Im Ergebnis führt diese politische Entscheidung zu einer weiteren Gattung der Mondpreise, was die Preisentwicklung der Markteintrittspreise der zurückliegenden zwei Jahre eindrücklich zeigt.

Preistreibend wirken digital aufbereitete Inhalte, wenn die DiGA kognitive Verhaltenstherapie (KVT) beinhaltet. In diesem Fall wird zur Preisbildung die KVT-Gruppentherapie als Vergleichspreis mit einer unterstellten 100 %igen Inanspruchnahme herangezogen.²¹ Dies geschieht jedoch, ohne dass sich eine DiGA, die die KVT zum Inhalt hat, gegen eine analoge KVT-Gruppentherapie hätte jemals in ihrem Nutzen vergleichen müssen.²²

Ein wesentlicher Kritikpunkt ist die fehlende Preisgerechtigkeit. Aktuell wird nicht nach Nutzung oder Nutzen bezahlt, sondern das alleinige Einlösen des DiGA-Freischaltcodes berechtigt DiGA-Anbietende zur Rechnungsstellung gegenüber den Krankenkassen.

Validierte Messinstrumente für Prä-/Postvergleiche sollten regelhaft zu den in der Nutzenbewertung nachgewiesenen Messzeitpunkten auf der Anwendung in Form eines In-App-Trackings eingesetzt werden, um unter Real-World-Bedingungen Nutzung (P4U pay for use) und Nutzen (P4P pay for performance) zu messen. Für viele

DiGA wären auch P4P-Modelle bereits heute realisierbar, da im Onboarding und im zeitlichen Verlauf der Anwendung mit standardisierten Instrumenten gearbeitet wird, die für prä-post Vergleiche zugelassen sind.

Versicherte der GKV erhalten DiGA als Sachleistung kostenfrei. Leistungen nach § 43 SGB V und nach § 20 SGB V beinhalten hingegen eine Mitwirkungspflicht in Form von Kostenbeteiligung bzw. Kostenerstattung (Beteiligung bei § 43 SGB V, Erstattung bei § 20 SGB V). Würden Versicherte etwa eine Zuzahlung für eine DiGA im Quartal tragen müssen, führte auch diese Maßnahme zu einem eher real ausgerichteten Preisniveau.²³ Wenn vom Sachleistungsprinzip hingegen auf die Kostenerstattung umgestellt würde, würden Abbruchraten nicht Sache der GKV sondern der Herstellenden sein. Die Diskussion, faire Pay-for-Use-Modelle zu implementieren wäre dann im Interesse aller Beteiligten. DiGA sind als Sachleistung im SGB V aufgenommen worden. Weshalb nun DiGA gegenüber anderen Sachleistungen aus dem Beteiligungssystem der Zuzahlungssystematik herausgenommen wurden, ist sachlogisch nicht begründbar und nicht nachvollziehbar.

Die Preisgestaltung von DiGA ist an der Nutzung und an dem Nutzen auszurichten. Zudem sind die Versicherten wie bei anderen Sachleistungen auch an den Kosten zu beteiligen, um Mitwirkung und Adhärenz zu steigern.

Design und Methode

Die BIG direkt gesund hat sich sehr früh die Frage gestellt, was digitale Gesundheitsanwendungen leisten und wem sie nützen. Mit dieser Frage stieg die Abteilung FuE der

17 Schichtarbeiter, Führer von KFZ (z.B. MA im Vertrieb) berichten über Selbstgefährdungspotentiale bei der Umsetzung der Schlaftherapie und brachen daraufhin ab.

18 Die Zulassung von somnio enthält lediglich noch den Verweis auf Suizidalität. Vgl. BfArM-Verzeichnis: Kontraindikationen: Die Nutzung von somnio ist nicht geeignet für Personen, die sich aktuell in einer akuten Krise befinden, insbesondere dann, wenn Suizidgedanken und/oder -absichten bestehen. <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/508/fachkreise> (Abruf: 14.12.2022).

19 Lorenz N, et al. (2019), ebd.. Die Einschlusskriterien der Lorenz-Studie waren Deutschsprachigkeit, ein Alter ab 18 Jahren, Computer- und Internetzugang, ein ISI \geq 8. Zu den Ausschlusskriterien zählten Schichtarbeit, aktuelle Psychotherapie, Suizidalität, psychische Störungen, Alkoholabusus, ein Beck Depression Inventory (BSD-II) >19, eine andere Schlafstörung als Insomnie, Medikation nur, falls sich diese innerhalb der Studienteilnahme ändert.

20 DiGA Bericht nach § 33a Abs. 6 SGB V im Berichtszeitraum vom 01.09.2020 – 30.09.2021 vom GVK Spitzenverband.

21 Die Position der TK. Vier Forderungen zur Optimierung von Apps auf Rezept. www.tk.de/resource/blob/2125172/3fc38deaa337f411d2110a9e5fc067d5/position-zu-diga-data.pdf (Abruf: 08.12.2022).

22 Die Methodenbewertung des GBA lässt ausschließlich die Vergleichsintervention ggü. alternativen Versorgungszu.

23 Die Beteiligung an den Kosten hätte positive Auswirkungen auf die Adhärenz und die Weiterentwicklung der Anwendung nach nutzergeleiteten Präferenzen.

BIG in die qualitative Forschung ein und führt Interviews mit Anwendenden digitaler Gesundheitsanwendungen.

Zielsetzung dieser Vorgehensweise ist, tatsächliche Erfahrungen der Anwendenden in Bezug auf den Beschaffungsprozess, Erwartungen an die Anwendung, das Nutzungs- und Anwenderverhalten, die Nutzung der angebotenen Inhalte und Funktionen, Nutzungsdauer und -frequenz, Wirkung und Wirksamkeit zu erhalten.

Für die GKV ist jede DiGA eine Blackbox. Alle Informationen über DIGA beziehen sich auf Sekundärquellen wie z. B. das BfArM-Verzeichnis, veröffentlichte Teile der Pilotstudie oder Zulassungsstudien, sofern bereits publiziert, die Gebrauchsanweisung²⁴, Anwenderbewertungen in den App-Stores, sofern die DiGA als App verfügbar ist. Zudem werden den Indikationen entsprechend der aktuelle Behandlungsstandard, S3 Leitlinie und die Epidemiologie des Indikationsbereiches der DiGA für die Informationsgewinnung herangezogen.

Bisher wurden für vier DiGA teilstrukturierte Interviews entwickelt. Neben der deskriptiven Ergebnisdiskussion wurde nach Mustern in Bezug auf das Nutzerkollektiv gemäß der Grounded Theory gesucht und Theorien zum Anwenderverhalten gebildet.²⁵ Nach dieser Systematik wurden bislang die DiGA- somnio, M-Sense, Kalmeda sowie zanadio untersucht.

Somnio wurde zum 22.10.2021 dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen. Das Ziel von Somnio ist im BfArM-Verzeichnis wie folgt beschrieben: „Somnio ist eine digitale Anwendung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie). In der Anwendung werden evidenzbasierte und leitlinienkonforme Inhalte aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) vermittelt.(...)“ Die DiGA kostet aktuell 224,99 EUR für die Anwendung von 90 Tagen.²⁶

M-Sense wurde temporär vom 16.12.2020 bis 15.12.2021 in der Verlängerung bis 15.06.2022 in das Verzeichnis aufgenommen. Zum 04.04.2022 wurde die Anwendung auf Antrag des Herstellers aus dem BfArM-Verzeichnis gestrichen. Das Einsatzgebiet von M-Sense ist wie folgt beschrieben: „M-Sense Migräne bietet ein umfangreiches digitales Behandlungsprogramm für Migränepatientinnen und -patienten.(...)“ Die DiGA kostet 219,98 EUR für die Anwendung von 90 Tagen. M-Sense ist aktuell nicht mehr im Verzeichnis gelistet und kann nicht zu Lasten der GKV verordnet und abgerechnet werden. Mit der Auslistung dieser DiGA besteht die Forderung des Ausgleichsbetrages der GKV an den Herstellenden in Höhe von 209,98 Euro je abgerechneter DiGA.²⁷

Kalmeda wurde temporär vom 25.09.2020 bis 24.09.2021 (verlängert bis 24.12.2021) und ab dem 18.12.2021 dauerhaft ins BfArM-Verzeichnis aufgenommen wurde. Das Ziel von Kalmeda ist im BfArM-Verzeichnis wie folgt beschrieben: „Diese DiGA bietet Patientinnen und Patienten (die das 18. Lebensjahr vollendet haben) mit chronischer Tinnitusbelastung eine leitlinienbasierte, verhaltenstherapeutische Therapie.(...)“ Die DiGA kostet aktuell 203,97 EUR für die Anwendung von 90 Tagen. Die optimale Therapiedauer von 12 Monaten kostet 815,88 EUR.²⁸

Zanadio wurde temporär vom 02.10.2020 bis 21.10.2021 sowie zweimalig verlängert (zuerst bis zum 21.07.2022 und dann bis 21.08.2022) in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen. Seit dem 15.08.2022 ist die DiGA zanadio dauerhaft in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen worden und für Frauen mit Adipositas Grad I und II (WHO 2006) zugelassen. Das Ziel von zanadio ist im BfArM-Verzeichnis wie folgt beschrieben: „zanadio ist eine Anwendung, die den Nutzern durch eine Veränderung Ihrer Gewohnheiten in den Bereichen Bewegung, Ernährung sowie weiteren Verhaltensweisen hilft, langfristig ihr Gewicht zu reduzieren. (...)“ Die DiGA kostet aktuell 499,80 EUR für die Anwendung von 90 Tagen. Die optimale Therapiedauer liegt bei 6–12 Monaten, damit kostet das Therapieprogramm je Versicherten zwischen 999,60 EUR und 1.999,20 EUR.²⁹

Zunächst wurde das Anwenderkollektiv je DiGA für jenen Zeitraum erfasst, für die ein Freischaltcode durch die BIG herausgegeben wurde.³⁰ Meistens handelte es sich um 100 % Stichproben (vgl. Tab. 1).

Mit Anschreiben des jeweiligen DiGA-Anwenderkollektives wurde eine Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme und Zustimmung in ein Interview versandt. Lag die Einwilligung zu einem Interview schriftlich vor, wurde ein teilstrukturiertes Interview durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die Audio-datei wurde nach der Transkription gelöscht. Datum und Uhrzeit der Löschung der Audiodatei sind im Transkript dokumentiert. Nach Erstellung aller Transkripte wurde inhaltsanalytisch ausgewertet.

24 Allein das Studium der im BfArM-Verzeichnis zur jeweiligen DiGA veröffentlichten Gebrauchsanweisungen zeigt die Tragweite der reduzierten Informationen mit Blick auf die Zielgruppen Anwendende und Verordnende.

25 Vgl. Glaser et al. (2010), Legewie (2006).

26 Somnio <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/508> (Abruf: 17.10.2022).

27 M-Sense <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/315> (Abruf: 17.10.2022).

28 Kalmeda <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/350> (Abruf: 17.10.2022).

29 zanadio <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/294> (Abruf: 17.10.2022).

30 Ein herausgegebener Freischaltcode ist noch nicht ein abgerechneter Code. Die Differenz zwischen ausgegeben und abgerechnet wird im DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes mit 78,5% berichtet. DiGA Bericht nach § 33a Absatz 6 SGB V, (2021).

31 Vgl. Mayring & Fenzl (2014).

Die Auswertung der kommunikativen Inhalte erfolgte über die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese Methode ermöglicht die Kombination qualitativer und quantitativer Auswertungsvorhaben. Im Fokus der Methode stehen schrittweises Vorgehen, induktive Kategorienbildung, wenn multiple Sachverhalte benannt wurden und inhaltsanalytische Analyseeinheiten. Die Auswertung erfolgte durch zwei Personen im Diskurs.³¹

Tabelle 1 kann entnommen werden, dass 221 Versicherte angeschrieben wurden. 84 Versicherte haben Ihre Zustimmung für ein Interview erteilt und daran teilgenommen. Die Responseraten variieren je DiGA und liegen zwischen 34,8 und 52,3 %. Sie sind als sehr gut zu bewerten.³²

Ebenso sind in der Tabelle 1 die berichteten Abbruchraten vermerkt. Diese liegen für alle drei endgültig aufgenommenen DiGA bei der Hälfte der Anwender. Somnio wurde weniger als 90 Tage genutzt, für alle anderen DiGA repräsentieren die Daten mindestens 90 Tage. Die Nutzung nahm weiterhin ab, je länger das Programm dauerte.

DiGA	N=Versicherte	Stichprobe	Response N	Response-rate %	Abbruchrate % ≤ 90 Tage
somnio	30	100 %	16	52,3 %	50,0 %
M-Sense	32	100 %	13	40,7 %	38,5 %
Kalmeda	65	30 %	23	35,0 %	63,6 %
zanadio	94	100 %	32	34,8 %	48,4 %
Summe	221		84		

Tabelle 1: Qualitative Anwenderinterviews zu digitalen Gesundheitsanwendungen

Mit Datum vom 12.12.2022 betrug für die Programm-DiGA Kalmeda (empfohlene Anwenderdauer 12 Monate) die Quote der Folgeanwendungen 15,1 % (79 von 445). Dies entspricht einer Abbruchquote von 84,9 %. Bei zanadio beträgt die Quote der Folgeanwendungen 28,4 % (80 von 202). Das entspricht einer Abbruchquote von 71,6 %.³³ Diese Zahlen korrespondieren nahezu mit dem aktuellen DiGA-Bericht gemäß § 33a SGB V.³⁴

Gründe für den Abbruch von somnio, M-Sense, Kalmeda und zanadio

Aus allen vier vorliegenden Ergebnissen wurden nun vergleichbare Befunde extrahiert, die entweder bei allen vier oder bei mindestens zwei der untersuchten DiGA mehrfach vergleichbare Abbruchgründe beschreiben.

Auswahlentscheidung

„Ich dachte, wenn es von der Krankenkasse bezahlt wird, muss es ja gut sein.“³⁵

„Ich habe das (NAME DIGA) im [Internet], [Höhle der Löwen], [Fernsehen], [Zeitschrift] gesehen und bin dann mit der Idee zum meinem [Name Arzt/Ärztin] und habe gesagt, das will ich mal ausprobieren.“

DiGA sind in der Werbung, im Fernsehen, in den sozialen Medien, Printmedien und Plakatwänden zuweilen omnipräsent. Motiviert durch diese Art der Kommunikation beschließen Versicherte beim nächsten Arztbesuch, um die Verordnung einer DiGA zu bitten. Diese „Arzt-InfluencerInnen“ sind mehrheitlich weiblich. Weit mehr als die Hälfte der Befragten nahm die Rolle der „Arzt-InfluencerIn“ ein.

Konsequenzen der Auswahlentscheidung

„Große Erwartungen hatte ich nicht, ich wusste ja nicht, was auf mich zukommt.“

„Ich bin nicht der Typ dafür.“ „Aufwand und Nutzen standen für mich in keinem Verhältnis.“

Hier beginnt in Ermangelung an beiderseitigem Wissen um die digitale Gesundheitsanwendung ein kostspieliges „Trail-and-Error“. Denn in der Regel sind die Anwendenden schnell frustriert, wenn ihnen mit Start der Anwendung klar wird, wieviel Zeit für die Anwendung tatsächlich aufgewendet werden muss. DiGA sind kein „Take-away-Treatment“. Auch für diese Leistung ist Aufklärung das A und O. Es bedarf einer „Anwendungsinformation“ für die jeweilige DiGA, in der enthalten sein muss: Wer eignet sich? Wer eignet sich nicht? In welchen Lebensumständen sollte man sich befinden, um die DiGA erfolgreich zu nutzen? Was muss man an Zeit und Aufwand investieren? Was kann man dafür mindestens erwarten? Leider fehlen diese Informationen sowohl für Anwendende als auch für Verordnende. Auch der wiederholt von der GKV geforderte Testzeitraum kann Anwendenden zeigen, ob diese Art der Therapie für sie geeignet ist. Gerade für DiGA, deren Inhalt auf Entspannungsverfahren setzen, ist eine aufgeschlossene Haltung gegenüber dieser Therapieform notwendig.

32 Vgl. Schupp & Wolf (2015).

33 Die Quote der Folgeanwendungen wird gemessen durch die Zahl der herausgegebenen Folgecodes. Dabei wird aktuell noch nicht nach Folgecodes nach 6, 9, 12 Monaten unterschieden.

34 Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht) gemäß § 33a Absatz 6 SGB V Berichtszeitraum: 01.09.2020–30.09.2022, S. 43.

35 Bei den kursiv gekennzeichneten Sätzen, handelt es sich um Aussagen von Anwendenden, die stellvertretend für die Abbruchgründe stehen, die in mind. zwei der untersuchten DiGA vorkamen.

Bedeutung und Rolle der ärztlichen Therapiebegleitung

„Hätte mich der Arzt nicht jedes Mal motiviert weiter zu machen, hätte ich längst aufgegeben, da ich ja keinen Erfolg verspürt habe.“

Eher selten finden Feedbackgespräche mit Verordnenden statt. Die meisten Anwendenden kannten die Funktion des Uploads des Therapiefortschrittsberichtes gar nicht und wussten auch gar nicht, dass sie die Daten mit Verordnenden teilen können. Gerade dann, wenn es sich um Programm-DiGA handelt, deren Anwendung über mehrere Quartale hinweg empfohlen werden, ist die Therapiefortschrittskontrolle einer der zentralen Anker zur Sicherung der Therapietreue.³⁶

Die Motivation zur Nutzung nahm exponentiell ab, wenn sich die Anwendung als umfangreiches Programm entpuppte und ein hohes Maß an Mitwirkung und regelmäßige Beschäftigung mit dem Programm vom Anwendenden verlangte. In den wenigen beobachtbaren Einzelfällen bei Programm-DiGA war ein erfolgtes Arztfeedback mit einem positiven Effekt auf die Anwendertreue und im Ergebnis auch auf den berichteten Nutzen der Anwendung verbunden.

Patientenexpertise

„Man musste immer warten, bis die einem Content freischalten. Das hat mich voll genervt.“ „Ich wollte einfach andere Sachen, die später rankamen, weil mich das viel mehr interessiert hat.“

Kontraproduktiv erwies sich nicht sofort vorhandener, sondern nacheinander freigeschalteter Content. Verbunden wird dieses Vorgehen mit der Aussage, dass es erwiesen sei, dass sich Wissen erst verfestigen muss, bevor neues Wissen nachgeschoben wird. Allerdings scheint dies eher dafür genutzt zu werden, um die Dauer der Anwendung in die Länge zu ziehen. Einen Nachweis, wie lange sich denn digital verfügbarer Content verfestigen müsse, bis man sich neuen Themen zuwenden kann, bleiben jene, die dieses System für sich in Anspruch nehmen, auch in ihren Studien schuldig. Nicht in jedem Fall war der Support oder das therapiebegleitende Personal so freundlich und hat den Kunden den gewünschten oder alternativ gewünschten Content zur Verfügung gestellt. In den Fällen, wo das nicht geschah, wurde dies als bevorzugend wahrgenommen. Dies wird als Indiz interpretiert, dass die Expertise des Patienten in DiGA systematisch unterschätzt wird.

„Das war mir alles zu Basic.“ „Das ist eher für Leute, die gerade erkrankt sind und nichts darüber wissen.“ „Das war mir nicht individuell genug.“

Ebenso nicht ausreichend berücksichtigt werden die Krankheitsdauer und die bereits vorhandene Patientenerfahrung. Alle Anwendenden werden unabhängig von ihrem Vorwissen und ihrer Krankheitsdauer gleichbehandelt. Dies führt zu schneller Frustration und zum Abbruch. Je länger die Krankheitsdauer und je umfassender vorhergehende Behandlungserfahrungen, desto mehr verlangen Anwendende nach Individualisierung und fühlen sich nicht individuell genug abgeholt.

digitale Expertise

„Ich bin dann zu NN gewechselt. Das war ein Quantensprung gegenüber dieser Anwendung.“ „Ich kann nur sagen, NN ist kostenfrei, bietet die gleichen Funktionen, jetzt wo ich weiß, was meine Krankenkasse dafür zahlen muss, werde ich wechseln.“

„Also von den Funktionalitäten her, kenne ich besseres aus dem Markt. Das hat mich nicht überzeugt.“

Anwendende werden auch in ihrer digitalen Expertise systematisch unterschätzt. Denn je mehr Erfahrungen mit anderen gesundheitsbezogenen Apps in der Vergangenheit gemacht wurden, desto kritischer wurde die „Kassen-DiGA“ beurteilt und Vergleiche mit anderen Anwendungen am freien Markt in Bezug auf Inhalte, Funktionen und Usability, gezogen. Nicht zu unterschätzen ist auch die Tatsache, dass DiGA technisch affine Zielgruppen anziehen.

Risiken und Nebenwirkungen

„Die Erhöhung des Schlafdrucks habe ich fünf Tage durchgehalten, konnte ich letzten Endes nicht durchführen, weil sie meiner Meinung nach zu einer Gefährdung für mich geführt hätte. Denn ich war tagsüber beim Autofahren zu müde.“ „Die haben mir vorgeschlagen, eine große Portion Obst am Tag zu essen. Ich bin Typ 1 Diabetikerin. Wissen Sie, was passiert, wenn ich das mache?“

Einige Patienten berichteten von Gefährdungssituationen im Zusammenhang mit DiGA, die zum Abbruch geführt haben. So wurde zanadio mehrfach abgebrochen, weil sich T1DM Versicherte aufgrund der Ernährungsvorschläge gefährdet sahen. Ebenso wurde dies von Patienten mit multiplen Lebensmittelallergien berichtet. Schichtarbeiter, Fahrzeug- und Maschinenführer brachen die digitale Anwendung somnio zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie) wegen eintreten-

³⁶ <https://zanadio.de/support/programminhalte/> (Abruf: 14.12.2022), „Du kannst deine Daten ganz freiwillig mit deinen Arzt:Innen teilen, musst es aber nicht.“ erweckt nicht den Eindruck, dass es um Zielerreichung geht.

der Gefährdung durch Übermüdung und Konzentrationsproblemen ab. Psychisch Erkrankte fühlten sich vom Programm nicht individuell genug abgeholt und konnten sich mit den Testimonials der Insomnierer und den Schlaf-typen nicht identifizieren.

Zwingend sind Gefährdungspotential und Auswirkungen bei Komorbiditäten für Anwendende bei der Zulassung zu erfassen und Risikobewertungen durchzuführen.

Setting

„Ich bin dann in die Reha und konnte das nicht so umsetzen, wie ich mir das gewünscht hätte.“ „Ich dachte, ich mach das im Urlaub in den Bergen in Ruhe, musste dann aber feststellen, dass man es offline gar nicht nutzen kann.“ „Ich war beruflich so eingespannt, dass ich das dann aus den Augen verloren habe.“

Unter Setting werden alle persönlichen, beruflichen und krankheitsbezogenen Situationen und Lebensumstände verstanden, die während der DiGA-Anwendung auftraten. DiGA wurden in der Regel nicht weiterverwendet, wenn eine Änderung im Setting stattgefunden hatte. So führen parallel stattfindende medizinische Interventionen zum Abbruch der Anwendung wie auch Änderungen im privaten Lebensumfeld. Insoweit sollte die DiGA-Anwendungsinformation einen Hinweis auf das Setting haben. Setting und technische Voraussetzungen wurden dann miteinander verknüpft, wenn die Zeit gegeben, aber die technischen Anforderungen (hier die erwartete Offline-Fähigkeit der Anwendung) nicht erfüllt wurden. Die hierüber herbeigeführten Unterbrechungen führten zu einem Motivationsverlust und letztlich zum Abbruch.

Technische Voraussetzungen

„Ich habe nicht das neueste Handy, so dass es alles immer sehr lange gedauert hat.“ „Der tägliche Anmeldeprozess war mir irgendwann zu viel.“ „Nach einem Update kam ich da nicht mehr rein. Der Support konnte auch nicht helfen.“

Es gab auch klassische technische Probleme, die den Anwendungszeitraum zuweilen verkürzten, ohne dass die Anwendung selbst als unzureichend wahrgenommen wurde. Auch hier würde es helfen, die technischen Anforderungen in der Übersicht für potentielle Anwendende verfügbar zu machen.

Wirkung und Nutzen

„Ich habe nichts gemerkt und erstmal weitergemacht.“ „Nachdem es mir nichts gebracht hat, habe ich abgebrochen.“ „Na ich weiß jetzt, dass ich nichts falsch mache.“ „Ich habe nicht viel gemerkt und dann irgendwann die Lust verloren.“

„Ich weiß auch nicht, was es die App oder das Medikament?“

Das erlebte Missverhältnis zwischen Aufwand und fehlender Wirkungserfahrung führt sicher zum Abbruch. Oft räumten Anwendende der DiGA noch eine zeitlich begrenzte Chance ein, bis wann was ihrer Meinung nach passieren müsste. Auch hier wären in der DiGA-Anwendungsinformation Hinweisen zu empfehlen, wann man die ersten Wirkungen, Erfolge etc. erwarten kann (Nutzen), was das sein wird (Beschreibung des Nutzens) und was man dafür zu tun hat (Aufwand).

Insgesamt haben zwischen 38,5 % bis 43 % der Anwendenden ihrer DiGA eine Wirkung bescheinigt.³⁷ Zugleich war eine der häufigsten Aussage auf Fragen zum Ausmaß der Wirkung oft der Hinweis auf parallel stattfindende andere medizinische Interventionen, die das Ausmaß der Wirkung wiederum einschränkten.

Je länger und intensiver die Anwendenden die DiGA genutzt haben, umso häufiger wurde der DiGA eine Wirkung bescheinigt. Die Ziele der DiGA wurden jedoch überdurchschnittlich oft nicht erreicht. So führten lediglich 25 % der Anwendenden das Schlaftherapieprogramm bei somnio durch (43 % gaben eine Wirkung an, die sie erlangtem Wissen zuschrieben). Für M-Sense gab es gar keinen Bericht über reduzierten Medikamentenkonsum (Triptane, Analgetika) und Aussagen über identifizierte Trigger lediglich im Einzelfall. Bei Kalmeda äußerten 22 % der Befragten, besser mit dem Tinnitus umgehen zu können.

Bei zanadio konnten jüngst Erkrankte mehr Gewicht verlieren als länger erkrankte und diäterfahrene Patienten. Männer verloren 5,5 % ihres Körpergewichts, bei Frauen waren es 3,9 %, wobei sich zanadio gegenüber anderen Programmen oder verwendeten Maßnahmen im Ergebnis nicht unterschied.³⁸

Die nachfolgenden Zitate zeigen die wichtigsten Vorschläge der Anwendenden zur Optimierung.

³⁷ Somnio 43%, M-Sense 38,5%, Kalmeda 40%, Zanadio 41%.

³⁸ Zanadio; die Abbruchquote der 100% Stichprobe (N=92) lag insgesamt bei 69,5%. Die Abbruchquote der Interviewteilnehmenden bis zum 3. Monat der Anwendung lag bei 45,2 % (14 von 32). Die Abbruchquote der Interviewteilnehmenden bis zum 6. Monat der Anwendung lag bei 58,1 % (18 von 32). Die Interviewteilnehmenden waren motiviert und haben sich durch zanadio „nudgen“ lassen (51,6 %). 16 von 32 Teilnehmenden haben sich alternativen Programmen (andere App, andere Maßnahmen zur Gewichtsreduktion) zugewendet. Diese Gruppe stellte die Hälfte der Stichprobe dar und erhielt den Namen „die Genudgedten“. In beiden Gruppen (zanadio Anwendende vs. Genudgedte) wurde Gewicht in vergleichbarem Umfang reduziert. In beiden Gruppen wurde der Adipositas-Grad und/oder der BMI reduziert. Gemäß dem Vergleich in der Untersuchung haben Frauen das Ziel, 5 % des Körpergewichts zu verlieren, nicht erreicht (MW, Ngesamt [4,5 %]; N♀ [3,9 %]; N♂ [5,5 %]); Männer hingegen haben das Ziel übererreicht. Dabei korrelierte die Dauer der Erkrankung und das Maß der Vorerfahrung negativ mit der Höhe der Gewichtsreduktion.

„Motivationsanker“, „motivationsteigernde Elemente haben gefehlt.“

„Ich habe manche Anweisungen nicht verstanden.“

„Versionen für PC aus Gründen der besseren Lesbarkeit.“

Auch in Sachen Therapietreue werden die Herstellenden der DiGA in der Pflicht gesehen mehr motivationale Elemente anzubieten. Anweisungen besser zu erklären und durch PC-Versionen für eine bessere Lesbarkeit zu sorgen, waren die am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge, die sich über alle vier untersuchten DiGA wie ein roter Faden durch die Interviews zogen.

Zusammenfassung

Für vier digitale Gesundheitsanwendungen liegen aus 84 ausgewerteten Interviews vergleichbare Aussagen zur Nutzung respektive Nichtnutzung dieser DiGA vor.

Die vorliegenden Ergebnisse aus den Interviews zeigen fehlende Aufklärung über Aufwand, Nutzen und Nutzen-erwartungen auf. Systematisch werden (Zeit-) Aufwand und die notwendige aktive Therapiebeteiligung in einer DiGA unterschätzt. Fehlerhafte oder ungenaue Zulassungen führen zu Fehlversorgungen. Bereits im Rahmen der Zulassung fehlt die intensive Auseinandersetzung mit Kontraindikationen einer DiGA. Setting-Einflüsse führen zum vorzeitigen Abbruch. Die untersuchten DiGA zeigen, dass die Anwendenden kritisieren, dass die Patientenerfahrung sowohl krankheitsbezogen als auch in Bezug auf die digitale Kompetenz eher unterschätzt wird. Parallel stattfindende medizinische Interventionen führen zu berichteten Effektverlusten bei der Beschreibung der Wirkung. Ausbleibende Nutzenerlebnisse führen ebenso zum Abbruch.

Eine DiGA-Anwendungsinformation sollte für jedes Produkt verfügbar sein. Folgende Angaben werden hierbei als wesentlich betrachtet:

Wer eignet sich? Wer eignet sich nicht? In welchen Lebensumständen sollte man sich befinden, um die DiGA erfolgreich zu nutzen? Was muss ich an Zeit und Aufwand investieren? Was kann ich dafür mindestens erwarten? Wie kann ich die Daten mit meinem Verordnenden teilen? Ist die Anwendung offline zu nutzen? Gibt es eine lesefreundliche Version?

Die hier untersuchten DiGA können dem Anwendenden grundsätzlich einen Zuwachs an Krankheitsexpertise durch Patientenedukation bieten. Jedoch handelt es sich aktuell eher um überbewerteten digitalen Content. Nicht wesentlich für den Zulassungsprozess, jedoch systemisch

relevant, ist die Tatsache, dass dem keine relevante Kosteneinsparung gegenübersteht.

Grundsätzlich sollte man in der Gesetzlichen Krankversicherung Gleiches auch gleich behandeln und digitale Gesundheitsanwendungen wie alle anderen Leistungen einem Nutznachweis ex ante unterziehen. Zudem sind Leistungs- und Methodenprüfungen vor der Aufnahme in das BfArM Verzeichnis vorzunehmen. Persönlich erbrachte Leistungen sollten den analogen Zulassungsbedingungen in Bezug auf die Qualifikation des Personals unterliegen. Ebenso ist die Zuzahlung für die Sachleistung der DiGA einzuführen. Darüber hinaus sollte zeitlich begrenzt eine Testmöglichkeit für alle DiGA angeboten werden. Ein monetärer Ausgleich erfolgt für die Fälle, die die Anwendung zu Lasten der GKV weiter nutzen. Pay-for-Use und Pay-for-Performance-Modelle sollten verpflichtender Bestandteil der Preisgestaltung sein, um zu nutzungs- und nutzenorientierten Abrechnungsmodellen zu kommen.

Umfassende Literatur bei der Verfasserin, Adresse auf Anfrage bei der Redaktion ●



Dr. Andrea Mischker

Stellvertretende Leiterin des Geschäftsbereichs Landesverband / FuE der BIG direkt gesund, Berlin

6 HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

3. und 4. Mai 2023



Gesundheitsversorgung unter Krisenbedingungen – nachhaltig, regional, koordiniert gestalten

Unser Gesundheitssystem steht vor umfassenden Herausforderungen: **Umwelt, Klima, Krieg in Europa, Energiekrise, Zulieferschwierigkeiten, Inflation, Rezession, Fachkräftemangel, Entwicklung chronischer Krankheiten, neue Infektionskrankheiten und finanzielle Defizite** sind die Stichworte, die dringend politischer Lösungen bedürfen.

Auf der einen Seite wird auf die **Möglichkeiten und Potenziale von Digitalisierung, künstlicher Intelligenz und Telemedizin** bei Interoperabilität gesetzt, auf der anderen Seite stagniert die **Veränderung bei Strukturen und Prozessen**. Aus Praxis und einschlägiger Wissenschaft entstehen viele Vorschläge zur **strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens** und auch im **Koalitionsvertrag** werden Linien aufgezeigt, deren Umsetzung derzeit aber durch die genannten Rahmenbedingungen gebremst scheint.

Die Bereitschaft, mehr zu wagen und **in der Krise neue Wege zu gehen**, ist spürbar. Es scheint, als müsse **die Praxis für die Politik den Aufschlag machen**, um Gesundheitsversorgung unter Krisenbedingungen nachhaltig regional koordiniert nach vorne zu bringen.



Wir sollten endlich aufhören, die sich wiederholenden Krisenszenarien als temporäre Unpässlichkeit des Gesundheitssystems schönzureden. Sie sind kein Zufall, sondern Symptome einer **strukturellen Krise unserer Gesundheitsversorgung und Gesellschaft**. Insofern wird 2023 zum Jahr der irreversiblen Grundsatzentscheidung über die Frage, ob im Gesundheitssystem die Sicherung von Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit gelingt.

Prof. Dr. Jochen A. Werner

Ärztl. Direktor & Vorstandsvors. Universitätsmedizin Essen

Profitieren Sie vom Sonderpreis für Abonnenten der WELT DER KRANKENVERSICHERUNG und gestalten Sie mit am 3. und 4. Mai 2023



JETZT
ANMELDEN!



Begleiten Sie uns durch vier spannende Panels:

1. Prävention – Versorgung – Pflege, eine verbundene Trias für mehr Gesundheit?

mit Dr. Michael Brinkmeier, Dr. Susanne Bublitz, Andrea Galle,
Prof. Dr. Dipl. Psych. Friedemann Geiger & Sandra Postel

2. Nachhaltig finanziert gerade auch in der Krise – was sind die Anforderungen?

mit Prof. Dr. Andreas Beivers, Prof. Dr. med. Ingo B. Autenrieth, Andreas Storm

3. Komplexe ambulante Versorgung in der Region – wie gestaltet sich das?

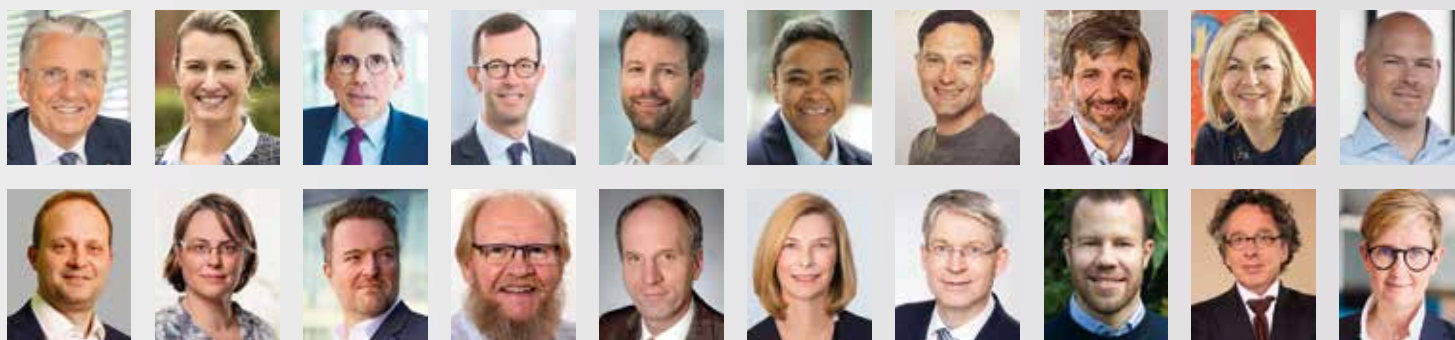
mit Dr. Isabella Erb-Herrmann, Dr. Claudia Fleischer, Prof. Dr. med. Peter Rohmeiß,
Nicole Ruprecht, Magnus Stüve

4. Digitale Transformation im Gesundheitswesen – Hype oder Nukleus der Sinnstiftung?

mit Istok Kespret, Admir Kulin, Patrick Lang, Patrick Massow,
Dr. Uwe C. Preusker & Marek Rydzewski

Tischgespräch am Vorabend

mit Dinner Speech von
Gesundheitsunternehmer
Prof. Dr. Heinz Lohmann



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de



Individuelle Medikation aus dem Pharmadrucker

Von Prof. Dr. Gerald Huber, Executive Advisor, Plüderhausen und Prof. Dr. Christian Franken, CEO, Schwäbisch Gmünd.

Die Diagnostik hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Heutzutage ist bekannt, dass die Wirksamkeit eines Arzneimittels von vielen Faktoren abhängt, darunter genetische Ausstattung, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Gewicht, Lebensstil, Umwelteinflüsse etc. Jeder Patient hat schließlich einen anderen Stoffwechsel. Daher wirken circa 50 – 75 % der verordneten Medikamente nicht so wie beabsichtigt. Schätzungsweise 60 % der verordneten Medikamente haben nicht den optimalen therapeutischen Nutzen, da der Patient über- oder unterdosiert wird. Unsere Autoren erläutern im Folgenden, wie die DiHeSys Digital Health Systems diese Erkenntnisse aus der Diagnostik in die Therapie überführen und den Patienten eine individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Medikation anbieten möchte.

Das Prinzip der Individualisierung ist dabei nicht wirklich neu. Schauen wir uns zur Verdeutlichung einen Typ 1 Diabetiker an. Das Insulin wird individuell, bedarfsgerecht zugeführt, via Spritze oder Pumpe. Eben so viel Insulin, wie der Körper nun in dieser Situation benötigt. Niemand käme auf die Idee, nur Standard-Dosierungen zu spritzen. Bei der Therapie mit Tabletten oder Kapseln versagt dieses Prinzip bisher. Es können nur Tabletten bzw. Kapseln mit einer fixen und standardisierten Dosis verabreicht werden. Heutzutage bekommen die Patienten eben meist „one-size-fits-all“-Tabletten. Neue Produktionsverfahren wie digitale 2D- und 3D-Druckverfahren ermöglichen dabei völlig neue Ansätze für personalisierte Medikamente.

Nebenwirkungen führen zu unnötigen Krankenhausaufenthalten und sogar zu Todesfällen. Der Einsatz von wirkstoffhaltigen Kartuschen für digitale 2D- und 3D-Druckverfahren in Apotheken hat den Vorteil, dass die

Dosierung des Wirkstoffs, der Wirkstoffmischung und der Darreichungsform des Arzneimittels flexibel bzw. frei erfolgen kann. Die Herstellung erfolgt nach Bedarf dezentral in Apotheken bzw. innerhalb der Krankenhausversorgung. Und nicht nur die Dosis kann flexibel angepasst werden, auch können mehrere Wirkstoffe in flexibler Dosierung in eine Tablette gedruckt werden. Damit können auch die Probleme rund um das Thema Therapietreue minimiert werden, schließlich nimmt die Komplexität der Therapieschemata ab. Anstelle von z. B. drei bis vier Tabletten muss nun nur noch eine eingenommen werden. Diese enthält aber die gewünschten Wirkstoffe in einer Tablette, eben in den individuell notwendigen Dosierungen.

Regierungen weltweit drängen auf die Umsetzung der Digitalisierung der Gesundheitssysteme, z. B. durch elektronische Patientenakten und elektronische Rezepte. Dafür ist die DiHeSys Lösung hervorragend geeignet. Zukünftig

wird der Arzt die individuelle Dosierung anhand von Vitaldaten und weiteren patientenspezifischen Daten, die in der Patientenakte gespeichert sind, bestimmen. Diese Dosierung ist Gegenstand des elektronischen Rezepts, das an den Patienten und die Apotheke weitergeleitet wird. Dort druckt der Drucker das personalisierte Medikament entsprechend den Daten des Rezepts aus. Darüber hinaus wird Künstliche Intelligenz insbesondere in der Diagnose und Therapie zu einer starken medizinischen Unterstützung. Dadurch wird die Qualität von Diagnostik und Therapie kontinuierlich zunehmen. Der geschlossene Kreislauf digitaler Daten von der Diagnose bis hin zu verbesserten Therapiekonzepten wird den Gesundheitssystemen helfen, die Effizienz der Behandlung zu steigern (höhere Therapietreue, weniger Nebenwirkungen, geringere Gesamt- bzw. Krankheitskosten).

Die neuen Technologien eröffnen Wege zu personalisierten medizinischen und pharmazeutischen Produkten und Therapien. In der Pharmabranche ist der 2D- bzw. 3D-Druck auf dem Vormarsch und es entstehen vielfältige Szenarien für die zukünftige Pharmaproduktion. Auch bieten individualisierte Therapieverfahren enormes Potenzial, Innovationslücken zu schließen. DiHeSys wird dieses Potenzial nutzen und seine Lösung in Europa und darüber hinaus zur Verfügung stellen. Die langfristige Vision (innerhalb von 5 Jahren) besteht darin, diese Innovation von Europa in die Welt zu bringen. Dies wird zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit aller beteiligten Sektoren und zur Etablierung neuer Dienste mit neuen Arbeitsplätzen führen.

Was genau macht DiHeSys?

Das Start-up-Unternehmen DiHeSys entwickelt und produziert informations- und prozesstechnische Systeme, um Patienten den Zugang zu personalisierten Medikamenten zu ermöglichen. Hierfür bietet DiHeSys seinen Kunden – zum Beispiel Apotheken und Krankenhäuser – speziell entwickelte Pharmadrucker für den digitalen 2D- und 3D-Druck von personalisierten Tabletten bzw. oralen Dünnschichten an. Darüber hinaus entwickelt und liefert DiHeSys Druckerpatronen und Druckfilamente mit druckbaren Formulierungen von pharmazeutischen Wirkstoffen. Die Produktpalette umfasst auch ergänzende Dienstleistungen wie die Installation der Drucker inklusive IT-Support. DiHeSys hat seinen Sitz in Schwäbisch Gmünd, Deutschland und hat bereits mehrere Preise gewonnen, unter anderem den Vision.A Award 2019, den German Excellence Award for E-Health 2020. DiHeSys ist zudem unter die Top 3 Finalisten des Health-i Awards von Handelsblatt und Techniker Krankenkasse gekommen. Aktuell ist die DiHeSys weiterhin unter den besten 3 der TOP100 Innovatoren 2023 nominiert worden. Die För-



Abb. 1: Mit 2D und 3D gedruckten Medikamenten ist eine individuelle Dosierung mehrerer Wirkstoffe möglich (Urheber: DiHeSys)



Abb. 2: Gesellschafter DiHeSys Dr. Markus Dachtler, Prof. Dr. Christian Franken, Prof. Dr. Gerald Huber (Urheber: Ute Huber)

derung der personalisierten Medizin ist politisch gewollt und daher hat das Unternehmen vom Land Baden-Württemberg bereits frühzeitig Kapital für die Entwicklung erster druckbarer Wirkstoffe erhalten.

Wie funktioniert das System in der Versorgung?

DiHeSys hat in Deutschland einen digitalen, innovativen Medikamentendrucker entwickelt und die entsprechende Technologie geschützt, wodurch der Druck personalisierter Medikamente ermöglicht wird. Durch die Bündelung des Know-hows von DiHeSys im Bereich des pharmazeutischen Digitaldrucks und der Formulierungstechnologie werden stets komplette Systemlösungen entwickelt, die es Ärzten ermöglichen, Medikamente zu verschreiben und Apothekern individuelle oder personalisierte Medikamente für Patienten herzustellen. Der Digitaldrucker ermöglicht es Apotheken, individuelle Rezepte des Arztes vor Ort und auf Knopfdruck unmittelbar auszudrucken. Die Vision ist, dass Patienten, wo immer es sinnvoll ist, nur einmal täglich eine Tablette mit allen Wirkstoffen in der richtigen Dosis einnehmen müssen. Dies führt wie oben bereits beschrieben zu einer Optimierung der Arzneimittelwirkung bei möglicherweise gleichzeitiger Reduktion von Nebenwirkungen, erhöht somit auch die Compliance



Abb. 3: Versorgungskreislauf mit personalisierter Medizin zur Optimierung der Behandlungsqualität des Patienten (Urheber: DiHeSys)



Abb. 4: Der neu entwickelte Flexdose Printer © ermöglicht die Herstellung von patientenindividuellen Dosierungen mittels 2D- und 3D-Druckverfahren (Urheber: DiHeSys)

und steigert dadurch ambulant wie stationär die Effizienz der Versorgung.

Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm des Unternehmens aus den letzten Jahren führt nun zur Produktion von GMP-konformen Druckersystemen und wirkstoffhaltigen Kartuschen für die Produktion patientenindividueller Tabletten für ein breites Anwendungsspektrum in Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken. Dies steht im Einklang mit der Mission von DiHeSys, die Gesund-

heitsversorgung durch individualisierte Medikamente zu revolutionieren. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der Firmengründer im Pharma- und Healthcare-Sektor sieht DiHeSys die Branche an einem entscheidenden Wendepunkt, an dem die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit ganzheitlichen Lösungen für just-in-time individualisiert hergestellte Medikation überzeugt.

Die angebotene Technologie ist nicht auf bestimmte Indikationen oder Nischen beschränkt. Durch das gut etablierte Netzwerk der Gründer will DiHeSys seine eigenentwickelten digitalen Medikamentendrucker an Apotheken global vertreiben. Darüber hinaus wird das Unternehmen Anbieter von Druckerpatronen mit stabilen, vorformulierten Wirkstoffen sein. Die Produktpalette umfasst auch Dienstleistungen wie die Installation und Qualifizierung nach behördlichen Anforderungen, Überwachung und Wartung der Pharmadrucker sowie weitere IT-Unterstützung, z. B. Anbindung des Druckers an lokale Krankenhausinformationssysteme oder digitales Einlesen von e-Rezepten direkt am Drucker.

Auch aus Versorgungssicht ist die Individualisierung ebenfalls positiv zu bewerten, versprechen eine personalisierte Pharmakotherapie doch ein besseres Therapieergebnis und einen effizienteren Behandlungsverlauf im Sinne der Reduktion von Krankheitskosten. Diese Hypothesen gilt es bei ambulanten Projekten zum Beispiel in Form von Selektivverträgen und den darin verankerten Evaluationen zu untersuchen. Auch stehen sektoren-

übergreifende Projekte im Fokus, ergo die Einstellung auf individuell gedruckte Arzneimittel im Krankenhaus und die ambulante Fortbehandlung beispielsweise im Rahmen von Selektivverträgen.

Last not least sollte es im Interesse aller am Versorgungsprozess beteiligten Partner sein, die Herstellung von Therapeutika so effizient wie möglich zu gestalten. Heute werden Chargengrößen von vielen Millionen Tabletten

zentral produziert, auch um die Stückkosten so gering wie möglich zu halten; dabei ist zum Zeitpunkt der Produktion schon klar, dass nur ein Teil der produzierten Tabletten bzw. Kapseln überhaupt bis zum Patienten kommt. Aus ökologischer Sicht ist es sicherlich eher nicht mehr zeitgemäß, wenn mehr als die Hälfte aller hergestellten Darreichungsformen letztlich im Müll landen. Schließlich sollte nur noch das wirklich produziert werden, was auch wirklich eingenommen wird. Eine Überproduktion und Pharmamüll bezahlen die Patienten über die Beiträge zur Krankenversicherung auch mit und das Geld kann sicher sinnvoller eingesetzt werden.

In welcher Entwicklungsstufe befindet sich die Technologie?

DiHeSys Digital Health Systems hat ein pharmazeutisches Druckersystem entwickelt, der bereits bei Anwendern im Einsatz ist und durch die Verwendung in Pilotprojekten und klinischen Studien qualifiziert ist. Gesteuert wird die Hardware durch eine Simulation einer Software, die in der finalen Version einerseits die Parametrierung von e-Rezepten in finale Tabletten-Formen ermöglicht und andererseits zuverlässige In-Prozess-Kontrolldaten der 2D- und 3D-Druckverfahren zur Erfüllung der Qualitätsspezifikationen und behördlichen Anforderungen ermöglicht. Eine wesentliche Entwicklungsarbeit der Innovation ist die Feinabstimmung des Druckkopfes, die Entwicklung der finalen Software für das Patientendatenmanagement und der medizinischen Wirkstoffe, die zu digitalen Rezepturen inklusive des 3D-Druckverfahrens führt.

Aktuelle Studien laufen in Universitätskliniken in den Bereichen Herz-Kreislauf-Gesundheit, Neurologie und Onkologie. So ist beispielsweise die Reduktion von Nebenwirkungen bei der Behandlung von Karzinomen ein erklärtes Ziel in der Onkologie. Tyrosinkinase-Inhibitoren werden unter anderem zur Behandlung von EGFR-mutiertem Bronchialkarzinom, Leberzellkarzinom und Nierenzellkarzinom eingesetzt. Diese Medikamente sind derzeit nur in diskreten Dosen erhältlich. Die interindividuelle Variabilität der Plasmaspiegel wird in der aktuellen Therapie nicht genutzt und es ist davon auszugehen, dass das Fehlen einzelner Dosen unter anderem zu den bekannten Nebenwirkungen führt. Weitere Schwerpunkte im Bereich therapeutische Wirksamkeit und Patientenbedürfnisse sind Indikationen mit enger therapeutischer Breite, Polymedikation, Geriatrie-Medikamente sowie Medikamente für Kinder, die allzu häufig off-label verabreicht werden, wenn sie denn verfügbar sind. Durch die höhere Effizienz wäre im Übrigen auch eine bessere Verfügbarkeit und damit eine adäquate Versorgungssicherheit gewährleistet.

Ziel der Pilotprojekte ist es, die Anwendung dieser innovativen Technologie in der klinischen Praxis und anschließend in lokalen Apotheken zu etablieren. Erste Projekte haben 2021 gestartet, weitere folgten 2022 und mehrere folgen natürlich in 2023 ff.

Die oben genannten Pilotprojekte werden zur Entwicklung von GMP¹-konformen Druckern und wirkstoffhaltigen Kartuschen zur Herstellung patientenspezifischer Tabletten und oralen Dünnschichten für ein breites Anwendungsspektrum in Krankenhäusern und öffentlichen Apotheken führen. Die Hauptaufgabe besteht darin, eine Systemlösung auf den Markt zu bringen, um eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Dazu gehören hochwertige digitale Arzneimitteldrucker in pharmazeutischer Qualität, Arzneimittelformulierungen und arzneimittelhaltige Druckkartuschen aus einer Hand.

Die Lösung von DiHeSys ist im Pharmasektor äußerst disruptiv, da nicht nur die endgültige Tablette geliefert wird, sondern eine Systemlösung (Drucker, Software, Kartusche mit formuliertem Medikament). Die Verschreibung des Arztes definiert die endgültige Tablette (welche Medikamente und Dosierung). Für diese individuell verordnete flexible Dosiskombination ist keine Registrierung bzw. Zulassung erforderlich, da diese Tablette nur einmal für einen einzelnen Patienten verschrieben wird.

Die im Drucker eingebaute sogenannte In-Prozess-Kontrolle stellt dabei sicher, dass auch die Dosis gedruckt wird, die der Arzt verordnet hat. Eine Zulassung kann angestrebt werden muss es aber nicht. Der Apotheker prüft und stellt sicher, dass der richtige Patient das richtige Medikament erhält. Die Rezeptur gehört zu seinem Kerngeschäft. Es wird zudem so sein, dass für die jeweiligen Patienten jeweils nacheinander gedruckt wird. Der Prozess stellt damit die Qualität sicher.

Auslöser im Markt ist immer ein medizinisches Defizit bzw. ein Patientenbedürfnis. Ärzte und Apotheker müssen durch die DiHeSys geschult werden (die Qualitätsstandards werden dabei durch das Arzneimittel- und Apothekenrecht festgelegt), dass eine neuartige Technologie auf den Markt kommt, die personalisierte Rezepturen für orale Darreichungsformen ermöglicht.² Für einen breiten Markteintritt müssen verschiedene Medikamente in druckbare Rezepturen umformuliert werden. Die Neuformulierung ist im Vergleich zur „klassischen“ Formulierung

¹ GMP = Good Manufacturing Practice

² Es handelt sich um bereits im Markt verfügbare Wirkstoffe (nicht um neue Arzneimittel). Daher entfällt der AMNOG Prozess. Die Erstattung im ambulanten Bereich erfolgt in erster Linie via Selektivverträge.

(keine klinischen Studien erforderlich) viel schneller und kostengünstiger, da sie unter die Überschrift Compounding Medicine (Rezeptur) fällt, ein Arzneimittel, das auf die individuellen therapeutischen Bedürfnisse eines Patienten eingeht und in der Apotheke auf individuelle Anforderung (Rezept) des Arztes hergestellt werden darf. Ein weiterer Vorteil für den Patienten ist, dass häufig die Tabletten kleiner sind als handelsübliche Tabletten desselben Wirkstoffes. Die oralen Dünnsfilme haben zudem für Patienten mit Schluckbeschwerden den Vorteil, dass sich diese nach dem Auflegen auf die Zunge sofort auflösen und danach leicht geschluckt werden können.

Die technologische Machbarkeit ist aktuell bereits nachgewiesen und die DiHeSys ist sehr optimistisch, dass der Patientennutzen und die Behandlungsqualität der Patienten durch die derzeit durchgeführten Studien in Universitätskliniken und in weiteren Projektsettings nachgewiesen wird, da aus Demonstrationen im Einsatzumfeld bislang nur positive Ergebnisse hervorgingen. Es gibt bereits vielfältige Ansätze, um personalisierte Medikamente verabreichen zu können, und die gesamte Branche ist sich der Notwendigkeit bewusst.

Abseits vom Versorgungsalltag können auch Pharmaunternehmen von der Technologie profitieren, da klinische Studien sehr viel schneller durchgeführt werden können (effizientere Herstellung klinischer Prüfmuster durch digitale Herstellverfahren).

Die Nachfrage nach personalisierter Medizin und damit der Druck auf die Entscheider im Gesundheitswesen, diese anzubieten, wird in Zukunft immer weiter steigen – und das nicht nur, weil durch individualisierte bzw. personalisierte Medizin aufgrund des wesentlich geringeren Ressourcenaufwandes (Ausgangsstoffe und Wirkstoffmengen) den aktuell vorherrschenden Lieferengpässen begegnet werden kann.

In vielen Ländern gilt das Prinzip „Pay for Performance“ bereits. Das bedeutet, dass nur solche Therapien von den Leistungserbringern erstattet werden, die einerseits wirksam sind und andererseits Nebenwirkungen auf ein Minimum reduzieren. Patienten oder Krankenkassen werden verlangen, dass Medikamente im Digitaldruck hergestellt werden. Warum sollte der Patient Medikamente nehmen, wenn es nicht wirkt? Warum sollte der Patient Medikamente von der Stange in einer zu geringen und damit nicht ausreichend wirksamen oder zu hoch dosierten und damit schwerwiegenderen Nebenwirkungen als nötig einnehmen?

Insbesondere die Krankenkassen werden die zukünftigen Projekte begleiten, da die Digitalisierung hier einen innovativen Ansatz zur patientenzentrierten Versorgung leistet bei dem einerseits die Therapiekosten reduziert werden können und andererseits die Ärzte und Apotheken die Behandlungsqualität für ihre Patienten verbessern und gleichzeitig eine nachhaltige Arzneimittelversorgung sicherstellen. ●



Prof. Dr. Gerald Huber

Executive Advisor DiHeSys
(Urheber: Ute Huber)



Prof. Dr. Christian Franken

CEO DiHeSys Schwäbisch Gmünd
(Urheber: Ute Huber)



Die Debatte um Integrierte Gesundheitsregionen

Von Helmut Hildebrandt, Justin Rautenberg, Michael Zaske¹

Das Thema Gesundheitsregionen gewinnt in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion und in der Praxis zunehmend an Bedeutung. In der Ausgabe 1/2 hatte sich Anne Kathrin Klemm mit dem Thema auseinandergesetzt. Unsere Autoren haben dazu einen ausführlichen Kommentar bzw. eine Replik eingereicht und halten einen Triple-Wumms für nötig: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen! Wir halten eine fundierte Debatte für wünschenswert.

Anne-Kathrin Klemm bezieht sich in ihrem Artikel auf die Etablierung von integrierten Gesundheitsregionen, deren Eingang in den Koalitionsvertrag im Vorwort als „eines der Herzensprojekte von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN“ identifiziert wird. Noch sieht sie die bisherigen Ausformulierungen aber als „löchrig“ und zu sehr auf budgetäre Anreize und neue Vergütungsformen ausgerichtet, dagegen fehle ein „wirklich neues und gar attraktives Zukunftsbild“. Sie plädiert für ein „neues Leitbild“ für die Gesundheitsregionen mit einem Fokus auf Prävention und auf die Versorgung chronisch Kranker. Sie fordert die Einführung der neuen Gesundheitsregionen in allen „Sozialgesetzbüchern als Regelversorgung“ und eine „Kulturveränderung der Versorgung“, „die teambasiertes Arbeiten als „new normal“ verankert“. Sie schließt mit der Hoffnung: „Wenn in der Mikroebene der Versorgung ein teambasiertes, intersektoral vernetztes Arbeiten die Norm wird, kann sich auch die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene einem neuen Ordnungsrahmen nicht mehr verschließen. Hierin liegt die große Chance der Gesundheitsregionen als ein Neustart einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung.“

Anne-Kathrin Klemm ist eine kluge Kennerin des Systems und sie hat eine Zielvorstellung mit dem Fokus auf Prävention und teambasiertem Arbeiten als „new

normal“, der nur applaudiert werden kann. Die entscheidende Frage ist: „Wie kommen wir dahin?“

Die zentralen Fehlanreize im System sind bekannt, es sind einerseits die Einzelleistungsvergütung mit ihrem inhärenten Anreiz auf Leistungsausweitung und zum zweiten die sektorale Vergütung, sodass für den einzelnen Leistungserbringer nicht die erfolgreichste Gesunderhaltung einer regionalen Bevölkerung in der Gesamtkette von Präventions- und Versorgungskooperationen sondern die einzelwirtschaftlich kluge Ausbalancierung von Unter- und Übergrenzen sektoraler Budgets und der kostengünstigste Personaleinsatz wirtschaftlich belohnt wird. Ein ökonomisches Modell, das in der Zeit vornehmlich akuter Versorgungsbedarfe seine Berechtigung hatte, aber in der heutigen Zeit angesichts auch digital unterstützter Möglichkeiten der Leistungsausweitungen, angesichts zunehmender Komplexität und multimorbider Fallkonstellationen und in Anbetracht der auf uns zukommenden Herausforderungen der demografischen Verschiebungen keine Zukunft mehr bietet.

¹ Dr. h.c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG in Hamburg; Justin Rautenberg ist Chief Financial Officer der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesunder Schwalm-Eder Kreis + GmbH; Michael Zaske ist Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Ähnlich der Klimakrise ist zu erwarten, dass wir bei Fortsetzung des bisherigen ökonomischen Prinzips in wenigen Jahren den tipping point für unser solidarisches Gesundheitssystem (und im Weiteren dann des Pflegesystems) überschreiten. Die Krankheitslasten, die von einer Ernährungs- und Tabakindustrie sowie einer allzu lange Automobilität bevorzugenden Stadtplanung mit befördert wurden und werden, werden angesichts der dafür nötigen Fachkräfte dann nicht mehr solidarisch bewältigt werden können, für die geringer Verdienenden bzw. ärmeren Rentner werden Wartelisten und Rationierungen kommen und den „Besserverdienenden“ werden kommerzielle Medizinanbieter privat zu finanzierende Angebote machen. Derartige Entwicklungen lassen sich in den USA, aber auch in Großbritannien und neuerdings in Dänemark schon sehen.

Das heißt aber auch, wenn wir den Kipppunkt hinauschieben und besser ganz vermeiden wollen, dann reicht es nicht, einige neue Modelle gegen die Fehlanreize der Ökonomie zu etablieren oder kleine Förderprogramme und Pilotmodelle zu unterstützen – und ansonsten auf die Selbstverwaltung zu warten. **Stattdessen muss sich die Zielrichtung auf die Transformation der ökonomischen Rahmenbedingungen für alle Akteure orientieren, damit sich das breite Feld der Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen („digital – ambulant – stationär – rehabilitativ/pflegerisch“) in Verfolgung ihrer wirtschaftlichen Interessen auf die neue Arbeits- und Versorgungsform ausrichtet, um dann aus der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einer Region ihren betriebswirtschaftlichen Erfolg zu erzielen.**

Und genau an dieser Stelle setzt das Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ an. Sie verknüpft das von Anne-Kathrin Klemm beschriebene Leit- und Zielbild mit einer ökonomischen Logik und kommt dabei aber in die Herausforderung, dass dies nicht auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer möglich ist. Die Zufälligkeit ihrer Patientenschaft, die Möglichkeiten der bewussten oder unbewussten Selektion, die sozialen Determinanten der Möglichkeiten von Gesunderhaltung machen eine auf das Gesundheitsergebnis bezogene Vergütung für den einzelnen Therapeuten heute noch unmöglich, das ist auch aus der Debatte um Qualität im Gesundheitswesen und möglicher Selektionsrisiken hinreichend bekannt. Anders ist es heute schon für die Summierung der Ergebnisentwicklung für große Kollektive, so z. B. mit einer ganzen Region von z. B. 80.000 bis 200.000 Menschen in einem Landkreis². Auch diese Größenordnung von Menschen hier und dort, auf dem Land, in der Stadt, im Südwesten und Nordosten unterscheiden sich im Einzelnen, aber mit den Routinedaten der Krankenkassen zu Morbidität, zur Nutzung des Gesundheitssystems und zum Al-

ter, den Daten aus der Sozialstatistik und auf der Basis der heutigen IT mit ihren Matching-Algorithmen können hier Bezugsgrößen für die Populationen insgesamt definiert werden, um z. B. Verschiebungen des Eintrittsalters von bestimmten chronischen Erkrankungen, von häuslicher oder stationärer Pflegebedürftigkeit, von Dialysepflichtigkeit und Ereignisse wie Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen etc zu bestimmen. Nicht zu vergessen die Gesamtkosten der Krankenkassen für die Patienten als Folge der Morbidität und die Nutzung des kassenübergreifenden Ausgleichssystems mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als weiterem Maßstab.

Die Nutzung von Landkreisen bzw. von Bezirken in den Großstädten mit jeweils um die 80.000 oder 200.000 Menschen als Bezugspunkt hat neben der besseren Möglichkeit einer bereits heute schon möglichen Ergebnismessung auch noch andere Gründe. Wenn wir den Blick über den Einzelnen hinaus auf die Bevölkerung richten wollen (man könnte auch sagen von „health care“ zu „public oder population health“), dann ist die Region mit einer derartigen Bevölkerungszahl eine gut manageable Einheit. Gleichzeitig sind Landkreise bzw. entsprechend große kommunale Gebietskörperschaften auch die Leidtragenden von nicht funktionierender Prävention und Versorgung, sei es über die Hilfen bei Pflegebedürftigkeit (z. B. im Kreis Borken, wo OptiMedis gerade eine Initiative startet, mit vsl. knapp 33 Mio € geplanten Ausgaben für das Jahr 2022) oder über den Ärger der Bürger über nicht mehr funktionierende Versorgung, den sie bei den Kommunalverwaltungen abladen. In Regionen solcher Größenordnung können mit einer aktiven Unterstützung von Gesundheitskompetenz, Bewegungsförderung, regionaler Ernährungsoptimierung und dem Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Versorgung Veränderungen der Morbidität und des Eintrittsalters bestimmter Erkrankungen in einem Ergebniswettbewerb zu anderen Regionen festgestellt werden. **100.000 Menschen, das sind im Schnitt auch ca. 410 Millionen Euro Gesamtausgaben der GKV, noch ohne die SPV.** Bei ca. 5–7% möglichen Einsparungen, wie sie im Kinzigtal im Verhältnis zur bundesdurchschnittlichen Entwicklung erreicht wurden, entsteht damit auch ein relevantes Transformationsbudget von ca 25 Mio. € pro Jahr (Hildebrandt H; Löschmann C, Haas N, 2023). Nicht zuletzt gibt es auch eine demokratietheoretische Begründung für den Rückgriff auf die kommunale Ebene, im Rahmen der Daseinsvorsorge hat sie letztendlich eine Sicherstellungsverantwortung, auch wenn diese für den Bereich der ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen GKV-Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert ist.

2 Die Zahl von 80.000 Menschen hatte das BMG auch in seinen Eckpunkten als Orientierungsgröße für die Gesundheitskioske angegeben.

International ist die Diskussion zu neuen populationsorientierten Versorgungslösungen intensiv zugange, Begriffe wie Value-based Healthcare, Accountable Care, Alternative Payment Systems, Health Maintenance Organisations und Capitation sind Ausdruck einer Suche nach nachhaltigen Steuerungs- und Finanzierungssystemen, zuletzt u. a. wieder auf den Diskussionen des World Economic Forum in Davos (WEF 2023). In Deutschland wurden mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer, die dann später in „Besondere Versorgung“ geändert und dann aber auch wieder ein Stück mehr auf eine Populationsorientierung ausgerichtet wurde, neue Vertragsformen erprobt, aber viel zu selten auch wirklich so ausgerichtet, dass die relative Verbesserung des Gesundheitsstatus einer Region wirtschaftlich belohnt wurde. Im Grunde ist dies nur in Anteilen zwischen Krankenkassen und einigen Arztnetzen sowie in den Regionen passiert, die von der speziell für diesen Zweck gegründeten Opti-Medis AG in ihrer Entwicklung angeleitet bzw. organisiert werden, seit 2005 im südbadischen Kinzigtal mit der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG (bis 2021), vorübergehend in einem Vertrag mit der AOK Nordrhein-Hamburg in den zwei Stadtteilen Billstedt und Horn und seit 2019 bzw. 2020 in den zwei nordhessischen Landkreisen Werra-Meißner und Schwalm-Eder mit zwei Betriebskrankenkassen (BKK Werra-Meißner und BKK B. Braun-Aesculap). Dass solche Geschäftsmodelle erfolgreich funktionieren und sogar internationale Aufmerksamkeit erlangen können, konnte gezeigt werden (vgl. Siemens Healthineers, 2021).

Anne-Kathrin Klemm scheut sich allerdings vor der Einführung „weiterer, gar noch gewinnorientierter Akteure“ in Form von regionalen Managementgesellschaften. Stattdessen sollten vor Ort schon vorhandene Strukturen gewählt werden, sie zählt dazu Ärztenetze, Krankenhäuser, Soziale Institutionen oder auch Krankenkassen. Bis auf die Krankenkassen sind das genau die Akteure, die in der großen Ausarbeitung der 19 Expert:innen zu den Integrierten Gesundheitsregionen als mögliche Initiator:innen von Managementgesellschaften genannt worden sind (Hildebrandt et al, 2021). Zwei Argumente hatten uns damals vor allem dazu geleitet, eine neue Managementinfrastruktur vorzusehen: Einerseits braucht eine Verantwortungsübernahme für die Gesundheit einer regionalen Bevölkerung eine gewisse Neutralität zu den einzelwirtschaftlichen Interessen der Akteure. Zum anderen muss der regionale Integrator, die Vertrags- und Verantwortungsgemeinschaft, organisations- und investmentfähig sein. **Der „Neustart einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung“, wie es sich Frau Klemm gemeinsam mit der Partei der Grünen und den 19 Expert:innen (und vielen anderen) wünscht, ist keine**

Aufgabe für Amateure, die nebenbei ehrenamtlich am Wochenende erledigt werden kann.

Sie erfordert gezieltes Management mit professioneller Arbeitsteilung, interdisziplinärem Wissen, daten-analytischen Fähigkeiten und der Bereitschaft, gezielt zugunsten vulnerabler Zielgruppen und auch bzgl. der Organisationsformen von Versorgung, man denke an Gesundheitslotsen, Physician Assistants, Community Health Nurses, Primärversorgungszentren, Level 1i Gesundheitszentren etc., zu investieren. Wenn aber die Gewinnorientierung an das Gesundheitsergebnis für die Population der Region gebunden ist, was ist dann das Problem mit Gewinnorientierung?

Die öffentliche Scheu vor Gewinnorientierung im Gesundheitswesen kommt ja aus den aktuellen Fehlanreizen der Vergütungen. Wenn der Gewinn (nach einem entsprechenden Invest) aber aus dem erreichten relativ höheren Maß an Gesundheit und der erreichten zeitlichen Verschiebung des Eintrittsalters von Erkrankungen bzw. der geringer notwendig gewordenen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens entsteht so what? Und wenn das bundesweit erfolgt, ist auch die Sorge vor überschießenden Gewinnen überflüssig, da sich dann ja auch die bundesweiten Vergleichswerte wettbewerblich verringern.

Ein Wort noch zu den Krankenkassen, die von Anne-Kathrin Klemm als Strukturen erwähnt werden, die regional die Versorgung organisieren könnten. Angesichts des wettbewerblichen Verhaltens der Kassen untereinander erscheint es uns kaum vorstellbar, dass eine Krankenkasse oder ein Verband für die anderen mit die regionale Präventions- und Versorgungsneuorganisation übernehmen könnte. Ohne Zweifel haben Krankenkassen durchaus ein wichtiges Knowhow dafür und als Vertragspartner für solche Versorgungsverbünde/Managementgesellschaften könnten sie dies einsetzen, aber ist es tatsächlich denkbar, dass sie von allen anderen das Mandat dafür bekämen, konkret vor Ort die Reorganisation für alle zu managen?

Welche Strukturen müssten dafür vor Ort auch erst wieder aufgebaut werden, wo sich doch fast überall – die beiden nordhessischen BKKen mit denen wir kooperieren, sind hier eine Ausnahme – die Krankenkassen zentralisiert haben und sich aus der Fläche bis auf Servicestellen zurückgezogen haben?

10 % der Bevölkerung nach einem neuen Zielbild managen zu wollen, ist zum Scheitern verurteilt, auch die ca. 25 % die wir in den nordhessischen Regionen managen oder die 50 % im Kinzigtal sind eigentlich zu wenig, um tatsächlich das Mindset der Leistungserbringer rele-

vant zu verändern. Damit das neue Zielbild kulturell wie ökonomisch das „new normal“ wird, benötigt man schon besser 90 % der Population.

Wie kann jetzt der Wechsel von einer sektoralen, auf die einzelne Leistung abzielenden Vergütung hin zu einer auf die Gesundheit einer Population ausgerichteten Vergütung erfolgen? Mit Recht kritisiert Anne-Kathrin Klemm bei dem Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ eine Zurückhaltung bzgl. der Veränderung der Vergütungen der einzelnen Akteure. Nur oberhalb der einzelnen Akteure, also auf der Ebene der Vertragsgemeinschaft bzw. der Managementgesellschaft erfolgt nach diesem Konzept die Verantwortungsübernahme für die Gesamtkostenentwicklung und die Belohnung aus dem erreichten Gesundheitsgewinn in Form der geringer notwendigen Gesamtkosten für die Population in dieser Region. Die einzelnen Leistungserbringer würden erst einmal weiterhin nach den bundesweiten Regelungen entlohnt. Damit bleiben für diese die ökonomischen Fehlanreize unterhalb der Managementgesellschaft zunächst bestehen. Dies kann man von zwei Blickwinkeln aus betrachten: Man kann es begrüßen und sagen, dass damit eine gewisse Balance erzeugt zwischen Überversorgungs- und möglichen Unterversorgungsanreizen wird, die durch eine Gesamtkostenverantwortung erzeugt werden könnten.

Angesichts der bevorstehenden Dramatik der Kostenentwicklung in der GKV kann man das aber auch bedauern und eine schnellere Abkehr von diesen Fehlanreizen einfordern. In letzter Zeit ist vermehrt das Stichwort „Freihandelszone“ aufgebracht worden, also ob nicht mit einer solchen Kostenverantwortung auf der übergeordneten Ebene auch dort dann mehr Freiheitsgrade erlaubt werden sollten, andere Vergütungen vorzusehen. Dem würden sich die Autoren anschließen.

Ein Vorschlag für eine gesetzgeberische Umsetzung:

- Freiwillig: Einführung eines eigenen § in das SGBV mit der Bezeichnung „**Integrierte Gesundheitsregionen**“. Leistungserbringer, deren Verbände sowie Dritte können populationsorientierte (also indikationsübergreifende) und sektorenübergreifende langjährige Versorgungsverträge unter dem § „Integrierte Gesundheitsregionen“ mit Übernahme der Kostenverantwortung mit interessierten Krankenkassen und Pflegekassen und mit einem Fokus auf Prävention und auf die Versorgung chronisch Kranker abschließen. Regionaler Bezug: Teilgebiete von Landkreisen bzw. Städten mit einer Einwohnerzahl zwischen 80.000 – 200.000 EW).
- Verpflichtend: Das **Gremium nach § 90 SGBV des Landes kann zusätzlich Regionen bestimmen, in denen Kassen einheitlich und gemeinsam solche Verträge verhandeln/abschließen müssen**, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien zutreffen: ein Vertragspartnerkonsortium bietet sich an, geringer ärztlicher Versorgungsgrad der Region, besonders hohe Krankheitslast, die Gesundheitsentwicklung beeinträchtigende soziale Faktoren in der Region, absehbar schwierige Personalsituation im Pflegebereich und in den Gesundheitsfachberufen, die Gebietskörperschaft der betreffenden Region unterstützt das Vertragspartnerkonsortium. Schiedsamtbarkeit. Die Bundesländer erhalten vom BAS die Versorgungsdaten der Krankenkassen bezogen auf ihre Region, die diese für die Berechnung des Gesundheitsfonds an das BAS liefern müssen – mit Granulierung auf PLZ-Ebene.
- **Keine Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten, keine Einschreibnotwendigkeit für Versicherte** zur Teilnahme (da alternative Regelversorgung), allerdings die Möglichkeit für Versicherte, sich an der Erprobung und Erfolgsevaluation neuer Versorgungsleistungen auch mit ihren Daten zu beteiligen.
- Verpflichtende **Kooperation der Vertragsgemeinschaften mit jeweiliger Gebietskörperschaft** (Kommune, Landkreis) zur Abstimmung mit den gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Kommunen, des ÖGD und den sozialen/psychosozialen Beratungsstellen.
- Die Vertragsgemeinschaften erhalten die Möglichkeit der Transformation mithilfe der **Trägerschaft von Regionalversorgungszentren** (intermediären, ambulanten-stationären Gesundheitszentren): Diese sollen in erster Linie in ländlichen Regionen an die Stelle nicht mehr wirtschaftlicher/ nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhäuser treten und ambulante/ teilstationäre Leistungen erbringen können. An sie sollten auch angesiedelt werden können: interdisziplinäre Aufnahmestationen/ integrierte Notfallzentren, Kurzliegerstationen.
- Die Vertragsgemeinschaften können – entsprechend der noch vorzusehenden Regelungen – auch **Gesundheitskioske mit einem Netzwerk von Gesundheitslotsen** in den lokalen Gesundheitseinrichtungen, Apotheken und Praxen und sozialen Einrichtungen errichten und damit die medico-soziale Kooperation intensivieren.
- Die Vertragsgemeinschaften müssen prinzipiell selbst ihre eigene **Anschubfinanzierung** besorgen, sie können sich allerdings von interessierten Krankenkassen mit einer Anschubfinanzierung unterstützen lassen. Die Vertragsdauer sollte langjährig sein, um entsprechende Investitionen in die Gesundheitsoptimierung anzureizen.
- **Gesamtkostenverantwortung**: Die Vertragsgemeinschaften müssen eine Budgetverantwortung in Höhe

der für die Versicherten in dieser Region durch die Krankenkassen erhaltenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne die Verwaltungskosten der Krankenkassen) eingehen. Vergütungswege werden ansonsten aber nicht zwingend verändert, d.h. die Leistungserbringer rechnen wie bisher mit den Krankenkassen ab. Die Vertragsgemeinschaften erhalten von den Krankenkassen nur die Differenz zwischen den tatsächlich abgerechneten Ausgaben und den erhaltenen Zuweisungen. Die Steigerung der Zuweisungen wird auf die deutschlanddurchschnittliche Steigerung pro Kopf und Alter fixiert. Die Vertragsgemeinschaften können ihrerseits mit Leistungserbringern in der Region und den Krankenkassen alternative Vergütungen vereinbaren.

- **Krankenkassen müssen** (analog der Regelungen für Präventionsausgaben und Qualitätsverträge) **mindestens 10 € pro Kopf ihrer Versicherten pro Jahr für die Anschubfinanzierung von Gesundheitsregionen** im Sinne regionaler populationsorientierter und indikationsübergreifender Vertragsformen ausgeben (bezogen auf alle ihre Versicherten in Deutschland, also nicht nur ihrer Versicherten in den Gesundheitsregionen). Sie können dies für ihre eigenen freiwillig eingegangenen Verträge wie aber auch für die verpflichtend eingegangenen ausgeben. Dies entspricht ca. 730 Mio € insgesamt. Nicht ausgegebene Anteile der 10 € pro Kopf müssen von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds zurück abgegeben werden.
- **Ergebnisberichterstattung:** Das BAS bzw. das neue Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit erstellt für die Gesundheitsregionen und den Gesetzgeber auf der Basis national konsentierter Indikatoren (vgl. Geraedts et al, 2022) **öffentliche Berichte** bzgl. der Morbiditätsentwicklung und der Entwicklung des durchschnittlichen Eintrittsalters ausgewählter lebensstilbezogener Erkrankungen sowie der Pflegebedürftigkeit und der vermeidbaren Krankheitsbeeinträchtigung sowie vermeidbarer Mortalität Years of life lost (YLL) (per 100 000 population) Das BAS erhält das Prüfrecht gegenüber den Krankenkassen, ob und wie sie die 10 € pro Versicherten ausgegeben haben. Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern, dem BAS bzw. dem neuen Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit und der Öffentlichkeit gegenüber jährlich Bericht erstatten bzgl. der o. a. Ergebnisparameter – für die Gesamtheit ihrer Versicherten. Diese Transparenzpflicht gilt auch für die regionalen Vertragsgemeinschaften, die ihrer Region, dem BAS bzw. dem neuen Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit und der Öffentlichkeit gegenüber jährlich einen analogen Bericht zu den o. a. Ergebnisparametern erstatten müssen.

Der Ansatz für integrierte Gesundheitsregionen bindet sich in den auch in dem GMK-Beschluss zur „Kranken-

hausfinanzierung – Eckpunkte der Länder zur Krankenhausreform“ vom 20.10.2022 geforderten notwendigen Instrumentenkasten ein, mit dem vor Ort getroffene Entscheidungen zur Etablierung sektorenübergreifender Strukturen auch realisiert werden können. Das BMG hatte einen solchen Instrumentenkasten in Aussicht gestellt. Vor diesem Hintergrund weist die dritte Stellungnahme der Regierungskommission in die richtige Richtung, die in ihrem Versorgungsstufenmodell eine integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung vorsieht, in der sich ambulant-stationäre Gesundheitszentren wiederfinden können.

Benötigt wird jedoch noch die bundesgesetzliche Schaffung gesetzlicher Regelungen für sektorenübergreifende Angebote, die die Möglichkeit eröffnen, die ambulante vertragsärztliche Behandlung um pflegerische bzw. die stationäre Behandlung um stationärsersetzende Elemente zu einer neuen ambulant-stationären Versorgungsform zu erweitern bzw. umzuwandeln. Unabdingbar sind neben der leistungsrechtlichen Verankerung eines solchen Versorgungsangebots zugunsten der Versicherten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung die leistungserbringerrechtliche Unterfütterung und insbesondere Regelungen für eine auskömmliche Finanzierung der absehbar anfallenden Kosten.

- schnell umsetzbare Ansätze zur Ermöglichung der Ambulantisierung stationärer Leistungen durch ambulante Leistungserbringung und Kurzliegerstationen (Decision unit) als **ambulant-stationäre Zentren** (neuer § 39f SGB V). Sollte ein solches Leistungsangebot vom Land geplant werden, ist das Benehmen mit dem jeweiligen § 90a Gremium des Landes einzuholen.
- schnell umsetzbare Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von **Primärversorgungszentren** (neuer § 30 oder 73 a SGB V),
- generelle Erleichterungen für regionale Vertragsschlüsse (für „integrierte Gesundheitsregionen“ sind oben ja schon Vorschläge formuliert),
- kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (u.a. § 73c neu),
- sektorenübergreifende Versorgungsplanung, wie auch von der Regierungskommission anvisiert („Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente“).

Bei der Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote zu einer neuen Versorgungsform - „ambulant-stationärer Gesundheitszentren“ - geht es um die Möglichkeit zur engmaschigen Beobachtung und krankenpflegerischen Betreuung über Nacht sowie die Bereithaltung einer ärztlichen Rufbereitschaft für auftretende Notfallsituationen, die das geltende „rein ambulante“ Versorgungs-

system nicht vorhält. Ergänzt werden kann das Angebot je nach Bedarf und Mitwirkungsbereitschaft vor Ort um weitere Angebote.

Primärversorgungszentren (PVZ) hingegen enthalten weniger den Fokus auf ein stationäres Element. Es geht vielmehr um mit den verschiedenen Akteuren vernetzte Versorgungssteuerung mit in erster Linie ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Dabei wird präventiven, gesundheitsfördernden und rehabilitativen Maßnahmen hohe Gewichtung beigemessen. Bei Bedarf kann das PVZ um stationäre Elemente ergänzt sein, so dass es zu einem „ambulant-stationären PVZ“ erweitert werden kann.

Fazit:

Die Autoren stimmen mit Anne-Kathrin Klemm überein, dass die Umsetzung der in der Koalitionsvereinbarung vorgesehenen Erleichterungen für regionale Verträge und für „Gesundheitsregionen“ einen Wandel zu einem Leitbild von Prävention und team-basierter Versorgung ermöglicht. Nach Ansicht der Autoren erfordert dies aber eine entsprechende betriebswirtschaftliche Grundierung in Form der Kostenverantwortungsübernahme auf einer regionalen Ebene, die sich z. B. an Landkreis- oder Bezirksgrößen in Städten orientieren könnte. Gleichzeitig sehen sie diese Transformation der ökonomischen Anreizsituation, wohlgemerkt zunächst auf einer Meta-Ebene oberhalb der einzelnen Leistungserbringer, als eine entscheidende Weichenstellung, um den „tipping point“ für die Finanzierbarkeit des solidarischen Versorgungssystems in den nächsten Jahren bei fortgesetzter Morbiditätsentwicklung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel und inflationärer Kostenentwicklung zeitlich herauszuzögern bzw. im Idealfall ganz zu vermeiden. Analog zu den Anfängen der Klimaschutzdiskussion können wir jetzt noch gemeinsam die Entwicklung gestalten. Der oben entworfene Vorschlag für eine gesetzgeberische Umsetzung bereitet dafür den Weg. Ohne Zweifel werden wir alle gemeinsam dazu noch intensiv an einem leicht verständlichen Narrativ arbeiten müssen, um nicht nur die Gesundheitspolitiker der Ampel sondern auch die Bevölkerung für eine derartige Transformation gewinnen zu können. Ein gutes Vorbild dafür gibt der von der Robert Bosch Stiftung ausgerufene „Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens“ (Klapper, Cichon 2021).

Wie auch an anderer Stelle ausgedrückt (Hildebrandt, 2023), sehen wir für eine solche Transformation in dieser Legislatur durchaus eine Chance. Eine solche Transformation des grundlegenden Geschäftsmodells im Gesundheitswesen ist keine Aufgabe für eine einzelne Partei, aber ist vielleicht genau der zusammenführende Faktor für die Ampel-Regierung, die gesundheitspolitisch aktu-

ell eine gemeinsame Konzeption eher vermissen lässt. Die daraus resultierende soziale Dimension würde gut zu SPD und Grünen passen. Die nicht nur für Deutschland, sondern auch für Europa interessanten Geschäftsmodell-Innovationen mit einem Start-Up-Impetus für neue hybride Unternehmensformen (digital-analog) würden sich gut für FDP und Grüne eignen. Und die Vermeidung einer deutlich über die 40 % Grenze hinausschießenden Belastung der Sozialbeiträge für Wirtschaft und Beitragszahler wäre die Formel, die sich für alle politisch Verantwortlichen anbieten würde.

Mit Blick auf die nächsten Jahre und die anstehenden Verteilungskonflikte rund um den Bundeshaushalt und die Schuldenbremse bleibt uns nicht mehr viel Zeit für eine Transformation der Fehlanreize des heutigen Gesundheitssystems. Jeder Monat, den wir heute versäumen, wird sich in den nächsten Jahren bitter in überschießenden Kosten und sozialen Konflikten rächen. Die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften sollten hier die Frühwarnerrolle übernehmen. Das reine Plädoyer für nachhaltige und effizienzsteigernde Strukturreformen ohne den Angriff auf das zugrundeliegende Geschäftsmodell reicht nicht. Das Ziel sollte der Triple-Wumms sein: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen!

Umfassende Literatur bei den Autoren



Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG, Hamburg



Justin Rautenberg

Chief Financial Officer der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesunder Schwalm-Eder Kreis + GmbH



Michael Zaske

Leiter der Abteilung Gesundheit beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam



Versorgungsdschungel – Fluch und Segen gleichzeitig?

Von Stefan Skibbe, Hamburg¹

Bedarfslagen und Angebote im Versorgungsdschungel zielgerecht zusammenzubringen hält unser Autor bei mehr Transparenz für systematisch erforderlich. Bisher sei das alles viel zu lückenhaft und schlägt als Lösung einen digitalen Versorgungslotsen vor.

Im Laufe der vergangenen 25 Jahre hat der Gesetzgeber sich alle Mühe gegeben, Versorgungslösungen außerhalb der sogenannten Regelversorgung zu ermöglichen sowie Innovationen und sektorenübergreifenden Ansätzen eine Chance zu geben. Beispielhaft seien hier genannt:

- Verträge der besonderen Versorgungsformen nach § 140 a SGB V
- Modellvorhaben nach § 63 SGB V
- Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V
- Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V
- Spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V

Darüber hinaus haben die gesetzlichen Krankenkassen verschiedene Möglichkeiten, ihr Leistungsprofil über Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V oder weitere Konkretisierungen in der Satzung zu schärfen.

Neben evidenten, messbaren Effekten auf die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hat dies jedoch den unangenehmen Nebeneffekt eines schier unüberschaubaren Dschungels an Versorgungsangeboten. Welche Angebote ein Patient in Anspruch nehmen kann, hängt oftmals von folgenden Faktoren ab:

- Zuständige Krankenkasse
- Wohnort / Region des Patienten
- Diagnose(n)
- Alter / Geschlecht
- Weitere Ein- und Ausschlusskriterien

Dabei sind persönliche Neigungen und Vorlieben der Patienten, wie etwa eine Präferenz von Naturheilverfahren noch nicht berücksichtigt.

In der Praxis birgt dies erhebliche Nachteile und Risiken: Jedes dieser Leistungsangebote ist zunächst einmal sinnvoll und wirtschaftlich tragfähig, sonst wäre der Vertrag nicht unterzeichnet worden, beziehungsweise eine entsprechende Satzungsleistung wäre nicht genehmigt worden. Wenn diese Angebote jedoch nicht an die Versicherten adressiert werden können, die diese Angebote benötigen, droht eine mangelhafte Versorgung, die einen nachteiligen Effekt für das Behandlungsergebnis der Patienten und damit einen wirtschaftlichen Verlust für die jeweilige Krankenkasse mit sich bringt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die Erarbeitung von entsprechenden Behandlungskonzepten, deren vertragliche Fassung, Ausarbeitung und Rollout, inklusive der flankierenden Marketingmaßnahmen, erhebliche Kosten im Unternehmen verursachen.

Mehr Transparenz in der Versorgungslandschaft nötig

Neben den individuellen Patientenbedürfnissen nach umfassenden Informationen der für die jeweilige Erkrankung zur Verfügung stehenden Versorgungsalternativen, gibt es auf den zweiten Blick weitere Beteiligte, die einen umfassenden und klaren Überblick über die Versorgungslandschaft und die daraus entstehenden Ansprüche für die Patienten benötigen, darunter:

¹ Stefan Skibbe ist Healthcare Innovation Lead Germany bei ResMed

- Krankenhäuser, zur Durchführung des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V
- Krankenkassenmitarbeiter, zur Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V
- Arztpraxen, zur Entscheidung über veranlasste Leistungen und zur Abrundung des Therapiekonzeptes
- Pflegekassen, Pflegeberater und Pflegestützpunkte, u. a. zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Beratung für Versorgungsangebote aktuell umfassend und doch nur lückenhaft möglich

Die Möglichkeiten, Patienten individuell und unter Einbindung spezieller Versorgungsangebote zu beraten und durch ihre Krankheit zu begleiten, sind heute beschränkt. Dabei sind seit Jahren sogenannte Patientenlotsen im Aufkommen. Sie erfassen Patientenbedürfnisse und erarbeiten darauf basierende Versorgungspläne mit den Patienten, deren Angehörigen und dem behandelnden Fachpersonal. Zudem begleiten Patientenlotsen die Umsetzung der Versorgungspläne. Dieses Modell wird bundesweit auf vielfältige Weise umgesetzt. Während einige Ansätze, wie zum Beispiel das Projekt der Gesundheitshelfer im Kreis Lippe, bereits seit dem Jahr 2010 multimorbide Patienten mit Einschränkungen der Alltagskompetenz unterstützen möchten², konzentrieren sich andere Projekte auf die Begleitung spezieller Krankheitsgruppen, wie die Schlaganfall-Lotsen der Deutschen Schlaganfall-Hilfe³.

Bei aller Sinnhaftigkeit, betroffene Patienten mittels einer persönlichen Unterstützung durch den Versorgungsdschungel begleiten zu wollen, stehen die Patientenlotsen nichtsdestotrotz vor der gleichen Herausforderung, wie jeder, der einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Optionen benötigt. Die Möglichkeiten differenzieren sich bei zwei Patienten mit identischer Indikationslage und vergleichbarem Umfeld häufig schon bei der zuständigen Krankenkasse als Ansprechpartner. Insofern mangelt es auch im Modell der Patientenlotsen an einer übersichtlichen und umfassenden Informationsgrundlage, um Patienten umfassend, vollständig und gleichzeitig individuell beraten und begleiten zu können. Die dafür notwendigen Informationen können derzeit nur unter erheblichem Zeiteinsatz und mithilfe jahrelanger Erfahrung erarbeitet werden. Selbst dann bleiben die Patientenlotsen jedoch nur auf die Indikations- oder Patientengruppen eingeschränkt, für die sie speziell ausgebildet wurden. Dabei bleibt auch vollkommen unberücksichtigt, dass häufig nicht nur multimorbide oder schwer erkrankte Patienten ein Informationsbedürfnis zu den zur Verfügung stehenden Versorgungsalternativen haben. Auch ein Patient mit „simplen Rückenschmerzen“ hat dank der

digitalen Informationsmöglichkeiten heutzutage die Anspruchshaltung, auf einfachem Wege einen Überblick über seine Möglichkeiten zu erhalten.

(Digitale) Informationsflut – auch bei Krankenversicherern ein Problem

Das führt zu der Frage, ob und inwieweit es gezielte Informationsmöglichkeiten heute bereits gibt. Zum einen bieten Krankenkassen direkte Informationskanäle wie Mitgliederzeitschriften, Newsletter und natürlich den Internetauftritt. Darüber informieren Krankenversicherer regelmäßig und situationsbezogen über entsprechende Angebote. Berichterstattung über Periodika findet allerdings oftmals nur punktuell statt, wenn beispielsweise ein Angebot neu in das Portfolio aufgenommen wurde, ein spezieller (öffentlicher) Anlass besteht, oder bestimmte Indikationen Gegenstand einer aktuellen Marketingkampagne sind. Der Patient ist also darauf angewiesen, zum richtigen Zeitpunkt, die genau richtige Information mit Relevanz für ihn wahrzunehmen, selbständig einzuordnen und sich im Zweifel dann auch noch daran zu erinnern, wenn es für ihn relevant wird. Berücksichtigt man, dass die Informationen über neue oder bestehende Versorgungsangebote häufig nur eine einzelne Randnotiz in einem Blumenstrauß diverser Informationen darstellen, wird dieses Vorhaben häufig schon an der Wahrnehmungsschwelle scheitern. Zudem ist der Streuverlust immens, da diese Informationsangebote in der Regel die gesamte Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse bespielen, anstatt sich auf Menschen mit konkreten Krankheitsbildern zu fokussieren.

Im Gegensatz dazu bieten die Internetauftritte der Krankenkassen oftmals Zugang zu konkreten Informationen des gesamten Leistungsangebotes einer Krankenkasse. Hier sind sowohl Standardleistungen abgebildet als auch besondere Versorgungsangebote einer Versicherung. Dabei stellt sich jedoch die Herausforderung, dass man als Patient wenigstens eine grobe Idee davon haben sollte, wonach man suchen könnte. Um bei dem „Rücken-Beispiel“ zu bleiben: Wenn der Patient weiß, dass es Osteopathie gibt, kann er auf der Homepage seiner Krankenkasse recherchieren, ob eine Kostenübernahmemöglichkeit hierfür besteht. Sollte er noch nichts über Osteopathie wissen, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass er mit seinem Krankheitsbild in die Recherche auf der Webseite seiner Krankenkasse einsteigt.

2 Osterloh, Falk, Dtsch Arztebl 2019; 116(12): A-566 / B-466 / C-458.

3 Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Schlaganfall-Lotsen in ganz Deutschland, Schlaganfall-Lotsen (schlaganfall-hilfe.de).

Digitale Erstdiagnose vs. Beratung durch Fallmanager: Identisches Risiko für Informationslücken

Oftmals führt der erste Schritt nach Erkrankungsbeginn zur Suchmaschine: „Dr. Google“ kann hierbei jedoch nur einen allgemeinen Überblick über mögliche Therapieoptionen geben. Selbst wenn diese dann in die vertiefte Diskussion mit dem behandelnden Arzt weitergetragen werden, fehlt der Überblick über die konkreten und wirklich durch die jeweilige Krankenkasse finanziell unterstützten Möglichkeiten. Um das Beispiel fortzuspinnen: Die Osteopathie ist eine bei den gesetzlichen Krankenkassen zwar in den letzten Jahren zunehmend unterstützte Behandlungsform, bildet sich aber nach wie vor nur bei einigen Krankenkassen als Satzungsleistung ab. Mangels Kenntnis über diese Satzungsleistungen wird diese Behandlungsform im ärztlichen Beratungsgespräch häufig von vornherein als Privatleistung deklariert, wodurch eine Wahl dieser Möglichkeit bei vielen Patienten direkt ausscheidet.

In den letzten Jahren sind diverse Internetseiten auf den Markt gekommen, die versuchen, diesen Mangel auszugleichen, indem konkrete Versorgungsangebote inklusive der dahinterstehenden vertraglichen Regelungen in Form einer Suchmaschine zur Verfügung gestellt werden. Primär haben sich diese Portale darauf konzentriert, den Krankenhäusern und Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements eine Unterstützung zu bieten. Die Anbieter konzentrieren sich daher zum Beispiel darauf, verfügbare Pflegeplätze anzubieten oder Anbieter zur Versorgung der poststationär erforderlichen Hilfsmittel zu vermitteln. Wieder andere Portale verhelfen Patienten dazu, medizinisches Fachpersonal mit spezifischen Qualifikationen ausfindig zu machen. Dabei ist weiterhin nötig, dass man als Patient bereits weiß, was man benötigt. Die Portale unterstützen nur bei der Frage, wo man die Unterstützung erhalten kann.

Umfassende Unterstützung bietet der Krankenkassenmitarbeiter, häufig sogenannter Fallmanager. Beim Großteil der Krankenversicherer werden ausgebildete und gut aufgestellte Sozialversicherungsfachangestellte oder Kaufleute im Gesundheitswesen in zwei verschiedenen Ausprägungen eingesetzt. Entweder im Rahmen der fallabschließenden Rundumsachbearbeitung als generalisierter Ansprechpartner für alle Fragen der Versicherten oder als Fachexperte innerhalb eines definierten Behandlungssektors, wie etwa dem Krankengeld- oder Krankenhausfallmanagement. In beiden Ausprägungen ist allein von der fachlichen Breite her ein unheimlich großer Wissensschatz von Nöten. Über alle Anforderungsfaktoren hinweg konkrete Informationen zu den bestehenden Versorgungsangeboten der eigenen Krankenversicherung liefern zu können, ist ein nahezu unmögliches

Unterfangen. Dies ist auch durch eine häufig immer noch anzutreffende sektorale Abgrenzung der vertragsschließenden Abteilungen und den umsetzenden Leistungsabteilungen bedingt. Abgesehen davon werden die für eine qualifizierte Beratung notwendigen Basisdaten auch in den Krankenkassensystemen sektoral abgegrenzt gespeichert. Vertraglich geregelte Angebote werden in der ERP-Software überwiegend an vollkommen anderen Orten gespeichert und zugänglich gemacht als Satzungsleistungen oder Präventionsangebote. Das führt dazu, dass die Wege einen Anbieter zu einem bekannten Angebot zu finden, quasi unzählig sind.

Die Lösung – Ein digitaler Versorgungslotse!

Die Lösung kann somit nur in einer neu geschaffenen und vereinheitlichten, normalisierten und standardisierten Informationsquelle bestehen, auf der sämtliche Beratungsangebote, virtuell wie persönlich aufbauen. Der Gesetzgeber hat hier mit der Schaffung der Vertragstransparenzstelle durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) im Jahr 2020 bereits einen ersten wichtigen Schritt getan. Allerdings sind hierbei nur die Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, sowie die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V abgebildet. Außerdem ist der erwünschte Zweck weniger die Information interessierter Stakeholder über Versorgungsoptionen, als vielmehr die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich⁴. Dies merkt man auch sogleich, wenn man versucht die Informationen der bestehenden Verträge über die Vertragstransparenzstelle abzurufen. Außer den teilnehmenden Krankenkassen und den Informationen darüber, für welche Indikationen (suchbar nur mit ICD-10-Code) der jeweilige Vertrag vereinbart wurde, gibt es keine nennenswerten Informationen. Aus Sicht der Patienten absolut ungenügend.

Es bedarf daher weiterer Aktivitäten, um eine wirklich nützliche Basis zu schaffen. Wir benötigen eine Art „Parship“ für Versorgungsangebote: Einen digitalen Versorgungslotse. Dafür ist es erforderlich, dass sich große Teile der gesetzlichen Krankenversicherung vollkommen unabhängig von der genutzten ERP-Variante (Enterprise Resource Planning) auf ein einheitliches Datenformat einigen und dieses dann mit ihren jeweiligen Angebotsdaten befüllen. Durch Anreicherung vorhandener Grunddaten um konkrete Einschluss-/Ausschlussfaktoren sollte es zügig möglich sein, ein Backend zu schaffen, auf dem sich verschiedenartige Frontends aufbauen lassen.

⁴ Bundesamt für soziale Sicherung, Vertragstransparenzstelle geht online, www.bundesamtssozialesicherung.de/de/service/newsroom/detail/vertragstransparenzstelle-geht-online/; angerufen am 20.01.2023.

Versorgungsdschungel – Fluch und Segen gleichzeitig?

Je nach Gusto der jeweiligen Krankenkasse können dies nach außen gerichtete Elemente und Anwendungen der kasseneigenen App sein, Chatbots, Beratungs-Avatare oder ähnliches. Über diese Frontend-Varianten können sich Patienten komfortabel einen Überblick der von ihrer Krankenkasse unterstützten Angebote zu ihren vorliegenden Diagnosen in ihrer eigenen Region und mit den präferierten Bestandteilen verschaffen.

Vorteile von digitalen Versorgungslotsen

Der digitalaffine, interessierte und engagierte Patient hat somit alle Möglichkeiten, sich mit weiteren Protagonisten am Rande seines Behandlungspfades auf Augenhöhe auszutauschen. Echtes Patienten-Engagement! Die nächste relevante Information wird in einem zweiten Schritt an die Versicherten vermittelt: Wo und bei welchem Leistungserbringer sind die gewünschten Angebote erhältlich.

Nach innen gerichtet könnten die ERP-Anbieter die entsprechenden Daten aufgreifen und den Krankenkassen-

Auch der interne Aufwand für Krankenversicherer wird deutlich reduziert, beispielsweise im Marketing, speziell in der Bewerbung von besonderen, neuen oder innovativen Versorgungsangeboten. Maßgeschneiderte Angebote werden nicht an alle Versicherten gleichermaßen kommuniziert und die Kommunikation widmet sich vollkommen einem Instrument: Dem digitalen Versorgungslotsen. Danach beginnt der personalisierte Informationspfad: Der Patient kann selbst festlegen, auf Basis welcher preisgegebenen Informationen er Versorgungsangebote selektiert erhält.

Die sinnvolle Digitalisierung der Gesundheitsversorgung beginnt jetzt

Hierbei ist es auch ratsam, nicht darauf zu warten, bis der Gesetzgeber eine bundeseinheitliche Regelung im Sinne einer Weiterentwicklung der Vertragstransparenzstelle schafft. Abgesehen davon, dass der verfassungsgemäße Auftrag für die gesetzlichen Krankenkassen es erfordert, Patienten eine adäquate Versorgung zu bieten, dürfte es auch wirtschaftliche Erwägungen geben, die es für die Krankenkassen bedeutend machen, dass die bestehenden Angebote auch genutzt werden. Es wäre daher wünschenswert, wenn auf Ebene des GKV-SV oder im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften rasch ein durchgehender Schulterschluss der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen würde, damit Sektorengrenzen um ein weiteres Stück abgebaut werden und bisher ungenutzte Potenziale in der Versorgung ausgeschöpft werden können.

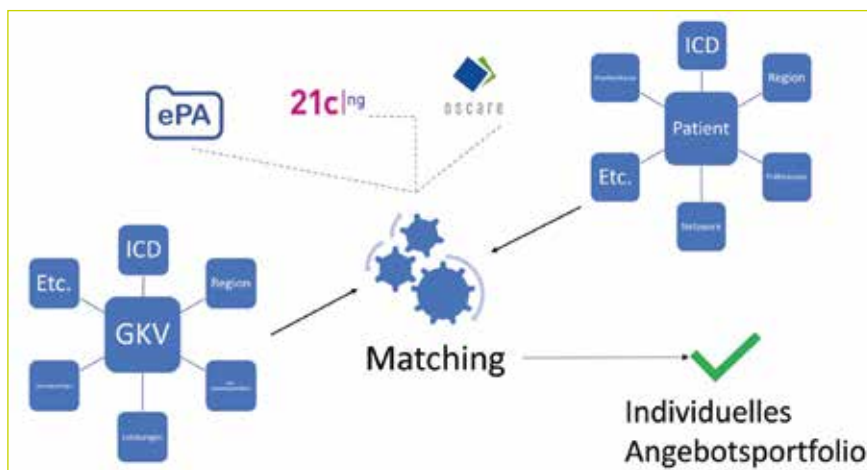


Abb. 1 Schema zielgerichtetes und individuell gematchtes Angebot zur bestehenden Versorgungslücke; Quelle: Stefan Skibbe

mitarbeitern als Beratungstool an die Hand geben. Auch weniger digitalaffine Patienten hätten somit die Möglichkeit, notwendige Informationen über ein traditionelles Beratungsgespräch in Erfahrung zu bringen. Es bestünde somit absolute Chancengleichheit.

Schlussendlich gäbe es zudem die Möglichkeit, den Datenbestand auch Dritten gegenüber zu öffnen. Krankenkassenvergleiche durch Zeitschriften sowie qualifiziertes Entlassungsmanagement durch etablierte Anwender wären ebenso möglich, wie die Gestaltung von Versorgungsplänen oder Therapiekonzepten durch behandelnde Ärzte, Patientenlotsen oder ähnliches.

Andere Branchen machen es vor. Instrumente wie Parship oder autoscout24 matchen schon lange keine konkreten Personen miteinander, sondern bringen Bedarfslagen und Angebote zusammen. Die Personen, bei denen diese Angebote erhältlich sind, werden erst in zweiter Linie relevant. ●



Stefan Skibbe

Healthcare Innovation Lead Germany bei ResMed, Martinsried



Leistungs- & Vertragswelt

PKV und Dermatologie-Start-up Formel Skin vereinbaren Innovationspartnerschaft

Die privaten Krankenversicherer bringen digitale Behandlungsmethoden in die Patientenversorgung: Versicherte können sich die telemedizinische Behandlung von Hautkrankheiten durch das Berliner Unternehmen Formel Skin erstatten lassen. Das Start-up ist eines der erfolgreichen Investments von Heal Capital, dem von der PKV initiierten Wagniskapitalfonds für digitale Gesundheitsinnovationen. Die Private Krankenversicherung arbeitet in vielen Bereichen daran, medizinische Innovationen zu fördern, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Das zeigt sie nun am Beispiel der telemedizinischen Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten wie Akne und Neurodermitis. Anhand eines Fragebogens und hochauflösender Bilder per Smartphone-Kamera analysieren die Ärztinnen und Ärzte von Formel Skin das Hautbild der Patienten und erstellen eine Diagnose sowie einen Behandlungsvorschlag. Die Patienten erhalten ein individuelles Rezept – und bei Bedarf regelmäßige ärztliche Unterstützung. Die Innovations- und Qualitätspartnerschaft umfasst die Behandlung von Akne und Neurodermitis. Die Abrechnung erfolgt – wie in der PKV üblich – nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Grundlage ist eine zwischen PKV und Bundesärztekammer abgestimmte Abrechnungsempfehlung zu telemedizinischen Leistungen. Die Versicherten können die Rechnungen über ärztliche Leistungen sowie über verschreibungspflichtige Medikamente und

Rezepturen bei ihrem Versicherer zur Erstattung einreichen. ●

Neuer Vertrag zur Durchführung und Abrechnung innerbetriebliche Impfungen

Die Betriebskrankenkassen Audi BKK, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, BKK VerbundPlus sowie spektrumK, ein führender Dienstleistungspartner der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen haben mit dem Verband der Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) einen gemeinsamen Vertrag geschlossen. Dieser vereinfacht die Abwicklung von Schutzimpfungen in Betrieben. Er trat zum 1. Januar 2023 in Kraft und soll vor allem das Impfen in Betrieben fördern. Im Fokus der Vertragsverhandlungen stand die Förderung des Impfens in Unternehmen – eine Kernaufgabe der Gesundheitsförderung der Betriebskrankenkassen. Die jetzt geschaffenen einheitlichen Rahmenbedingungen erleichtern die Umsetzung, Durchführung und Abrechnung. Für die Partner ergeben sich darüber hinaus weitere Vorteile: Betriebsärztinnen und -ärzte erhalten Abrechnungssicherheit sowie ein Honorar, orientiert an der Vergütung der Regelversorgung. Die digitalisierte Abrechnung spart Zeit und Ressourcen auf beiden Seiten. Eine zusätzliche Abrechnungssoftware wird nicht benötigt. Weitere Betriebskrankenkassen, Betriebsmedizinerinnen und -mediziner, die nicht im VDBW organisiert sind sowie betriebsärztliche Dienste, können dem Vertragsangebot jeweils zum ersten eines Monats beitreten. Alle Schutzimpfungen aus der Schutzimpfungsrichtlinie nach § 20 i Absatz 1 SGB V

können erbracht und abgerechnet werden. Der Impfkatalog kann darüber hinaus von den Betriebskrankenkassen flexibel erweitert werden. ●

Barmenia und peers. Starten gemeinsame Zusammenarbeit für psychologische Hilfen

Digitale Gruppenkurse als schnelle Hilfe für Betroffene von Depressionen, Stress und Angst, das ist das Ziel der Zusammenarbeit zwischen den Barmenia Versicherungen, Wuppertal, und des Mental-Health-Startups peers., die heute an den Start gegangen ist. Carola Schroeder, Vorstandsmitglied, kommentiert die Kooperation so: „Wir haben erkannt, wie wichtig es ist, psychosoziale Unterstützung nicht nur schnell, sondern auch unkompliziert zugänglich zu machen. Mit Peers. teilen wir die Vision, eine ganzheitliche Plattform zur Stärkung der psychischen Gesundheit aufzubauen. Und so gehen wir hier gemeinsam neue Wege.“ Ohne Diagnose und ohne Rezept können Kurse zu den Themen Angst, depressive Stimmungen und Stress absolviert werden. Es werden digitale Gruppen aus Gleichgesinnten aus ganz Deutschland zusammengestellt und in wöchentlichen 90-minütigen Sitzungen psychologisch betreut. Im Mittelpunkt steht dabei der menschliche Austausch. Die Konzepte der Kurse wurden von medizinischem und psychotherapeutischem Fachpersonal entwickelt und basieren auf wissenschaftlich fundierten Manualen. Mit einer Kurslaufzeit von 6 bis 12 Monaten werden Teilnehmende langfristig und somit nachhaltig unterstützt. ●



Recht & Gesetz

BSG: Auszahlung des Sicherstellungszuschlags für Hebammen

In einem Verfahren gegen den GKV-Spitzenverband kamen der 3. Senat des BSG zu dem Urteil, dass über die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags für Hebammen weder durch Verwaltungsakt zu entscheiden ist noch dass Zahlungen Dritter auf ihn anzurechnen sind. Insofern war die Revision des Beklagten GKV-Spitzenverbandes unbegründet. Seit dem 1. Juli 2015 erhalten Hebammen für Geburten zusätzlich zur Vergütung für die im Einzelnen erbrachten Leistungen einen sogenannten Sicherstellungszuschlag, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringen Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung im Übrigen nicht ausreichend berücksichtigt sind. Ausgezahlt wird der Sicherstellungszuschlag „auf Antrag der Hebamme“ nach Nachweis unter anderem über den Versicherungsschutz und -beitrag durch den GKV-Spitzenverband. Mit dieser Ausgestaltung hat der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband nicht die Rechtsmacht eingeräumt, über die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Die Befugnis, Rechtsbeziehungen hoheitlich durch Verwaltungsakt zu gestalten, muss sich aus dem materiellen Recht ergeben, das den betreffenden Rechtsbeziehungen zugrunde liegt. Diese Rechtsbeziehungen sind im Verhältnis zwischen den an der Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten teilnehmenden Hebammen und den Krankenkassen wie auch im übrigen nichtärztlichen Leistungserbringungsrecht durch ein

Gleichordnungsverhältnis geprägt, in dem Entscheidungen durch Verwaltungsakt nur auf der Grundlage einer ausdrücklichen Normierung oder entsprechend ausgestalteter Rechtslage ergehen. Das ist hier weder den maßgeblichen Regelungen selbst noch dem Regelungszusammenhang hinreichend deutlich zu entnehmen. Von den gesetzlichen Regelungen oder ihrer Ausgestaltung durch den Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe ebenfalls nicht getragen ist die Anrechnung von Zahlungen Dritter auf den Sicherstellungszuschlag. ●

BGH-Urteil zur Bedenkzeit vor einer Operation

In einem aktuellen Urteil hat sich der BGH damit beschäftigt, welche Bedenkzeit den Patienten zwischen dem Aufklärungsgespräch und der Entscheidung über die Einwilligung zu einer Operation eingeräumt werden muss. Patienten müssen generell vor einem Eingriff vom Arzt über mögliche Risiken aufgeklärt werden. Das muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahrnehmen kann. Der Bundesgerichtshof (BGH) stellte Ende des Jahres klar, dass die Bestimmung keine vor der Einwilligung einzuhaltende „Sperrfrist“ vorsieht, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde. Die Bestimmung enthält „kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsste.“ Das bedeutet, dass der Patient seine Entscheidung für einen Eingriff auch unmittelbar

nach einer ordnungsgemäßen Aufklärung geben kann. Dies sei, so der BGH, „seine Sache“: Sieht sich der Patient „bereits nach dem Aufklärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, ist es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen.“ Wenn er sich dagegen eine Bedenkzeit wünscht, „so kann von ihm grundsätzlich erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und von der Erteilung einer – etwa im Anschluss an das Gespräch erbetenen – Einwilligung zunächst absieht.“ Eine andere Beurteilung ist – sofern medizinisch vertretbar – allerdings dann geboten, wenn für den Arzt erkennbare konkrete Anhaltspunkte dafür gegeben sind, dass der Patient noch Zeit für seine Entscheidung benötigt. Es empfiehlt es sich deshalb, den Patienten nach dem Aufklärungsgespräch zu fragen, ob er noch weitere Informationen benötigt bzw. ob noch offene Fragen bestehen und ob er seine Entscheidung jetzt treffen kann oder noch Bedenkzeit braucht. Dies ist immer patientenindividuell zu beurteilen und auch abhängig von der Schwere des Eingriffs sowie den damit verbundenen Risiken. Die Aufklärung und die Reaktion des Patienten sollten dokumentiert werden. In dem vom BGH verhandelten Fall verlangt ein Patient Schadenersatz von einer Klinik aufgrund einer missglückten Nasen-OP, bei der eine Hirnblutung aufgetreten war. Sein Aufklärungsgespräch hatte er drei Tage vor dem Eingriff, das Formular zur Einwilligung unterzeichnete er direkt im Anschluss an das Gespräch. AZ – VI ZR 375/21 ●



Europa & Internationales

EU-Parlament richtet neuen Public-Health-Unterausschuss ein

Unter dem Dach des Ausschusses für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) des Europäischen Parlaments wird es künftig einen neuen Unterausschuss für Fragen der Öffentlichen Gesundheit geben. Das Plenum legte fest, dass der neue Ausschuss aus 30 Mitgliedern bestehen wird und definierte deren Zuständigkeiten. Verantworten sollen sie nämlich neben generellen Fragen zur Öffentlichen Gesundheit unter anderem die Bereiche pharmazeutische und kosmetische Produkte sowie gesundheitliche Aspekte des Bioterrorismus. Auch werden sich die Mitglieder um die Kommunikation mit der Europäischen Arzneimittelagentur – EMA und dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten – ECDC kümmern. Was die Prüfung und Abstimmung der Vorschläge angeht, die aus dem Unterausschuss kommen, behält aber nach wie vor der ENVI-Ausschuss als Hauptausschuss den Hut auf. Mit 88 Mitgliedern ist er derzeit der größte Ausschuss des Europäischen Parlaments. Unterausschüsse können grundsätzlich keine eigenen Gesetzestexte verabschieden, ihre Mandatszeit gilt allerdings auf unbestimmte Zeit. ●

EU-Bürger bewegen sich zu wenig

Laut einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bewegen sich die Menschen in der EU zu wenig. Jeder Dritte hielt sich demnach nicht an das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgesehene Mindestmaß an Be-

wegung. Die WHO empfiehlt circa 150 Minuten Training pro Woche. Wenn sich jeder in der EU daran halten würde, könnten laut dem OECD mehr als 10.000 Todesfälle pro Jahr verhindert werden. Außerdem würden so laut der WHO bis 2050 in der EU 11,5 Millionen neue Fälle nicht übertragbarer Krankheiten verhindert. Nach einer ergänzenden Eurobarometer-Umfrage aus 2022 mit mehr als 25.000 Europäern kann festgestellt werden, dass 45 Prozent der EU-Bürger gar keinen Sport betreiben. Weniger als 40 Prozent treiben mindestens einmal pro Woche oder öfter Sport, während fast 20 Prozent weniger als einmal pro Woche Sport treiben. Im Vergleich zu den Umfragen der Vorjahre wurde festgestellt, dass während der COVID-19-Pandemie die Hälfte der Europäer ihr Aktivitätsniveau reduzierte oder sogar ganz aufhörte. Nur vier von zehn Erwachsenen in der EU treiben regelmäßig Sport, dies sei zu wenig, so der stellvertretende Generalsekretär der OECD, Ulrik Knudsen. ●

In Österreichs Spitälern sind 4.000 Stellen unbesetzt

In Österreichs Krankenhäusern sind derzeit rund 4.000 Stellen unbesetzt. Wie das Onlinemagazin „Medianet“ berichtet, sind in den Spitälern der Bundesländer und in den Ordenskliniken der Vinzenz Gruppe, der Elisabethinen und der Barmherzigen Brüder über alle Berufsgruppen hinweg bis zu sechs Prozent der Stellen unbesetzt. Die Zahlen wurden von der Wirtschaftszeitung durch einen Rundruf bei den österreichischen Spitalträgern ermittelt. Spitzenreiter ist demnach der Wiener Gesundheitsverbund mit

1.830 offenen Stellen von insgesamt 30.000. Dazu kommen Personalausfälle aufgrund der Grippeperiode. Besonders betroffen sind sowohl das medizinische Personal als auch die Pflegekräfte. Von allen Spitalträgern heißt es, dass eine Akutversorgung gewährleistet sei, planbare Leistungen müssten aber teilweise verschoben werden. Ebenso müssten nach wie vor Betten gesperrt werden. Einige Spitäler versuchen Beschäftigte klinikübergreifend auszutauschen, andere greifen auf pensioniertes Personal zurück. ●

Spanien: Demonstrationen gegen Kürzungen im Gesundheitssektor

Neben Patientenschutzvereinigungen riefen vor allem Ärzte- und Pflegekraftverbände zu Massenprotesten auf. Mit Plakaten warnten sie vor mittlerweile für Patientinnen und Patienten „lebensbedrohlichen“ Kürzungen im öffentlichen Gesundheitssektor. Sie warfen der konservativen Politik vor, das öffentliche Gesundheitssystem kaputt zu sparen und durch eine große Privatisierungswelle von Krankenhäusern an den Rand des Zusammenbruchs zu bringen. „Gesundheit verkauft man nicht, man schützt sie“, hieß es auf Tausenden von Spruchbändern. Spaniens Ärzteschaft klagt über chaotische Arbeitsbedingungen, schlechte Bezahlung und ein unterfinanziertes Gesundheitssystem. Immer weniger Ärzte müssten immer mehr Menschen behandeln, hieß es. In einigen Regionen müssten die Ärztinnen täglich bis zu 60 Patienten versorgen. Vor allem die Warteliste für Facharztbehandlungen seien in den vergangenen Jahren enorm gestiegen. 700.000 Menschen warten auf eine OP. ●

Epilog



Lichtfluss

Licht schenkt uns
alle Farben
in unseren Flussläufen
zum ewigen Meer.
Dort angekommen
verabschieden wir uns
bunt ausgefüllt
wie wir in dieses Leben
entsprungen sind
und sind nur noch Licht.

Text und Bild Rolf Stuppardt

Impressum

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

Herausgeber und Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Rolf Stuppardt, Büscherhöfchen 28, 51491 Overath
E-Mail: rst@stuppardtpartner.de
Tel.: (02206) 912104

Redaktion

Rolf Stuppardt (Chefredaktion)
Dr. Monika Sinha
Dr. Annette Mehler
E-Mail: redaktion-WdK@medhochzwei-verlag.de

Verlag

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

Anzeigen

Sabine Hornig, medhochzwei Verlag GmbH, Tel: (0 62 21) 914 96-15,

Fax (0 62 21) 914 96 20, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Schleunungsdruck GmbH
97828 Marktheidenfeld

Bezug und Bedingungen

Kombi-Abo Print + Online: € 189,-*
Online-Abo: € 119,-**
Schnupperabonnement Print (3 Ausgaben): € 44,- (inkl. Versandkosten). Kündigungen sind bis zu 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

* Das Abonnement umfasst die Lieferung von 10 Ausgaben und den Zugang zum Onlinearchiv.

** Das Abonnement umfasst den Zugang zum Onlinearchiv.

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

Erscheinungsweise

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG erscheint zehnmal im Jahr mit zwei Doppelausgaben (1-2 und 7-8).

Urheber- und Verlagsrechte

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

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

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

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



Weil sich die gesundheitliche Versorgung an Sektoren orientiert, ist das deutsche Gesundheitswesen eher organisations- und institutionenzentriert und nicht hauptsächlich patientenorientiert aufgestellt. Gesundheit konstituiert sich jedoch darüber, dass die gesundheitlichen Herausforderungen lokal, vernetzt und durchlässig an den Menschen orientiert bewältigt werden. Der Herausgeberband stellt die aktuellen Diskussionen zu diesem Thema zusammen.

69,99 € | Softcover | XXIII, 563 Seiten | ISBN 978-3-86216-845-3

DIE ZUKUNFT IM FOKUS

Mit diesem Werk wird im deutschsprachigen Raum ein in dieser Breite bisher einmaliges Kompendium vorgelegt, welches sich mutig und lösungsorientiert dem Thema Frauen und Medizin annimmt und dabei auf die Vielzahl von Perspektiven und wissenschaftlichen Disziplinen setzt. Zu den thematischen Facetten zählen unter anderem: Frauen in der gegenwärtigen Medizin und Gesundheitswirtschaft, Ethik der Geschlechtergerechtigkeit, Frauen und eHealth sowie Frauen in der Gesundheitspolitik.

119,99 € | Hardcover | X, 487 Seiten | ISBN 978-3-86216-805-7



Jetzt bestellen:

www.medhochzwei-verlag.de

E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de | Tel.: 0 79 53 / 7 18 90 76 | Fax: 0 79 53 / 7 18 90 82

Die Kodierleitfäden 2023

kompakt, praxisnah und leicht verständlich

Die ideale Ergänzung

DRG-System 2023 – Richtig kodieren in der Intensivmedizin und Hämatologie/Onkologie 2023. Preis je € 119,00. Online-Schulung.



Thalheimer/Meyer/Kreutz/
Bekeredjian

Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2023

Praxisrelevante Erläuterungen der spezifisch intensivmedizinischen Kodierung



Praxiswissen Abrechnung

medhochzwei

2023. Preis je € 29,00. Softcover.
ISBN 978-3-86216-940-5

Sämtliche Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen aktuell dargestellt für das DRG-System 2023.

Alle Titel der Reihe
Praxiswissen Abrechnung
finden Sie hier:

