Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

ISSN 2193-4479
D 24953
9. Jahrgang

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Ausgabe 10 | 2020

> *Interdependenzen Covid-19 und chronische Erkrankungen*

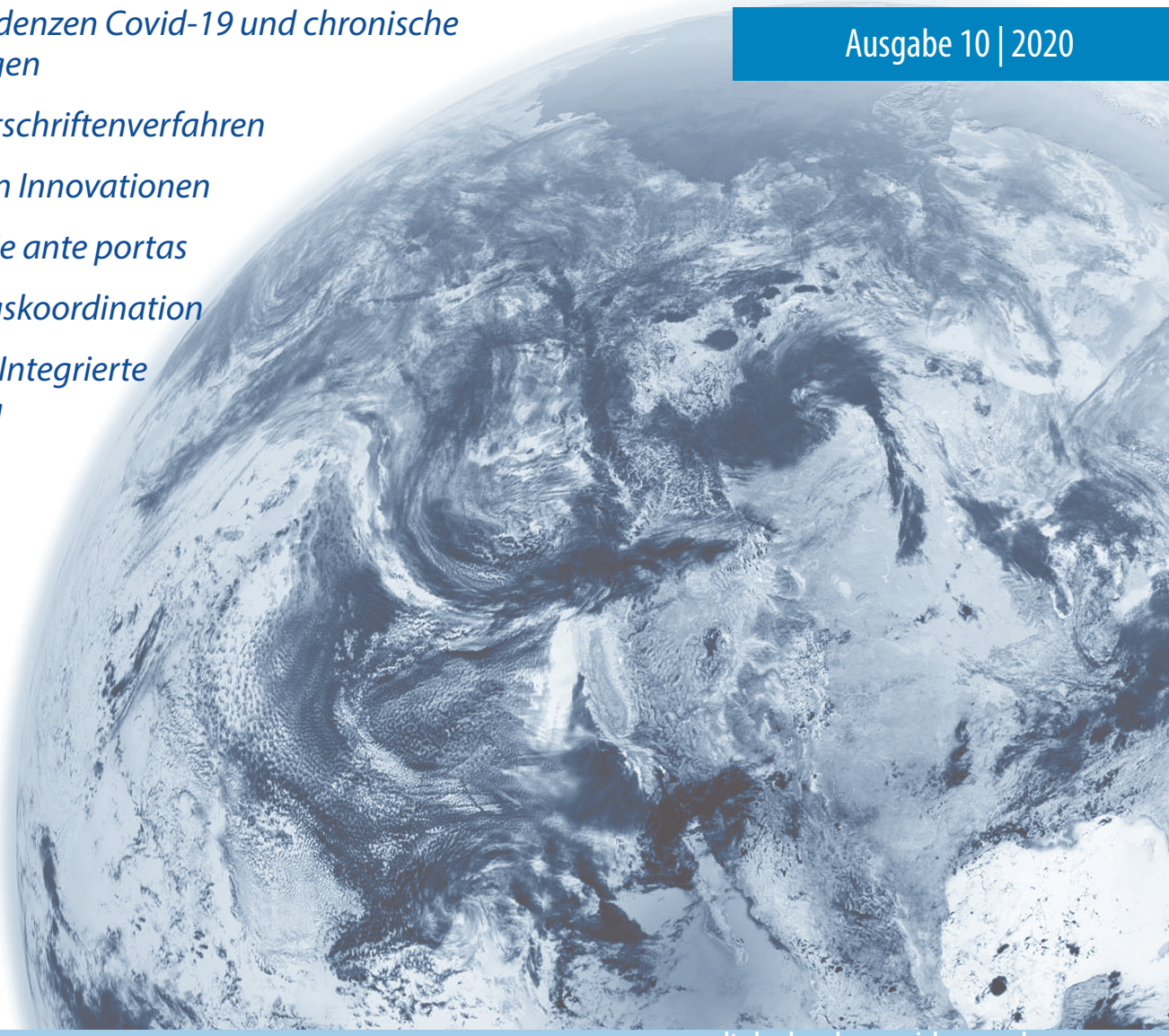
> *PDSG – Gutschriftenverfahren*

> *Zugang von Innovationen*

> *Gentherapie ante portas*

> *Versorgungskoordination*

> *Diskussion Integrierte Versorgung*



www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde
Georg Baum
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
Dr. Mani Rafii
Prof. Dr. Herbert Rebscher
Dr. Florian Reuther
Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

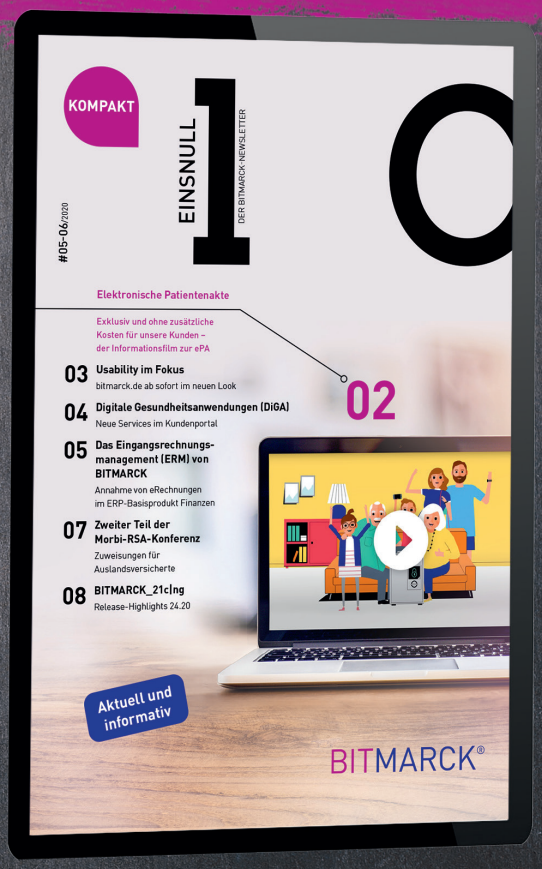
medhochzwei

© medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg. Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Weiterleitung und das Einstellen der Daten in interne oder externe Netzwerke.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

BITMARCK®

einsnull kompakt der BITMARCK-Newsletter

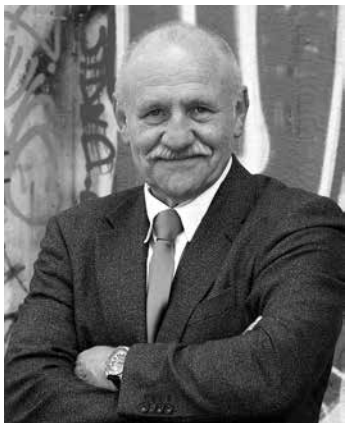


News aus der GKV- und IT-Welt zeitnah erhalten, alles über die vielfältige Produktwelt von BITMARCK, als PDF-Datei oder als Website-Blog, optimiert für PC, Tablets oder Smartphones.

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

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Editorial



Finanzreserven, Innovation, Integration, Patientenfokus

Wirtschaft, Gesellschaft, Gesundheit – der Fokus liegt immer noch stark auf Auswirkungen, Perspektiven und Handlungsoptionen der Corona-Krise. In der Krise sind kritische, kontextstarke Kommunikation und mutige Investition in nachhaltige Zukunftsgestaltung besonders gefragt. Letztere sollten zudem ordnungspolitische Stringenz aufweisen. Daran mangelt es. Stattdessen scheint es wieder einmal auf „Verschiebebahnhöfe" von Finanzreserven herauszulaufen. Wie anders ist es zu erklären, dass die Exekutive plant, die z. T. gesamtgesellschaftlichen, pandemie- und reformbedingten Mehrkosten aus Rücklagen der Versichertengemeinschaften und mittels Beitragserhöhungen bei den Versicherten zu finanzieren. So ist es jedenfalls im Kabinettsentwurf des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) angelegt. Verständlich, dass nicht nur Krankenkassen und die Selbstverwaltung aus Arbeitgeber- und Versichertenvertreter dies wegen der gesellschaftspolitisch bedingten Ursachen kritisieren und nachvollziehbar fordern, im Zuge der weiteren Beratungen eine adäquate steuerliche Gegenfinanzierung der krisenbedingten und mit dem BMG konsentierten Mehrbelastungen der GKV in Höhe von 16,6 Mrd. Euro in diesem und im nächsten Jahr vorzusehen. Eine einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses um 5 Mrd. Euro ist da nicht hinreichend und die Abschöpfung des darüberhinausgehenden Defizits über einen zwangsweisen Rückgriff auf die Reserven der Krankenkassen sowie die geplante Anhebung des Zusatzbeitrages kommt einer staatlichen Ermächtigung über Versicherten- und Arbeitgebergelder gleich und setzt zudem ein weiteres Mal die verbriefte Finanzhoheit der Selbstverwaltung außer Kraft. Das ist mit Blick auf das Wahljahr 2021 alles sehr durchsichtig, weil es um die Einhaltung der Sozialgarantie geht, die Summe der Sozialversicherungsbeiträge auf unter 40 Prozent der Lohnkosten zu begrenzen. Dabei hat der zusätzliche Finanzbedarf höchstwahrscheinlich mit der Corona-Krise weniger zu tun als mit den eher spendablen Reformvorhaben dieser Legislaturperiode angesichts konjunktureller Entwicklungen vor der Krise, die ein politisches Schöpfen aus dem Vollen nahe legte. Dafür den Begriff des „kassenübergreifenden Solidarausgleichs" zu bemühen, ist typische politische Interventionslyrik. Ordnungspolitisch stringent ist die Sozialgarantie nur über entsprechende Bundeszuschüsse zu erreichen. Ansonsten ist die Perspektive vorprogrammiert: 2022 spätestens stehen deutliche Steigerungen der Beitragssätze auf der Tagesordnung.

Diese typische fiskalische Fokussierung steht im Übrigen dem notwendigen Ausbau der zentralen Trias für nachhaltige Versorgung im digitalen Zeitalter entgegen. Denn es muss gerade jetzt darum gehen,

a) Innovationen in der Versorgung voranzutreiben,
b) die integrative Durchlässigkeit dieser Versorgung in einer weitgehend sektoralisierten Struktur- und Prozesslandschaft durch entsprechende Rahmenbedingungen zu fördern und
c) letztlich all dies mit einer konsequenten Patientenorientierung zu verbinden.

Wir haben daher in dieser Ausgabe nicht nur eine Betrachtung steuerungsrelevanter Interdependenzen zwischen COVID-19 und chronischen Krankheiten als einen versorgungsspezifisch aktuellen Aspekt thematisiert, sondern auch das Thema Chancen und Herausforderungen von Innovationen angesichts der ausgeweiteten Innovationszugänge ins System und wir diskutieren weiterhin die Perspektiven einer regelhaften Integrierten Versorgung mit Patientenfokus.

Ich wünsche allseits eine spannende Lektüre und würde mich über Kommentare freuen, denn dem berechtigten Wunsch unseres Gesundheitsministers nach mehr Debatte, die ja immerhin das inhärente Potenzial für neue Perspektiven und vielleicht sogar Bereicherung aufweist, möchten wir gern entsprechen.

Ihr Rolf Stuppardt

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

JETZT NEU

2020 | XVI, 138 Seiten | Softcover | 49,99 €
ISBN 978-3-86216-637-4

Wichtige rechtliche Rahmenbedingungen, Anregungen zur Organisation, Technik und Anwendung bei unterstützender Zahnpflege sowie zur Anwendungspraxis von Hilfsmitteln in der Mundpflege, um pflegebedürftige Personen mit regelmäßiger Prophylaxe vor weiteren gesundheitlichen Einbußen zu schützen.

medhochzwei

www.medhochzwei-verlag.de

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Inhalt

201 Editorial: Finanzreserven, Innovation, Integration, Patientenfokus
Die Fiskalorientierung und die damit verbundenen Verschiebebahnhöfe steht dem notwendigen Ausbau von Innovation, Integration und Patientenfokus entgegen, argumentiert Herausgeber *Rolf Stuppardt*.

244 Interdependenzen von COVID-19 und chronischen Erkrankungen
Das Corona-Geschehen steht seit Monaten im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Lebens. *Dr. Annette Mehler* und *Dr. Horacio V. Guzman* unterziehen sich der Mühe, den auch bidirektionalen Zusammenhang von Covid-19 und chronischen Krankheiten aufzuarbeiten und zu diskutieren.

251 Standpunkt: Perspektive von Gesundheit und Prävention
„Gesundheit in allen Politikbereichen" (Health in all Policies) muss endlich, wie es schon lange von der WHO und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina gefordert wird, „zur Priorität in Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft werden" argumentiert *MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther* in ihrem Standpunkt.

252 Überraschung im PDSG: Das Gutschriftverfahren ist nun gesetzlich verankert
Das PDSG wurde bis zuletzt insbesondere von Datenschützern kritisch hinterfragt. *Istok Kespret*, Geschäftsführer von HMM Deutschland, erläutert die Prozessverbesserungen am Beispiel des sog. Gutschriftverfahrens.

254 Chancen und Herausforderungen der verschiedenen Wege von Innovationen in Gesundheitssystem
Die klassischen Zugangswege von Innovationen ins System sind mit dem Digitale Versorgungsgesetz (DVG) erweitert worden. Das bietet Chancen, eröffnet aber auch neue Herausforderungen. Wie wird sich der DVG-Weg auf den Zugang von Innovationen insgesamt auswirken? Das erörtern *Dr. Monika Sinha und Rolf Stuppardt* auch vor dem Hintergrund einer Veranstaltung zum Thema im September.

262 Ist Deutschland bereit für Gentherapien?
Der Zugang zu innovativen Therapien wie z. B. den Arzneimitteln für neuartige Therapien ist in Deutschland gut reguliert. Doch wie sieht der Weg für innovative Arzneimittel konkret aus – von der Zulassung, bis sie Patienten real zur Verfügung gestellt werden können? Dies diskutiert *Susanne Digel, General Manager bluebird bio Deutschland*.

265 NEU und NÜTZLICH: Die digitale Recare-Plattform zur Koordination von Versorgung
Die Koordination des Versorgungspfades ist eine Herausforderung für Verzögerungsminimierung, Steuerungsaufwand und Kosten. Die Recare-Plattform hat sich mittlerweile zu einem umfassenden digitalen Netzwerk für Versorgungskoordination entwickelt. Geschäftsführer *Maximilian Geschke* hat unsere Standardfragen dazu beantwortet.

268 Diskussion: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung
In den Heften Juli/August und September hat ein Autorenkollektiv das für die Versorgungssteuerung so zentrale Thema der Integrierten Versorgung aufgegriffen und Vorschläge für Neugestaltungen unterbreitet. Wir beginnen in diesem Heft mit einer Kommentierung dieser Vorschläge. *Andrea Galle*, *Dr. Wolfgang Klitzsch*, und *Laura Wamprecht*, Geschäftsführerin von Flying Health machen den Aufschlag.

272 Impressum

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Interdependenzen von COVID-19 und chronischen Erkrankungen

Dr. Annette Mehler*,
Wiesbaden

Dr. Horacio V. Guzman**,
Mainz

Das Corona-Geschehen steht seit Monaten im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Lebens und der dadurch ausgelösten politischen Maßnahmen. Unsere Autoren unterziehen sich der Mühe, den auch bidirektionalen Zusammenhang von Covid-19 und chronischen Krankheiten mit dem Blick aufzuarbeiten, die möglichen Auswirkungen in der Versorgungssteuerung sowie auf investive und ökonomische Herausforderungen der Politik und der GKV zu diskutieren. Gesundheitsökonomisch neue Relevanzen, Projizierungen neuer Versorgungsorientierungen mit einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden und integrierten Strategie in Verbindung mit der Implementierung und konsequenten Anwendung eines weitgehenden E-Health-Instrumentariums sollten nach Ansicht der Autoren mit Nachdruck verfolgt werden.

Demographie und chronische Erkrankungen als Risikofaktoren für die Coronavirus-Krankheit-2019

Laut täglichem Lagebericht des Robert-Koch-Institutes (RKI) zur Coronavirus-Krankheit-2019 vom 30. August 2020 wurden in Deutschland 241.771 laborbestätigte COVID-19-Fälle übermittelt. Als genesen werden ca. 214.900 gezählt. Insgesamt wurden bis dato 9.295 Todesfälle registriert, das sind 3,8 Prozent aller laborbestätigten Fälle. Bei den Verstorbenen handelt es sich um 5.151 (55 Prozent) Männer, 4.140 (45 Prozent) Frauen und 4 Personen, bei denen das Geschlecht unbekannt ist. Der Altersdurchschnitt der Verstorbenen liegt bei 81 Jahren mit einem Median von 82 Jahren.[1]

Insgesamt auffällig ist, dass sich in den vergangenen Wochen zwar vermehrt auch jüngere Menschen ohne bekannte Vorerkrankungen infizieren und für einen Zuwachs der Fallzahlen sorgen. Bei der überwiegenden Zahl der Fälle weist die Erkrankung insgesamt auch einen eher milden Verlauf mit maximal grippetypischen Symptomen, wie Husten, Fieber, Schnupfen, sowie Geruchs- und Geschmacksverlust, auf. Dennoch steigt die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf (z. B. Pneumonie, Lungenversagen) und/oder gar Todesfolge mit zunehmendem Alter (ab etwa 50 bis 60 Jahren) und bestehenden Vorerkrankungen. Besonders gefährdet sind demnach die älteren Bevölkerungsgruppen mit mindestens einer bekannten Grunderkrankungen vor allem aber jene Menschen im Alter von 80 Jahren und älter, die in vielen Fällen dann auch einer Krankenhauseinweisung und intensivmedizinischen Versorgung bedürfen.[2]

Ein schwerer oder gar tödlicher Krankheitsverlauf kann dabei allein bei Vorliegen mindestens eines der folgend aufgezählten chronischen Krankheits-

* Promovierte Volkswirtin, Expertin im Bereich Gesundheitsökonomie, Market Access und Institutional Affairs.

** Promovierter Physiker, Experte im Bereich Strategischer Planung, Statistik und mathematische Modellierung.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

bilder eintreten, da sich das SARS-CoV-2-Virus in vielfältiger Weise und nicht nur in der Lunge, sondern auch in anderen Organsystemen manifestieren kann:[3]

- Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. KHK und Bluthochdruck),
- Chronische Lungenerkrankung (z. B. COPD, Asthma bronchiale),
- Chronische Nieren- und Lebererkrankungen,
- Typ 1- und Typ 2-Diabetes mellitus (DM),
- Krebserkrankung,
- Neurologische Erkrankungen,
- Immundefekte (Immunschwächekrankheit oder herabgesetzte Immunabwehr durch Medikamentengabe),
- Adipositas.

In einer Studie auf Basis von AOK-Versichertendaten wurde festgestellt, dass etwa ein Fünftel der stationär behandelten COVID-19-Patienten verstarben, wobei die Sterblichkeit unabhängig vom Geschlecht bei mit etwa Herzrhythmusstörungen und mit DM multimorbiden und gleichzeitig beatmeten Menschen in der Altersgruppe ab 70 Jahren am höchsten war.[4]

Abschätzung der (irreversiblen) gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgeschäden und Langzeitfolgen

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt und selbst nach leichten Verläufen konnte bisher noch keine Abschätzung oder gar zuverlässige Aussage im Hinblick auf die (irreversiblen) gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgeschäden sowie Langzeitfolgen durch die Coronavirus-Erkrankung und ihre Behandlung (etwa auch in Folge einer Beatmung) und vor allem nicht auf die (Neu-)Entwicklung und das Fortschreiten der zuvor genannten chronischen Erkrankungen abgegeben werden.[5]

Insgesamt deuten aber bereits mehrere Studien darauf hin, dass bei Patienten mit schwerer COVID-19-Erkrankung – auch einige Wochen nach Krankenhausentlassung – teils zwei bis drei COVID-19-verbundene Symptome und Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System (etwa Herzrhythmusstörungen), auf den Atemzustand (besonders Atemwegsinfektionen und Atemnot) sowie die körperliche und geistige Gesundheit (Müdigkeit) mit einhergehender verminderter Lebensqualität auftraten, obwohl die akute Erkrankung bereits abgeklungen war.[6]

In diesem Zusammenhang müssen unbedingt auch die (irreversiblen) gesundheitlichen und ökonomischen Folgeschäden und die wachsende Bedrohung Berücksichtigung finden, die sich durch die herausfordernde bzw. aufgeschobene medizinische Vorsorge und Versorgung bzw. Nichtbehandlung im Zuge der nach wie vor gültigen, regierungsseitig angeordneten Beschlüsse und Kontaktbeschränkungen[7] und damit eingeschränkten Arzt-Patienten-Kontakten – vor allem bei Menschen mit chronischen Erkrankungen im Zuge der DMP-Sonderregelung des G-BA[8] – ergeben haben und noch ergeben werden. Nicht zu vernachlässigen sind hierbei auch die gesundheitlichen und ökonomischen Folgeeffekte für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens sowie die Gesamtgesellschaft, die in den nächsten Jahren richtungsweisend sein werden.

Das Dilemma der Mediziner

Zunehmend wird auch das Dilemma deutlich, in welchem sich viele Mediziner derzeit wiederfinden. Auf der einen Seite widmen sich die ambulant und stationär tätigen Ärzte mit einer großen Aufmerksamkeit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie. Das hängt auch mit den im stationären Bereich zusätzlich geschaffenen Kapazitäten zusammen, für welche die Bundesregierung entsprechende Investments tätigt(e), aber auch damit, dass im Rahmen der ambulant medizinischen Versorgung von Coronavirus-Patienten eine extrabudgetäre Vergütung der ärztlichen Leistungen garantiert ist.[9] Zeitgleich scheinen die Ärzte jedoch Gefahr zu laufen, die notwendige Behandlung anderer Erkrankungen zu vernachlässigen, die tatsächlich nach wie vor die Hauptursachen für Tod, Behinderung, Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und Verlust an Lebensqualität darstellen.[10]

Die Bundesregierung hat zwar noch keine dezidierten Erkenntnisse über Vernachlässigungen wichtiger medizinischer Behandlungen während der Corona-Pandemie.[11] Jedoch sind nachweislich notwendige Gesundheits-Check-Ups, Vorsorge- und Routineuntersuchungen nicht rechtzeitig oder gar nicht wahrgenommen worden, weil Menschen aus Angst vor Ansteckung mit dem Coronavirus nicht zum Arzt oder gar ins Krankenhaus gegangen sind.[12]

Dabei ist aber wohl die eigentliche (chronische) Erkrankung in vielen Fällen gefährlicher als eine mögliche Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus. Vor allem Menschen mit COPD, Herzinsuffizienz, DM und Krebs müssen auch in Zeiten der Coronapandemie behandelt werden. In diesem Zusammenhang verschieben vor allem auch Menschen mit DM oder gar Krebs ihre Termine zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung oder nehmen diese erst gar nicht wahr. Die Aufschiebung oder gar Nichtbehandlung kann langfristig zu einem relevanten Stau an ausstehenden dringlichen Untersuchungen und aufgeschobenen Behandlungen sowie auch zu einer Erhöhung der Gesamtmorbidität und Mortalität des Betroffenen und sogar der Gesellschaft führen.[13]

Bidirektionaler Zusammenhang zwischen COVID-19 und chronischen Erkrankungen

COVID-19 als Auslöser chronischer Erkrankungen mit gesundheitsökonomischer Bedeutung

Vor allem Menschen mit bereits manifestierten chronischen Erkrankungen sind besonders gefährdet, ernsthaft oder sogar tödlich an COVID-19 zu erkranken. Dieser Zusammenhang ist vielfach erforscht und belegt. Weniger erforscht ist jedoch die Hypothese, dass eine Infektion bzw. Erkrankung mit dem SARS-CoV2-Virus ein breites Krankheitsspektrum sowie die Manifestation chronischer Erkrankungen begünstigt bzw. verursachen kann.

Es verdichtet sich zunehmend die Annahme, dass COVID-19 sowohl ein direkter als auch indirekter Einflussfaktor für die Manifestation von chronischen Erkrankungen, wie etwa der Herz-Kreislauf-Erkrankung, DM und COPD, ist.[14]

Chronische Erkrankungen sind in Deutschland und auch weltweit die häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsprobleme, da sie vor allem mit erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit sowie mit (Multi-)Morbidität und Mortalität verbunden sind und je nach Schweregrad eine häufige Inanspruchnahmen des Gesundheitssystems bedingen, was wie-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

derum zu hohen direkten und indirekten Krankheitskosten führt.[15]

Der Zusammenhang von Virusinfektionen der Atemwege und Koinfektionen der Lunge

Allseits bekannt ist, dass Patienten mit Virusinfektionen der Atemwege anfällig für Koinfektionen sind, die zu einer erhöhten Schwere und Mortalität der eigentlichen Erkrankung führen können. Trotz der nachgewiesenen Bedeutung von Koinfektionen für die Schwere von Atemwegserkrankungen werden diese aufgrund ihrer Komplexität bei großen Ausbrüchen von Atemwegsinfektionen jedoch nicht ausreichend untersucht. Bei der aktuellen Coronavirus-Pandemie konnte aber nachgewiesen werden, dass ein Großteil der verstorbenen Patienten mit COVID-19 sekundäre bakterielle Infektionen und Koinfektionen infolge von Viren oder Pilzen hatten. Diese können dabei vom Patienten bereits vor der Virusinfektion getragen, nosokomial im Zuge des Krankenhausaufenthaltes aufgenommen worden sein oder sogar Auslöser einer chronischen Infektion sein und auch werden.

Grundsätzlich ist die Antibiotikagabe bei Patienten mit COVID-19, die auf Intensivstationen aufgenommen und größtenteils auch lange Zeit invasiv mechanisch beatmet wurden/werden – was wiederum die Wahrscheinlichkeit von chronischen Infektionen u. a. der Lunge und/oder mit multiresistenten Keimen im Krankenhaus sowie durch das Beatmungsgerät erhöht – sehr hoch. Und auch ambulant tätige Ärzte verabreichen bei akuten Atemwegsinfektionen – etwa aus falscher Vorsicht – Antibiotika, obwohl es bei Virusinfektionen wirkungslos ist und bei unnötiger Einnahme zur Bildung von Resistenzen beiträgt, die den erfolgreichen Einsatz von Antibiotika bei der Bekämpfung von bakteriellen Infektionen verhindert und stattdessen Koinfektionen und u. U. sogar die Manifestation von chronischen Lungenerkrankungen, wie COPD, hervorrufen können.[16]

Das Modellvorhaben „RESIST" soll daher für mehr Aufklärung und einen adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen beitragen und zugleich vermeidbare Neben- und Wechselwirkungen sowie (chronische) Folgeerkrankungen verhindern.[17]

Die bidirektionale Beziehung zwischen COVID-19 und DM

Bei Patienten mit COVID-19 wurde u. a. auch eine bidirektionale Beziehung zum DM festgestellt. Auf der einen Seite – und das war bisher hinlänglich bekannt – ist DM mit einem erhöhten Risiko für eine schwere oder gar tödliche COVID-19-Infektion und Erkrankung verbunden. Auf der anderen Seite wurden bei Patienten mit COVID-19 Veränderungen des Glukosestoffwechsels festgestellt, die zu neu manifestiertem DM und schweren metabolische Komplikationen bei bereits bestehendem DM, einschließlich diabetischer Ketoazidose und Hyperosmolarität führen und außergewöhnlich hohe Insulindosen erfordern. Diese Manifestationen von DM stellen eine Herausforderung für das klinische Management des DM dar. Unklar jedoch ist, ob die Veränderungen des Glukosestoffwechsels, die bei schwerer COVID-19 Erkrankung plötzlich auftreten, bestehen bleiben oder nachlassen, wenn die Infektion abgeklungen ist, wie häufig das Phänomen des neu auftretenden DM vorkommt und ob es sich dabei um den klassischen Typ 1- oder Typ 2 DM oder um einen neuen Typ von DM handelt.[18]

Die Coronavirus-Krankheit kann die Manifestation einer Herz-Kreislauf-Erkrankung verursachen

Grundsätzlich ist auch bekannt, dass virale Infektionen eine häufige Ursache entzündlicher Herzmuskelerkrankungen sind. Etwa 10 Prozent bis 20 Prozent der (auch jünger als 40 Jahre alten) Patienten mit dem Nachweis einer entzündlichen Herzmuskelerkrankung entwickeln – auch wenn klinisch zunächst symptomfrei – eine chronische Erkrankung des Herzens, die zur Ausbildung einer krankhaften Erweiterung des Herzmuskels mit zunehmender Herzschwäche führt.[19]

Dieser Zusammenhang kann nun auch für das Corona-Virus bestätigt werden, da es auch Herzzellen infizieren, sich darin vermehren und die Genaktivität infizierter Herzzellen verändern kann. Die durch die Infektion hervorgerufene veränderte Genaktivität in den Herzzellen kann vor allem bei Überlebenden der Coronavirus-Krankheit und nach Abklingen der eigentlichen Symptome eine chronische Entzündung und Schädigung des Herzmuskels und damit Langzeitfolgen für die Gesundheit von Betroffenen bzw. die nachhaltige Manifestation einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, wie einer KHK und/oder Herzinsuffizienz, auslösen.[20]

Die Manifestation von chronischen Depressionen und weiterer Erkrankungen infolge der Corona-Pandemie

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass SARS-CoV-2 nicht nur ein Atemwegsvirus ist. Es betrifft u. a. auch die Nieren, die Leber, das Gehirn, das Blut und die Blutgefäße und kann Thrombosen und Schlaganfälle verursachen oder auch gastrointestinale, renale und neurologische Komplikationen hervorrufen. In seltenen Fällen können sogar auch Kinder ein sogenanntes Multisystem-Entzündungssyndrom mit potenziell gefährlichen Organschäden entwickeln.[21]

Es ist grundsätzlich auch davon auszugehen, dass neben diesen direkten Effekten der COVID-19-Erkrankung auch weitere Effekte im Hinblick auf die psychische Gesundheit von direkt und indirekt von der Erkrankung betroffenen Menschen resultieren. So stell(t)en vor allem für psychisch instabile Menschen u. a. die Corona-Pandemie-bedingten Einschränkungen und Unsicherheiten (Ausgangsbeschränkungen, Kontaktsperren und die Schließung zahlreicher Einrichtungen) eine besondere Herausforderung dar.

Es ist allseits bekannt, dass sich vor allem das politisch und medial getriebene Schüren von psychosozialem Stress und Angst, um etwa bei den Menschen ein bestimmtes Verhalten hervorzubringen[22], i. V. m. Isolations- und Quarantänemaßnahmen negativ auf das Immunsystem und vor allem auf die psychische Gesundheit, auswirken. Bei gesunden Menschen – etwa auch bei für die Behandlung und Pflege von Corona-Patienten eingesetzten Personals – wie auch psychisch bereits vorbelasteten Menschen kann dies zu einer erhöhten Anfälligkeit für das Coronavirus und vor allem zu chronischer Depressivität führen.[23]

Nicht überraschend sind daher auch die zahlreichen Pressemeldungen von Krankenkassen, wie etwa auch der DAK-Gesundheit oder der AOK Rheinland/Hamburg, dass die psychische Belastung und damit verbundene Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeit vieler Menschen im Zuge der Corona-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Pandemie einen Höchststand erreicht hatten.[24]

Projektion der Entwicklung chronischer Erkrankungen infolge der Coronavirus-Erkrankung

Die Projektion der (Neu-)Entwicklung chronischer Erkrankungen infolge der Coronavirus-Erkrankung soll im Rahmen dieser Ausführungen anhand von COPD, DM sowie KHK erfolgen.

Als Grundlage hierzu dienen die im jeweiligen Zi-Versorgungsatlas publizierten Informationen und Daten. Ziel ist es, die Entwicklung der Anzahl der Patienten mit der jeweiligen chronischen Erkrankung bis zum Jahr 2020 ohne Berücksichtigung des COVID-19-Effektes fortzuschreiben. Anschließend soll die Entwicklung der Anzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen unter Berücksichtigung des COVID-19-Effektes für die Jahre 2020 und 2021 projiziert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass zwischen 10 Prozent und 20 Prozent der mit Covid-19 infizierten Menschen die jeweilige chronische Erkrankung manifestieren. Das sind nach eigenen Berechnungen 30.258 (10 Prozent), 45.387 (15 Prozent), 60.516 (20 Prozent) Menschen, die mindestens eine chronische Erkrankung manifestieren.

Die Entwicklung der mit COPD diagnostizierten Patienten

COPD gehört zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Erwachsenen ab einem Alter von 40 Jahren in Deutschland. Als Hauptursache für COPD gilt das Tabakrauchen. Weitere bekannte Risikofaktoren sind berufliche Schadstoffexposition und häufige Infekte der unteren Atemwege in der Kindheit oder ein Gendefekt im Chromosom 14.[25]

COPD ist ein für die GKV bedeutsames Krankheitsbild, nicht zuletzt weil sie enorme direkte und indirekte Krankheitskosten verursacht und die Erkrankung zu den zehn häufigsten Todesursachen zählt.[26]

Abbildung 1 veranschaulicht die Entwicklung der Zahl der Patienten mit COPD für die Jahre 2009 bis 2020 – ohne Berücksichtigung des COVID-19-Effektes. Es ist eine deutliche Zunahme der Patienten mit COPD zu erkennen. Während im Jahr 2009 etwa 2,0 Mio. Patienten die Diagnose COPD erhielten, sind es im Jahr 2017 etwa 2,63 Mio. Patienten und im Jahr 2020 insgesamt schon 2,93 Mio. Patienten. Man geht davon aus, dass die weitere Zunahme der Patientenzahlen mitunter auch auf die generell steigende Lebenserwartung und die alternde Bevölkerung zurückzuführen ist.

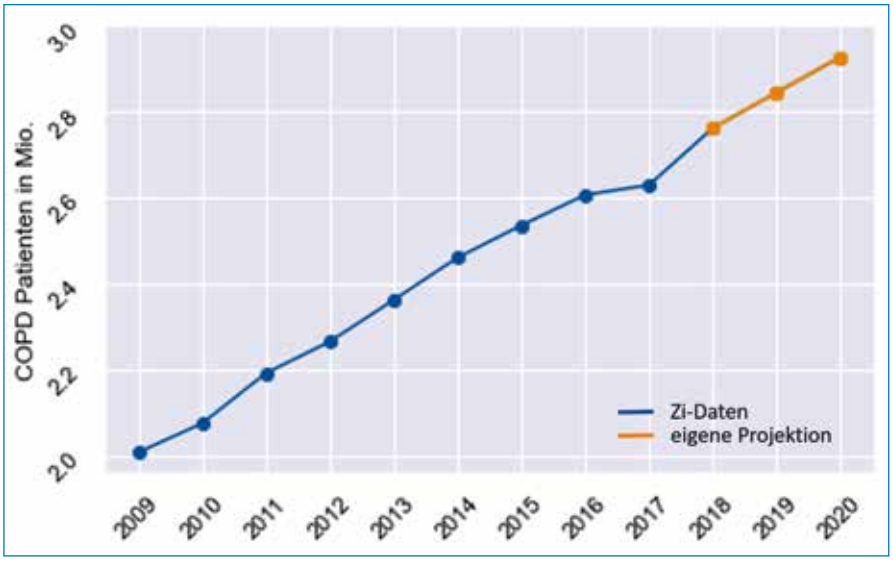


Abbildung 1: Anzahl der COPD Patienten; Quelle: Eigene Projektion.

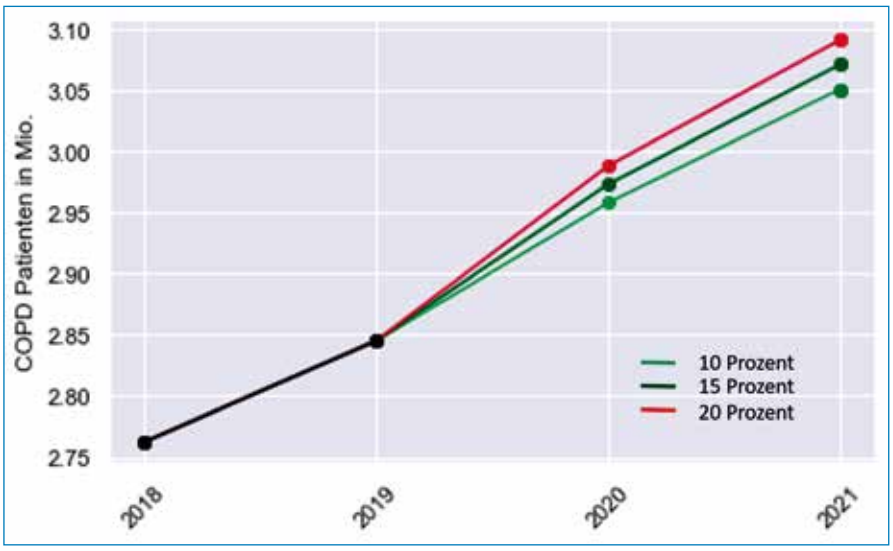


Abbildung 2: Anzahl der COPD-Patienten bei Berücksichtigung des COVID-19-Effektes Quelle: Eigene Projektion.

Abbildung 2 veranschaulicht die Entwicklung der Zahl der COPD-Patienten unter Berücksichtigung des Covid-19-Effektes. Geht man davon aus, dass 10 Prozent der an COVID-19 erkrankten Menschen COPD manifestieren, dann ist im Jahr 2020 mit 2,96 Mio. COPD-Patienten und im Jahr 2021 mit 3,05 Mio. COPD-Patienten zu rechnen. Manifestieren 15 Prozent der an COVID-19 erkrankten Menschen die chronische Erkrankung, dann zählt man im Jahr 2020 2,97 Mio. und im Jahr 2021 3,07 Mio. Patienten. Sollten jedoch 20 Prozent der an COVID-19 erkrankten Menschen COPD manifestieren, dann muss im Jahr 2020 mit 2,98 Mio. Menschen und im Jahr 2021 mit 3,09 Mio. Patienten gerechnet werden. Das hat selbstverständlich weitere gesundheitliche und ökonomische Herausforderungen für die GKV – und das bereits in sehr absehbarer Zeit.

Die Entwicklung der Anzahl von Menschen mit DM

Die Prävalenzen und mithin die Zahl der Menschen mit DM nehmen in Deutschland seit Jahren zu. Das ist nicht nur eine Frage der Demographie, sondern

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

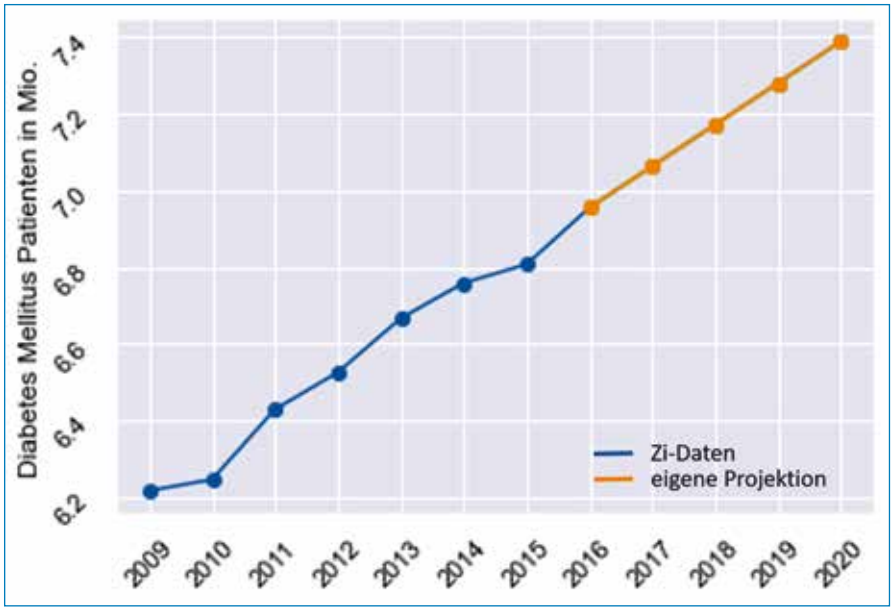


Abbildung 3: Anzahl der Patienten mit DM; Quelle: Eigene Projektion.

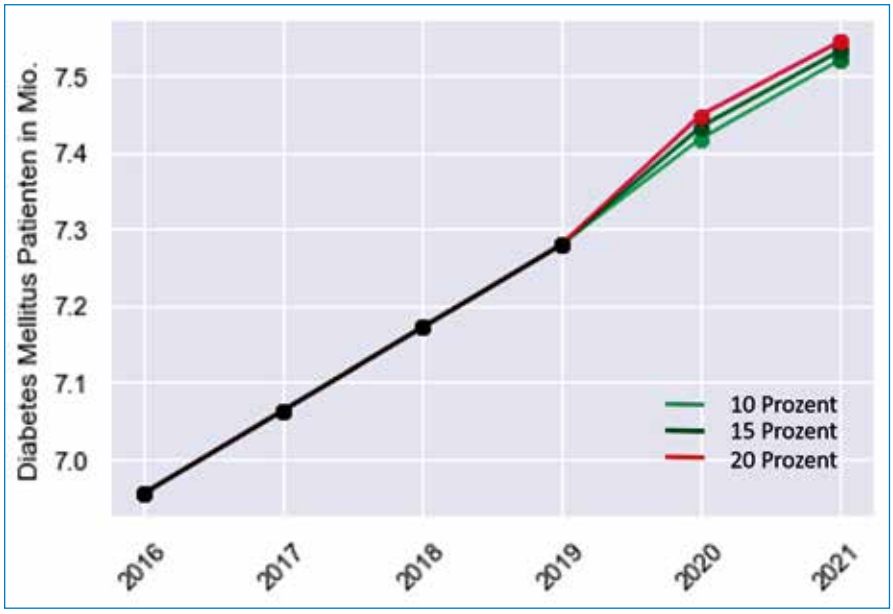


Abbildung 4: Anzahl der Patienten mit DM bei Berücksichtigung des COVID-19-Effektes Quelle: Eigene Projektion.

hat vor allem auch mit einem starken Wachstum der mit Typ 2 DM diagnositzierten Menschen – infolge von Bewegungsmangel, ungesunder Ernährung, Übergewicht und Hypertonie – zu tun. Auch in Zukunft ist deshalb eine weiter steigende Krankheitslast i. V. m. einer geringen Lebensqualität der Betroffenen sowie einer weiter zunehmenden Belastung des Gesundheitssystems zu befürchten.[27]

In Abbildung 3 sieht man das Wachstum der mit DM (Typ 1, Typ 2 und sonstiger DM) diagnostizierten Menschen – ohne Berücksichtigung des COVID-19-Effektes – deutlich. Während im Jahr 2009 „nur" etwa 6,22 Mio. Menschen die Diagnose hatten, sind es im Jahr 2016 schon 6,95 Mio. Menschen. Für das Jahr 2020 wurden insgesamt 7,39 Mio. Menschen mit der Diagnose DM errechnet.

In Abbildung 4 wird das Wachstum der Anzahl der Menschen mit DM unter Berücksichtigung des COVID-19-Effektes projiziert. Unter der Annahme, dass 10 Prozent der mit COVID-19 infizierten Menschen DM manifestieren, ist im Jahr 2020 mit etwa 7,42 Mio. Menschen mit DM und im Jahr 2021 mit insgesamt ca. 7,52 Mio. Menschen mit DM zu rechnen. Manifestieren 15 Prozent der an COVID-19 erkrankten Menschen einen DM, so sind es im Jahr 2020 7,43 Mio. Menschen und im Jahr 2021 insgesamt 7,53 Mio. Menschen, die mit DM diagnostiziert sind. Geht man jedoch im schlimmsten Fall davon aus, dass sogar 20 Prozent der an COVID-19 Erkrankten einen DM manifestieren, sind es im Jahr 2020 bereits ca. 7,45 Mio. Menschen mit DM und im Jahr 2021 7,54 Mio. Menschen, die langfristig entweder eine Therapie auf Basis von Medikamenten oder u. U. sogar eine intensivierte Insulin- oder Pumpentherapie benötigen. DM ist von äußerster gesundheitsökonomischer Relevanz für die GKV, da die Diagnose meist mit der Entwicklung einer Vielzahl von Akut- und Langzeitkomplikationen sowie der Manifestation weiterer chronischer Erkrankungen, wie etwa KHK oder sogar Krebs, einhergeht. Das System der GKV muss sich daher auf eine entsprechende Kostenexplosion gefasst machen und mit geeigneten Maßnahmen bereits heute dieser Entwicklung entgegensteuern.

Die Entwicklung der Zahl der Patienten mit KHK

KHK wird auch als chronische ischämische Herzkrankheit (CIHK) bezeichnet. Sie ist eine schwerwiegende chronische, nicht heilbare Krankheit des Herzens, infolge einer Sauerstoffunterversorgung aufgrund von Durchblutungsstörungen des Herzmuskels. Genetische Prädispositionen oder Aspekte des Lebensstils, u. a. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Hypertonien, wie auch ein manifester DM können das Auftreten von KHK begünstigen. Ebenso wie COPD oder DM gehört auch die KHK zu den kostenintensivsten Erkrankungen und zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland. Grundsätzlich erkranken Männer früher als Frauen, sind altersübergreifend deutlich häufiger betroffen und weisen als Folge eine höhere erkrankungsspezifische Mortalität auf. Es wird auch angenommen, dass eine unter Frauen geringere Prävalenz der CIHK im Speziellen und von kardiovaskulären Erkrankungen im Allgemeinen auf einen protektiven bis zur Menopause vorhaltenden Effekt des Östrogens zurückzuführen ist.[28]

Abbildung 5 veranschaulicht die Entwicklung der Zahl der an KHK erkrankten Patienten für die Jahre 2009 bis 2020.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Insgesamt ist eine deutliche Zunahme der Patienten mit KHK zu erkennen. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 4,42 Mio. Patienten mit einer ischämischen Herzerkrankung vertragsärztlich versorgt. Im Vergleich zum Jahr 2009 verzeichnete die Patientenzahl damit einen moderaten Zuwachs von etwa 200.000 Menschen. Ein Gipfel der Fallzahlen ist im Jahr 2016 mit 4,45 Mio. Patienten zu vernehmen. Die Interpretation dieser Ergebnisse ist insgesamt aber nicht ganz trivial und muss daher vor allem auch vor dem Hintergrund ggf. einer abnehmenden Rate an Neuerkrankungen, eines eventuellen Überhangs jährlich verstorbener Patienten, der Leistungshäufigkeit (Unterdiagnostik bei Frauen) i. V. m. vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, einer Veränderung der Versorgungsprozesse zwischen ambulantem und stationären Bereich sowie der Notfallversorgung in Kliniken erfolgen.

Die Anzahl der KHK-Patienten in den Jahren 2018 bis 2020 wurde schließlich unter der Annahme projiziert, dass sich das Wachstum zwischen den Jahren 2009 bis 2018 linear fortsetzt.

Die Entwicklung der Anzahl der Patienten mit KHK unter Berücksichtigung des COVID-19-Effekts wird in Abbildung 6 dargestellt. Auch hier soll das unterschiedlich starke Wachstum der Patientenzahlen visualisiert werden, wenn 10, 15 oder gar 20 Prozent der an COVID-19 erkrankten Menschen KHK als chronische Krankheit manifestieren. So muss für das Jahr 2020 mit Patientenzahlen i. H. v. ca. 4,51 Mio. Menschen (10 Prozent), ca. 4,53 Mio. Menschen (15 Prozent) oder sogar 4,54 Mio. Menschen gerechnet werden. Für das Jahr 2021 entwickelt sich die Zahl der an KHK erkrankten Patienten dann sogar auf 4,55 Mio. Menschen (10 Prozent), 4,57 Mio. Menschen (15 Prozent) und 4,59 Mio. Menschen (20 Prozent).

Weil KHK häufig auch mit der Manifestation weiterer Folgeerkrankungen und sogar der Entwicklung chronischer Erkrankungen einhergeht, sind auch hier sowohl erheblich gesundheitliche als auch ökonomische Konsequenzen zu erwarten. Die hier projizierte Entwicklung der Patientenzahlen sollte vom GKV-System unbedingt ernst genommen werden.

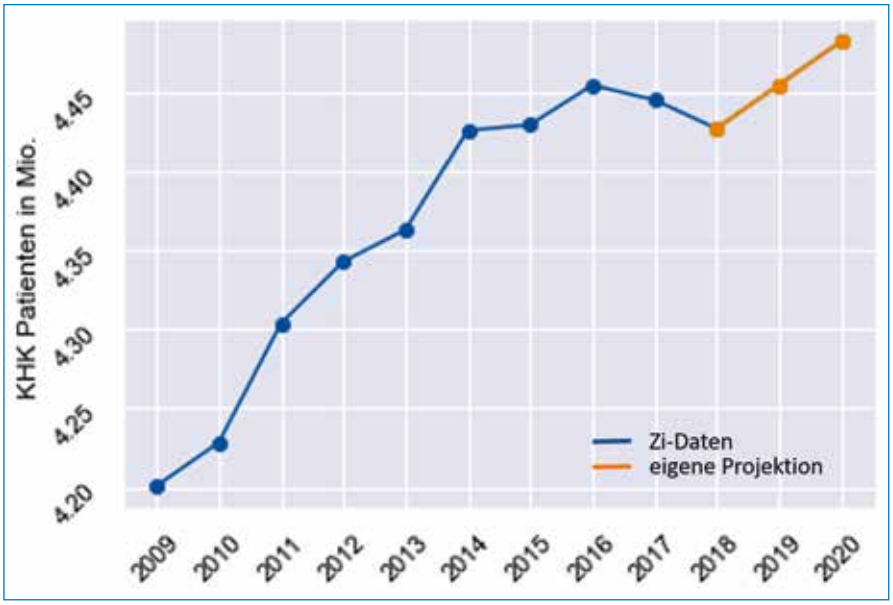


Abbildung 5: Anzahl der Patienten mit KHK
Quelle: Eigene Projektion.

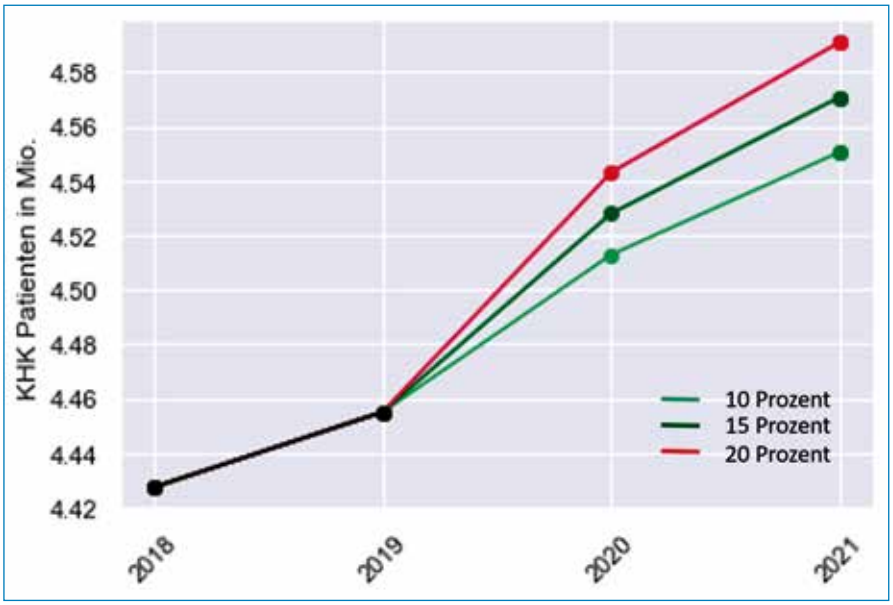


Abbildung 6: Anzahl der Patienten mit KHK bei Berücksichtigung des COVID-19-Effektes
Quelle: Eigene Projektion.

Berechnung der Krankheitskosten ausgewählter chronischer Erkrankungen mit und ohne COVID-19-Effekt und Darstellung eines „worst case"-Szenarios

Mit Hilfe der zuvor dargestellten Projektionen kann nunmehr die Entwicklung der Krankheitskosten der ausgewählten chronischen Erkrankungen berechnet werden. Hierzu werden die durch das Statistische Bundesamt veröffentlichten Krankheitskosten nach Diagnosen (ICD-10-Codes) für das Jahr 2015 herangezogen.[29]

Von den drei betrachteten chronischen Erkrankungen ist DM die mit Abstand kostenintensivste Erkrankung mit 49.684 Euro je Patient, gefolgt von COPD mit 2.690 Euro je Patient und KHK mit 1.533 Euro je Patient.

Tabelle 1 stellt die Entwicklung der Krankheitskosten für die drei genannten chronischen Erkrankungen dar – für das Jahr 2020 zunächst ohne COVID-19-Effekt und schließlich für das Jahr 2021 mit Berücksichtigung des Covid-19-Effektes.

Die Kostenintensität, die infolge des COVID-19-Effektes resultiert, ist einfach gigantisch – vor allem wenn davon ausgegangen wird, dass im „worst case"-Szenario an COVID-19 erkrankte Menschen mehrere chronische Erkrankungen manifestieren. Ist

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Chronische Erkrankung	Anzahl der Patienten in 2015	Anzahl der Patienten in 2020 - ohne COVID-Effekt (berechnet)	Anzahl der Patienten in 2020 - mit COVID-Effekt	Anzahl der Patienten in 2021 - mit COVID-Effekt			Krankheitskosten in Mio. € in 2015 laut Destatis	Krankheitskosten pro Patient in € in 2015	Krankheitskosten in Mio. € in 2020 - ohne COVID-Effekt	Krankheitskosten in Mio. € in 2021 - mit COVID-Effekt		
			20%	10%	15%	20%				10%	15%	20%
COPD (ICD10-J40-J47)	**2.536.123**	2.928.096	2.988.612	3.051.242	3.071.414	3.091.586	**6.820 €**	**2.690 €**	7.877 €	8.208 €	8.262 €	8.316 €
DM (ICD10-E10-E14)	**6.807.261**	7.387.514	7.448.030	7.519.952	7.532.056	7.544.159	**7.371 €**	**1.083 €**	7.999 €	8.143 €	8.156 €	8.169 €
KHK (ICD10-I20-I25)	**4.429.774**	4.482.538	4.543.054	4.550.443	4.570.615	4.590.787	**6.788 €**	**1.533 €**	6.872 €	6.976 €	7.007 €	7.038 €
„worst case" Szenario	**13.773.158**	14.798.148	14.979.696	15.121.637	15.174.085	15.226.532	**20.979 €**	**5.306 €**	22.748 €	23.326 €	23.425 €	23.523 €

Tabelle 1: Entwicklung der Krankheitskosten für ausgewählte chronische Erkrankungen mit und ohne Berücksichtigung des COVID-19-Effektes und Darstellung eines „worst case"-Szenarios; Quelle: Eigene Berechnungen.

das der Fall, dann kommen im Jahr 2021 Krankheitskosten i. H. v. bis zu 390.178,04 Mio. Euro auf das GKV-System zu.

Dieser Entwicklung kann selbstverständlich nur mit ganzheitlichen, sektorenübergreifenden sowie integrierenden Versorgungsansätzen und Konzepten unter Berücksichtigung der umfassenden digitalen Möglichkeiten begegnet werden.

Intelligente Versorgungskonzepte und Behandlungspfade sind gefragt

Auch Wochen nach Abklingen der COVID-19-Erkrankung beklagen Betroffene, dass sie an Kurzatmigkeit, übermäßiger Müdigkeit, Brustschmerzen, Husten, Fieber, Arthralgie, Myalgie, Schlaflosigkeit, Schwindel und weiteren Symptomen und Komorbiditäten leiden. Diese können – sofern nicht rechtzeitig erkannt oder behandelt – zu den benannten und/oder weiteren chronischen Leiden i. V. m. Defiziten bei der Erfüllung der eigenen körperlichen Rolle und Vitalität führen sowie die Lebensqualität und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen vorübergehend bis dauerhaft einschränken. Der COVID-19-Effekt im Hinblick auf die Manifestation chronischer Erkrankungen i. V. m. der zunehmenden Belastung für das Gesundheitssystem darf somit keinesfalls unterschätzt, sondern muss absolut ernst genommen werden.

Weil die Wirksamkeit einiger der nicht-pharmazeutischen Interventionen zugunsten der Eindämmung der COVID-19-Pandemie unklar ist und teils sogar in Frage gestellt wird[30], soll dieser Artikel eher dazu anregen, bestehende Versorgungsstrukturen und Behandlungspfade zu reformieren und sogar zu transformieren.

Ein nachhaltig ganzheitlicher, bedarfsgerechter, robuster und gleichzeitig fairer Ansatz für eine integrierendes und sektorenübergreifendes Konzept – für und von etwa innovativen Gesundheitsregionen – für die Prävention und die Gesundheitsförderung, das Management sowie die Behandlung und Pflege im Sinne der Patienten mit chronischen Erkrankungen ist dabei von größter Bedeutung.[31]

Denkbar ist, dass das Konzept eines derartigen ganzheitlichen Ansatzes i. V. m. dem Einsatz neuer technischer und digitaler Möglichkeiten und Werkzeuge in die bereits bestehenden und u. U. neu zu entwickelnden Disease-Management-Programme (DMP) einfließt, um nicht zuletzt auch die durch die chronischen Erkrankungen verursachten Systemkosten einzudämmen.

Disease-Management-Programme haben seit der Konkretisierung ihrer Anforderungen in 2002 immerhin das Ziel[32]:

- Eine über die Sektoren hinweg übergreifende und nach aktuellen medizinischen Forschungsstand koordinierte und bedarfsgerechte Behandlung und wirtschaftliche Versorgung (durch regelmäßige Evaluationen) sicherzustellen.
- Unnötige Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Folgeschäden durch die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu vermeiden.
- Bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen.

Die ohnehin angespannte Finanz- und Liquiditätssituation der Krankenkasse und des Gesundheitsfonds, die aktuelle RSA-Architektur und RSA-Mechanik sowie die nunmehr durch die COVID-19-Pandemie verursachten gesundheitlichen (bidirektionalen) und ökonomischen Folgen erfordern nicht nur ein Überdenken der Finanzierungsstrategie. Wichtig ist vor allem die Überarbeitung und (Weiter-)Entwicklung ganzheitlicher strukturierter/integrierender und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen und Behandlungsprogramme, wie etwa der DMPs.[33]

Die Digitalisierung des Gesundheitsökosystems i. V. m. der Personalisierung der Gesundheitsleistungen – respektive der DMPs – unter Einsatz von digital Health und eHealth i. V. m. der Entwicklung hybrider Behandlungspfade sowie der Nutzung von Telemedizin (Videosprechstunden, Telekonsile, eSchulungen, …), digitalen Gesundheitsanwendungen, von Künstlicher Intelligenz und Robotik können hier einen positiven Beitrag vor allem und auch zugunsten der Prävention und Gesundheitsförderung, des (Selbst-)Managements, des Empowerments sowie der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen leisten und die ökonomische Belastung des GKV-Systems nachhaltig eindämmen.[34]

Umfassende Quellenverweise bei den Autoren, erreichbar über redaktion-WdK@medhochzwei-verlag.de ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Dr. Kirsten Kappert-Gonther,
MdB, Bündnis 90/Die Grünen

Standpunkt

Bekommen Gesundheit und Prävention einen neuen Stellenwert?

Die Corona-Krise hat neue Aufmerksamkeit auf unsere Gesundheit und unser Gesundheitswesen gelenkt. Die Krise hat deutlich gemacht, wie sehr wir auf möglichst resiliente, also widerstandsfähige, Systeme angewiesen sind. Seit Ausbruch der Pandemie sehen wir die bestehenden Problemlagen in unserem Gesundheitssystem wie unter einem Brennglas – von dem ignorierten Reformstau bei den Krankenhäusern, über die defizitäre Lage beim ÖGD bis zur Gesundheitsförderung, die noch immer in erster Linie als Verhaltensprävention (miss-)verstanden wird.

Die Bundesregierung hat die bekannten Probleme allzu lange vor sich hergeschoben. Prävention und Gesundheitsförderung wurde nicht als öffentliche Aufgabe wahrgenommen, sondern auf das Individuum abgewälzt. Davon zeugt nicht zuletzt das in der vergangenen Legislaturperiode verabschiedete Präventionsgesetz. Nun hat die Corona-Krise verdeutlicht, dass Gesundheit eben weit mehr als ein individuelles Geschehen ist. Die Covid-19-Pandemie ist – wie andere Pandemien oder Volkskrankheiten auch – mit einem rein individualmedizinischen, kurativen Ansatz nicht zu bewältigen. Vielmehr spielen hierbei Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sowie die Stärkung von Ressourcen und Verbesserung von Gesundheitschancen eine herausragende Rolle.

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde der Anspruch formuliert, Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen. Dieser Paradigmenwechsel ist in Deutschland aber bisher kaum umgesetzt worden. Die Chancen auf ein langes und gesundes Leben sind hierzulande noch immer ungleich verteilt. Auch von Covid-19 sind gesellschaftlich benachteiligte Menschen besonders stark betroffen. Die chronische Unterbesetzung und Unterfinanzierung des ÖGD – der wichtige Aufgaben im Rahmen der Bevölkerungsgesundheit wahrnehmen sollte – verschärft diese bestehende soziale Schieflage. Es ist höchste Zeit, dass die Bundesregierung eine Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit vorlegt.

Die Corona-Krise zeigt: wir müssen die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller („Public Health") nachhaltig stärken. Verhältnisprävention – also gesundheitsbezogene Interventionen, die in den Lebenswelten, im Alltag und den gesellschaftlichen sowie rechtlichen Rahmenbedingungen ansetzen – muss einen größeren Stellenwert einnehmen. Die Verantwortlichkeit hierfür liegt gewiss nicht allein auf den Schultern von Gesundheitsminister Spahn. Vielmehr ist Gesundheit eine Querschnittsaufgabe, die alle Politikfelder etwas angeht. Um diese Einsicht zu schärfen, brauchen wir in politischen Entscheidungsprozessen daher endlich ein Instrument zur gesundheitlichen Folgenabschätzung, ein „Health Impact Assessment".

Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, schützen gleichzeitig auch Klima und Umwelt. Auch andersrum gilt: Klima- und Umweltschutz sind Gesundheitsschutz. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht der Europäischen Umweltagentur hat gezeigt, dass allein die Luftverschmutzung jährlich 400.000 Menschen in der EU vorzeitig ihr Leben kostet. Auf Lärmbelastung gehen weitere 12.000 vorzeitige Todesfälle zurück. Gesundheitspolitik heißt daher auch: Es braucht ein Umdenken beim Umgang mit chemischen Stoffen in der Industrie. Wir müssen uns weiterhin für eine giftfreie Umwelt einsetzen und dafür auch das Chemikalienrecht verbessern. In den Städten bedarf es darüber hinaus mehr frische Luft. Dafür muss der Umstieg auf das Fahrrad oder E-Antriebe vorangetrieben werden. Wir brauchen eine Agrarwende und eine weniger intensive Tierhaltung als Beitrag für eine gesunde Umwelt. Wenn wir unseren Planeten schützen, tun wir viel für unsere Gesundheit, verhindern Krankheiten und frühzeitige Todesfälle.

„Gesundheit in allen Politikbereichen" (Health in all Policies) muss endlich, wie es schon lange von der WHO und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina gefordert wird, „zur Priorität in Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft werden". ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Istok Kespret,
Geschäftsführer HMM Deutschland, Moers

Überraschung im PDSG:

Das Gutschriftverfahren ist nun gesetzlich verankert

Das PDSG wurde bis zuletzt insbesondere von Datenschützern kritisch hinterfragt. Während vor allem die ePA im Fokus der öffentlichen Erörterungen stand, sind die effizienten, bürokratie- und kostenreduzierenden Elemente der Prozessverbesserungen ein wenig unterbelichtet. Folge ist eine stärkere Fokussierung auf die Patientenversorgung. Unser Autor erläutert das am Beispiel des sog. Gutschriftverfahrens.

Lange wurde es erwartet und kontrovers diskutiert, nun ist es da: Das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) ist der wichtige Meilenstein in der Digitalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), auf den viele gewartet haben. Im bisherigen Fokus der Berichterstattung zum PDSG standen regelmäßig die elektronische Patientenakte (ePA) und die damit verbundenen Regelungen. Durch diese enge Fokussierung wird meist übersehen, dass mit dem PDSG der notwendige Rahmen für echte Prozessinnovationen gesetzt wird, denn mit dem PDSG gibt auch der Gesetzgeber ein Bekenntnis zu einer End-2-End-Digitalisierung ab.

So spiegelt sich das eine Ende der digitalen Prozesskette wider bei der Definition des elektronischen Rezeptes (eRezept, meist so genannt bei der Arzneimittelversorgung) bzw. zur elektronischen Verordnung (eVerordnung, begrifflich angesiedelt bei beispielsweise Hilfs- oder Heilmitteln). Nahezu unbemerkt öffnet das PDSG durch eine Erweiterung des §302 SGB V auch den Weg für das andere Ende der Prozesskette: die digitale und integrierte Abrechnung von Leistungen, durchgeführt durch das Gutschriftverfahren.

Mit dem Gutschriftverfahren steht ein Instrument zur Verfügung, das für Krankenkassen und Leistungserbringer schnell einsetzbar ist und im Gesundheitswesen enorme Einsparungen an Bürokratie, Zeit und Geld ermöglicht.

Was bedeutet das Gutschriftverfahren für die Gesundheitsversorgung?

In der Wirtschaft wird das Gutschriftverfahren bereits seit Jahren erfolgreich eingesetzt. So ist es beispielsweise ein etabliertes System der Zahlungsabwicklung.

Die Vorteile des Gutschriftverfahrens liegen auf der Hand: Entfall der Rechnungseingangsprüfung, schnellere Bestellvorgänge, Vermeidung von Übermittlungsfehlern und weniger Zeitverzögerung. Stattdessen stehen die Möglichkeiten vollautomatischer und sicherer Vorgangsprüfung, Belegerstellung, Zahlungsauslösung und Zahlungsverbuchung für alle Beteiligten zur Verfügung.

Für die Anwendung in der GKV kommt noch hinzu, dass die heute üblichen teure Kürzungen und Absetzungen der Lieferantenrechnungen mit diesem Verfahren ein sofortiges Ende finden, und damit den langjährigen Forderungen der Branchenvertreter Rechnung getragen wurde.

Seit Inkrafttreten des PDSG am 18. September profitieren nun auch Krankenkassen und Leistungserbringer von diesen Vorteilen. In § 302 SGB V wird bestimmt, dass im Rahmen der Abrechnung der Nachweis über Auszahlungen für Lieferungen und Dienstleis-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

tungen durch eine Gutschrift ersetzt werden darf.

„(6) Sind im Rahmen der Abrechnung nach Absatz 1 Auszahlungen für Lieferungen und Dienstleistungen durch Rechnungen des Leistungserbringers als zahlungsbegründende Unterlage zu belegen, darf die Rechnung des Leistungserbringers durch eine von den Krankenkassen ausgestellte Rechnung (Gutschrift) ersetzt werden, wenn dies zuvor zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse vereinbart wurde. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Leistungserbringer die Gutschrift schriftlich oder elektronisch zur Prüfung zu übermitteln. Widerspricht der Leistungserbringer der von der Krankenkasse übermittelten Gutschrift, verliert diese ihre Wirkung als zahlungsbegründende Unterlage."

Durch die Einführung des Gutschriftverfahren entfallen alle bisherigen im Prozess bestehenden Medienbrüche und damit einer der wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen. Dieser Vorteil kommt der GKV im Ganzen zugute, denn mit der Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung der Prozesse geht eine Fokussierung auf die Patientenversorgung einher.

Gutschriftverfahren in der Praxis

Das bestehende eKV-Verfahren bleibt unverändert, nur die bisherige Rechnungserstellung entfällt. Das gesamte Verfahren kann somit von der Genehmigung bis zur Abrechnung automatisch erfolgen. Selbstverständlich kann der Leistungserbringer auch der Gutschrift widersprechen, denn das PDSG räumt dem Leistungserbringer hierzu ein entsprechendes Widerspruchsrecht ein. Die Rechnungsstellung erfolgt dann weiterhin wie gewohnt durch den Leistungserbringer.

Einen Zeitplan oder ein Konzept zur Einführung der eVerordnung für sonstige Leistungserbringer enthält das PDSG nicht. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, denn gerade dieser Bereich ist komplex. Der Aufbau des sogenannten eKV-Verfahrens hat schließlich über Jahre gedauert und wurde zu 100 Prozent von der Industrie gestemmt. Umso interessanter ist, dass hingegen das Gutschriftverfahren bereits proaktiv von der Industrie entwickelt und hinsichtlich der Anforderungen des PDSG optimiert wurde.

Mit dem Produkt De-Pay der HMM Deutschland GmbH, existiert ein seit Jahren etabliertes Gutschriftverfahren in der GKV. Das Verfahren erfüllt alle Vorgaben nach 302 SGB V und ist sowohl für Leistungserbringer als auch Kostenträger nutzbar. Die Basis des Systems sind die bereits im eKV-Verfahren vorliegenden Genehmigungsdaten. Die Vorteile liegen auf der Hand: Schnelle Auszahlung, automatisierte Prozesse, kein manueller Prüfaufwand, Kostensenkung, Transparenz zu künftigen Zahlungen, keine Medienbrüche, kein Papierversand und Revisionssicherheit.

Das bestehende eKV-Verfahren bleibt unverändert, nur die bisherige Rechnungserstellung entfällt. Das gesamte Verfahren kann somit von der Genehmigung bis zur Abrechnung automatisch erfolgen. Selbstverständlich kann der Leistungserbringer auch der Gutschrift widersprechen, denn das PDSG räumt dem Leistungserbringer hierzu ein entsprechendes Widerspruchsrecht ein. Die Rechnungsstellung erfolgt dann weiterhin wie gewohnt durch den Leistungserbringer. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Chancen und Herausforderungen der verschiedenen Wege von Innovationen ins Gesundheitssystem

Rolf Stuppardt,
Herausgeber WELT DER KRANKENVERSICHERUNG, Inhaber STUPPARDTPARTNER, Overath und Berlin

Dr. Monika Sinha,
Mitglied der WDK-Redaktion, Inhaberin SINHA-Beratung im Gesundheitswesen, angewandte Versorgungsforschung, Berlin

Die klassischen Zugangswege von Innovationen ins System sind mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) erweitert worden. Das bietet Chancen, eröffnet aber auch neue Herausforderungen, die vor dem Hintergrund von Sicherheit und Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Nutzen bewertet werden und sich bewähren müssen. Wie wird sich der DVG-Weg auf den Zugang von Innovationen insgesamt auswirken? Gibt es gegenseitige Lernprozesse bei den unterschiedlichen Wegen? Wird es Anpassungen geben? Im nachfolgenden Beitrag wird das Thema Innovationen reflektiert und eine im Berliner HELIX HUB dazu durchgeführte Veranstaltung mit Stimmen der Referent*innen zusammenfassend beleuchtet.[1]

Das deutsche Gesundheitswesen gilt international als besonders leistungsstark. Für viele weltweit agierende Innovatoren ist das Gesundheitswesen in Deutschland zudem ein Referenzmarkt. Dabei ist die ordnungspolitische Systemstruktur des Deutschen Gesundheitswesens alles andere als breit in der Welt vertreten. Solidar- und Subsidiärprinzip, Selbstverwaltungsprinzip, ein überwiegend existierendes Sachleistungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung, eine daneben existierende private Vollversicherung mit einem Kostenerstattungsprinzip, ein gegliedertes Krankenversicherungssystem mit immer noch über 100 hoheitlich agierenden Krankenversicherungsträgern unterschiedlicher historischer Verortung in „Kassensystemen" (so gibt es 5 Spitzenorganisationen dieser Krankenkassen auf Bundesebene), ein seit 2008 agierender GKV-Spitzenverband, in dem alle Krankenkassen per Gesetz Mitglied sind, ein föderales Staatskonstrukt mit Bundes- und Länderaufsichten – all das u. v. a. m. trägt nicht gerade zur Überschaubarkeit bei. Und so manche Innovation hat auf dem Weg ins Versorgungssystem einen durchaus langjährigen Willensbildungsprozess durchlaufen müssen (die dann manchmal eigentlich keine Innovation mehr ist), was für die Investoren insbesondere die Ausstattung mit einer gewissen Kapitalstärke bedeutet, wenn sie nicht allein auf die Versorgung über den stationären, den privaten oder den PKV-Versichertenmarkt setzen wollen. Dabei ist es auch nicht immer leicht, an der richtigen Stelle anzudocken, denn auch der Weg von Innovationen ins System ist mit insgesamt sieben Zugangswegen allein in die von der GKV finanzierte ambulante Versorgung so ziemlich exklusiv. In der ambulanten Versorgung gilt für den Zugang von Innovationen ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. Be-

1 Die Veranstaltung wurde in Kooperation zwischen Becton Dickinson (BD) in Heidelberg und WELT DER KRANKENVERSICHERUNG durchgeführt.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

zieht man den stationären Weg mit ein, so sind es insgesamt 8 Zugangswege. Im Krankenhaus wiederum kann im Prinzip alles zur Anwendung kommen, was nicht ausdrücklich verboten ist und findet seinen Weg ins System über die DRG-Anwendungen (siehe Abb. 1).

Es hat vor noch nicht allzu langer Zeit nicht ganz zu Unrecht eine politische Diskussion darüber gegeben, ob denn der Zugang von Innovationen zum Gesundheitswesen zu langsam und zu bürokratisch sei. Der Gesetzgeber hat darauf mit verschiedenen Reformmaßnahmen reagiert und bestimmte Willensbildungsprozesse und Verfahren schließlich auch befristet.

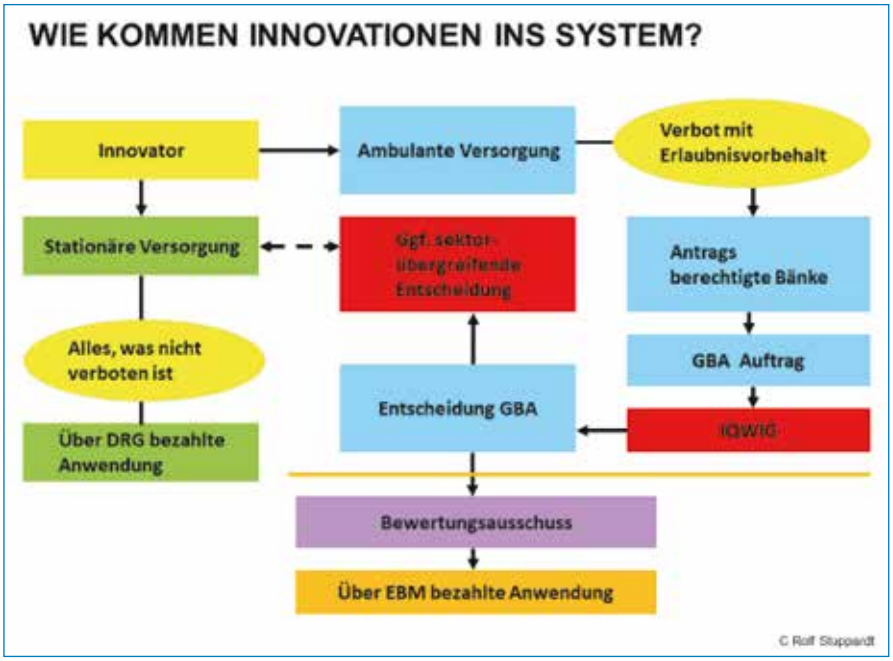


Abb. 1: Generelle Wege und Zugangsprinzipien von Innovationen in ambulante und stationäre Versorgung

Abb. 2: Schema Zugangsoptionen von Innovationen ins ambulante Versorgungssystem

Wirksam, sicher, wirtschaftlich – die Frage der Evidenz, des (Zusatz-) Nutzens und der begrenzten finanziellen Ressourcen

Nun liegt es für ein solidarisch finanziertes System mit einem Sachleistungsanspruch auf der Hand, dass die Mittel im Interesse aller Versicherten nur dafür ausgegeben werden, was wirksam, notwendig, sicher und wirtschaftlich ist. Die vom Gesetzgeber beauftragte Selbstverwaltung prüft daher die Evidenz und Wirksamkeit der neuen Verfahren/Innovationen und entscheidet über den Zugang zum Leistungskatalog bzw. darüber, ob davon etwas zu Lasten der GKV verordnet werden darf oder nicht. Dies geschieht in der Regel über Antragsverfahren auf Basis von dezidierten Geschäftsordnungen.

Es ist dabei auch unstrittig, dass Sicherheit in der Versorgungsanwendung sowie ein möglichst hoher Nutzen bzw. ein relevanter Zusatznutzen gegeben sein müssen. Der Begriff des Zusatznutzens hat sich dabei zunehmend deswegen etabliert, weil der Leistungskatalog der GKV überwiegend fortgeschrieben wird. Bestehende Leistungen werden nur in geringen Maßen durch neue Leistungen substituiert. Man kann durchaus feststellen, dass der Leistungskatalog der GKV historisch (kumulativ) gewachsen ist, und längst nicht alle Leistungen sind in dieser Historienbetrachtung nach heutigen Maßstäben evidenzbasiert.

Das erschwert nach unserer Auffassung durchaus auch den Zugang von Innovationen, weil alles Neue vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen und der Finanzierungslogik des Systems bei Wirkung des Wettbewerbs über Zusatzbeiträge einer besonderen Wirtschaftlichkeitsabwägung unterliegt. Abb. 2 zeigt die Zugangsoptionen ins gesundheitliche Versorgungssystem. Hinzu kommt zuweilen, dass die jeweilige Interessenbewahrung der Bänke der gemeinsamen Selbstverwaltung am Status Quo auch gar nicht unbedingt in den Startlöchern stehen, Neues zügig zu implementieren.

Im Zentralen Mittelpunkt steht hier der Gemeinsame Bundesausschuss, der vom Gesetzgeber beauftragt ist, den Leistungskatalog vor dem Hintergrund der Bestimmungen des SGB V zu konkretisieren und fortzuschreiben, wobei das Gesundheitsministerium dem grundsätzlich ein Rechtsprüfungscontrolling unterzieht.

Dagegen ist für die Hilfsmittelversorgung auf Basis von Antragsverfahren der GKV-Spitzenverband zuständig. Auch hier existiert ein streng formelles

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks,
Dierks+Company, Berlin

„Wissenschaft, Gesellschaft und Gesetzgeber müssen in einen konstruktiven Dialog treten, um den Herausforderungen der Digitalisierung, vor allem aber der noch fehlenden Digitalisierung mit einem systematischen Ansatz zu begegnen und das enorme Potenzial verfügbarer, aber nicht bereitgestellter Datenressourcen für die Medizin zu erschließen."

Dr. Alexander Schellinger,
Leiter Entwicklung Versorgungsmanagement bei der TK in Hamburg

„Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist nicht aufzuhalten und macht in vielen Bereichen Sinn - und zwar für alle Beteiligten. Mit elektronischer Patientenakte, eRezept, Fernbehandlung, Gesundheits-Apps und neuen Möglichkeiten für Entwicklungskooperationen haben wir den Kipppunkt für die Digitalisierung im Gesundheitswesen erreicht. Bei den Gesundheits-Apps, die künftig von den Ärzten und Psychotherapeuten verordnet oder von den Krankenkassen veranlasst und von diesen auch erstattet werden können, müssen wir auf Transparenz mit Blick auf Qualität und Datenschutz achten."

Verfahren und eine Fortschreibung der Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis, wobei dieses von Zeit zu Zeit auch bereinigt wird und das rechtlich gesehen nicht abschließend eine Positivliste darstellt.

Ein historisch ganz anders angelegter Weg ist der von neuen Laborparametern ins System. Diese landen im Zuge von Antragsverfahren bei der sog. AG Labor, die sich aus fachkundigen GKV- und KBV-Vertretern zusammensetzt. Deren Prüfung und Empfehlung ist Grundlage der Entscheidung über die Aufnahme neuer Laborparameter, die der Bewertungsausschuss trifft, ein Vertragspartnergremium, bestehend aus Ärzte- und Krankenkassenvertretern.

Auch über integrierte Verträge oder Satzungsregelungen der Kassen gibt es einen Weg in die gesundheitliche Versorgung.

Schließlich ist noch der relativ junge Weg über den Innovationsfonds zu nennen. Dieser wurde politisch eingeführt, um den Zugang von bestimmten Innovationen, die neben neuen Verfahren auch neue Strukturen und Prozesse u. a. m. beinhalten können, konsortial, zeitlich und projektmäßig begrenzt in der Realität zu evaluieren und zu befördern. Dies mit der Absicht, sie bei positivem Ausgang in die Regelversorgung zu transferieren.

Der jüngste neue Zugangsweg ist im Zuge der Diskussion, digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) im Besonderen und die Digitalisierung generell zu befördern, im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) angelegt. Hier ist der Weg z. B. zur erstattungsfähigen App über Antragsverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) politisch ausschließlich für digitale Gesundheitsanwendungen als Medizinprodukte niedriger Risikostufe angelegt worden. Derartige Medizinprodukte sind nach europäischem Recht zertifiziert und müssen die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen unterstützen. Im § 33a SGB V ist der Versorgungsanspruch der gesetzlich Versicherten mit digitalen Gesundheitsanwendungen normiert worden. Derartige Anwendungen sollen – wie andere Innovationen auch – verordnungsfähig sein. Bislang sind solche DiGAs nur im Rahmen von Selektivverträgen oder etwa als Selbstzahlerleistungen zum Einsatz gekommen. Beim BfArM ist ein standardisiertes Verfahren implementiert.

Die Möglichkeit der Regelversorgung mit DIGAs ist in der öffentlichen Diskussion von vielen Seiten sehr positiv aufgenommen worden, gelegentlich ist die Rede davon, dass das DVG die Versorgungslandschaft nachhaltig verändern würde. Das ist auch ein besonderer Grund dafür, im Lichte dieser besonderen Optionen die Innovationsproblematik insgesamt zu erörtern, was am 16. September 2020 Gegenstand einer unter Corona-Bedingungen durchgeführten Veranstaltung im HELIX HUB in Berlin war.

Staus Quo und Perspektiven von Digitalisierung und Innovationen

In seiner Eingangs-Keynote „Status Quo und Perspektiven von Digitalisierung und Innovationen" informierte *Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks* über den Status Quo der mit den DiGA-Verfahren verbundenen Themenkomplexe und informierte darüber, dass inzwischen über etwa 20 entsprechende Anträge verhandelt würde. Dierks hält es für dringend geboten, diesen Weg natürlich unter Beachtung der Datensicherheitsbestimmungen zügig zu beschreiten. Die Aufgabe dabei sei es, eine strickte Patientenzentriertheit zu erreichen, die Einbindung in Versorgungsprozesse zu ermöglichen, eine Bereitstellung für Serviceanbieter und den Bezug zu Forschungsdaten und Leitlinien zu gewährleisten. Auf die diversen Datenschutzregeln in Deutschland ging Dierks mit Hinweis auf § 287a SGB V (Federführende Datenschutzaufsicht in der Versorgungs- und Gesundheitsforschung) mit der Forderung ein, dass er bundesländerübergreifende und auch institutionenübergreifende Regelungen für erforderlich hält, damit die vielfältigen Anwendungsimplikationen auch friktionslos und unbürokratisch greifen können.

Mit Bezug auf das übrige Spektrum von Digitalisierung und Innovationen

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

stellte Prof. Dierks den mit 150 Millionen geförderten Aufbau eines Forschungsnetzwerkes heraus, an der alle Universitätskliniken z. B. bzgl. Maßnahmenpläne, Diagnostik- und Behandlungsstrategien auf eine gemeinsame Datenbank im Sinne des Vernetzens und miteinander Lernens zugreifen können. Im Ergebnis sollen Strukturen und Prozesse in den Kliniken geschaffen werden, die eine möglichst optimale Versorgung der COVID-19-Erkrankten sicherstellen. Das sei perspektivisch aber nicht auf die aktuelle Corona-Pandemie beschränkt und insgesamt als ein Durchbruch für Forschung, Wissenschaft und Therapie anzusehen. Mit der Charité als Koordinationsstelle entstehe eine nationale Forschungsdatenplattform.

Von ADA, einem weltweit agierenden Gesundheitsunternehmen, werden auf Basis von künstlicher Intelligenz (KI) Diagnose- und Therapiehilfen zur Verfügung gestellt. Nutzer der App ADA können auf den Symptomcheck zurückgreifen, in dem sie dort ihre Beschwerden eingeben. ADA kennt mehrere tausend Krankheiten und Symptome und die KI verarbeitet laufend neue Fälle. Seit seiner weltweiten Markteinführung im Jahre 2016 wurden von ADA 20 Mio. Symptomanalysen durchgeführt. Dr. Martin Hirsch als Mitgründer und CSO von Ada Health will damit den Eintritt in eine personalisierte Gesundheitsversorgung in Deutschland schaffen. Dies alles dient auch als seriöse und verlässliche Alternative zu Suchmaschinen wie Google und Co. Auf diese Weise kommt Wissen beim Arzt und beim Patienten an.

In der Schweiz werden täglich etwa 5000 Videokonsultationen als Vorstufe zur Steuerung durch klassisch analoge Behandlungsprozesse durchgeführt. Die ärztlichen Leistungen via Telefon oder Video werden von den Schweizer Krankenversicherer seit 2019 flächendeckend übernommen und über den Tarmed-Tarif regulär abgerechnet.

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang auf den Ausbau des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) von zwei Standorten in Heidelberg und Dresden auf inzwischen 4 Standorte hinzuweisen. Hier wird mittels Digitalisierung innovative Patientenversorgung und Krebsforschung vernetzt. Durch die Zusammenarbeit von Ärzten und Wissenschaftlern wird Krebspatienten im Rahmen von innovativen translationalen und klinischen Studien eine maßgeschneiderte Diagnostik und Therapie auf dem neuesten Stand der Forschung angeboten. Ein weiteres Ziel besteht darin, bestehende nationale Potenziale der translationalen und klinischen Krebsforschung zum Aufbau starker Innovations-Pipelines zusammenzufügen.

Prof. Dierks wies in einer Perspektivenbetrachtung nochmals darauf hin, dass bei all dem die Patientenzentriertheit an oberster Stelle stehe, denn „Patientinnen und Patienten sind die einzige

Dr. Florian Dominick,
Becton Dickinson (BD) – Diabetes Care Central Europe, Heidelberg

„Wir von BD begrüßen die seit 2020 geregelte Erstattung von digitalen Gesundheits-Applikationen (DiGA) durch das DVG sehr. Aus unserer Sicht ist die qualitativ hohe Versorgung von Patienten und Versicherten im Deutschen Gesundheitswesen durch eine weitere Säule gestärkt. Durch den „Fast Track" ist es jungen, innovativen Unternehmen schneller möglich, Zugang zur Regelversorgung zu erlangen. Gleichzeitig sind durch die CE-Zertifizierung und die Zulassung als Medizinprodukt hohe Standards an digitale Gesundheits-Applikationen gesetzt. Gleiches gilt für Sicherheit und Datenschutz der sehr sensiblen Nutzerdaten. BD ist gespannt, wie sich der Wettbewerb im Bereich der DiGAs in Deutschland entwickeln wird."

Antje Domscheit,
Referatsleiterin Grundsatzfragen der Krankenversicherung, Wettbewerb und sonstige Verträge, Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

„Digitale Versorgungsprodukte ermöglichen eine aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in den Versorgungsprozess und bieten einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung. Sie haben das Potential, die sektorübergreifende Versorgung der Leistungserbringer zu verbessern. Damit auch die Qualität der Versorgung nicht leidet, sollten die Ärztinnen und Ärzte den Erfolg des Einsatzes von digitalen Versorgungsprodukten prüfen. Auch die Evidenz der Angebote muss gewährleistet sein."

Sebastian Vorberg,
Vorstand Bundesverband Internetmedizin und Vorberg. Law, Rechtsanwaltskanzlei Hamburg

„Die technischen und rechtlichen Voraussetzungen für eine qualitative und nützliche Versorgung mit digitaler Medizin sind da. Jetzt ist es an der Zeit, dass alle entscheidenden Player in dem Markt sich von einer „ja, aber…" zu einer „ja und…" Argumentation bewegen und dabei ausschließlich in die Zukunft schauen, um so unmöglich geglaubtes jetzt möglich machen."

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Beatrice Blankschein,
Projektmanagerin Medizin und Versorgung, Gesundheitsforen Leipzig

„Für die Gewährleistung eines vollumfänglichen Patientennutzens durch mHealth-Anwendungen ist es unverzichtbar, ein Gleichgewicht zwischen der Dynamik technologischer (Weiter-) Entwicklungen und dem Nachweis ihrer Evidenz zu finden. Das Fast Track-Verfahren kann hier eine Möglichkeit darstellen. Grundsätzlich sollten aber auch die vorhandenen Zutrittswege für mobile Technologien in die GKV optimiert werden. Dafür bedarf es einer Überarbeitung existierender, teils starrer regulatorischer Voraussetzungen. Als eine weitere Aufgabe sehe ich die transparentere und nutzerfreundliche Bereitstellung von Informationen zu den verschiedenen GKV-Zugangswegen für die Hersteller von mHealth-Produkten."

Prof. Dr. med. Stefan Sauerland,
Ressortleiter Nichtmedikamentöse Verfahren beim IQWIG in Köln

„Bei neuen Behandlungsmethoden müssen Anwendung in der Routine und klinisch-wissenschaftliche Forschung besser miteinander verzahnt werden. Denn zu oft vergisst man vor lauter Behandeln, dass nur Studien den Unterschied zwischen ‚neu' und ‚besser' erkennen lassen."

Konstante im Versorgungsprozess". Patientinnen und Patienten müssten letztlich auch die Entscheider über Verwendungen der eigenen Daten sein, beim Einsammeln, Erheben, Analysieren und Bereitstellen der Daten. Sie seien die Datenspender. Ihre Perspektive und Expertise müsse stärker einbezogen werden. Dierks hält daher eine Stärkung und größere Legitimität der Patientenbank im G-BA auch für geboten. Aus all dem erwachsen perspektivisch auch neue professionelle Anforderungen, z. B. der Beruf eines Patient Health Managers. Patient Empowerment sei schließlich schon älter als Digitalisierung, so Prof. Dierks.

Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen – Chancen und Herausforderungen

Digitalisierung und digitale Gesundheitsanwendungen sieht *Dr. Alexander Schellinger* von der TK eingebunden in ein virtuelles Ökosystem. Die Behandlungsprozesse, die Patient-Journey sei zentral wichtig. Symptomchecker, ePA, eRezept, telemedizinische Fernbehandlung, Online-Sprechstunden, ADA Health u. v. m. seien Inseln in diesem Ökosystem. Die TK habe schon etliche digitale Strukturelemente pilothaft umgesetzt. Dabei seien Nutzertests wichtig. Auf diesen Wegen müsse stringent weitergegangen werden. Wenn dies alles nicht von der GKV vorangetrieben würde, besteht die Gefahr, dass Plattformen außerhalb der GKV wie Google, Apple, Facebook und Amazon digitalisierte Leistungen übernehmen. Gerade in der gegenwärtigen Corona-Pandemie haben diese Billionen-Dollar schweren Konzerne ihre Marktmacht mächtig ausbauen können.

Dr. Florian Dominick wies auf die Entwicklung der Apps im Bereich Diabetes Care bei BD hin, insbesondere auch auf eine App zum Schutz von Fachpersonal im stationären Sektor. Das seien digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne des DVG. BD wolle seine Apps in eine DiGA überführen. Hierbei sei aber nicht nur das WAS sondern auch das WIE wichtig. Das Monitoring von Daten würde immer wichtiger. Insbesondere für chronisch Kranke z. B. mit Diabetes, Rückenleiden, Schmerzpatienten seien digitale Gesundheitsanwendungen integriert in den Behandlungsprozess und zur Linderung im Krankheitsverlauf angezeigt. BD begrüße daher die mit dem DVG geschaffenen Möglichkeiten. Hier sei etwas Positives ins Laufen gebracht worden. Herausforderungen und Chancen seien dabei Barrierefreiheit, Hilfestellung rund um die Uhr, Coachings, die Finanzierung und die prozessorientierte Abrechnung möglichst über eRezepte.

Die Perspektive des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) vertrat die dortige Referatsleiterin *Antje Domscheit*. Dort ist ein abteilungsübergreifendes Gremium – der Digitalausschuss – als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle in allen damit verbundenen Fragen angesiedelt (digitalausschuss@bas.bund.de). Der Ausschuss tagt in einem 14-tägigen Turnus und lädt zuweilen auch Vertreter von Sozialversicherungsträgern, deren Arbeitsgemeinschaften und/oder Dienstleister hinzu. Antrags- und Bewertungsverfahren für DiGAs nach § 139e SGB V erachten Sicherheit, Qualität, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und –sicherheit als elementare Voraussetzungen für den Marktzugang der DiGAs zusätzlich zum Nachweis positiver Versorgungseffekte. DiGAs allein seien nicht die eigentliche Innovation, sondern die damit verbundenen Prozesse und Strukturen, so die Auffassung von *Antje Domscheit*. Große Chancen und eine systemische Verbesserung sieht Domscheit in der Anwendung und Umsetzung des § 140a SGB V mit Blick auf kassenübergreifende Lösungen. Die spannende Frage ist, ob die nun möglichen Anwendungen Insellösungen bleiben oder im Rahmen auch stärkerer Vernetzungen tendenziell übergreifende Flächenlösungen geschaffen würden. Redundanzen seien kritisch zu sehen. Kritisch sieht Domscheit in diesem Zusammenhang grundsätzlich auch den Wettbewerb und die Selektivverträge, die Flächenlösungen eher verhindern würden. Auch die mit der ePA verbundenen Erwartungen seien nur in Verbindung mit Interaktionen wirksam zu befriedigen.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Sebastian Vorberg, Vorstand beim Bundesverband Internetmedizin sieht im DVG ausgezeichnete Chancen, digitalisierte Anwendungen und Internetmedizin in der künftigen gesundheitlichen Versorgung deutlich zu verankern. Nun müsse sich das klassisch fragmentierte System aber auch bewegen. Die Kommunikation mit dem Patienten sei über diese e-Health-Anwendungen auf eine qualitativ bessere Stufe gehoben und die ePA könne die lang diskutierte Vernetzung im Versorgungsprozess bringen. Die Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen i. S. des § 68a SGB V sei eine Chance, dem Innovationsstau zu begegnen. In Verbindung mit § 140a SGB V sieht Vorberg eine Reihe sehr guter Ansätze, um Innovationen ins System zu bringen.

Digitale Lösungen seien besonders hilfreich, um moderne medizinische Versorgung auch in ländlichen Strukturen zu etablieren, *so Beatrice Blankschein von den Gesundheitsforen Leipzig*. Es käme auf Patientennutzen und Patientenadhärenz an. Eine wichtige Zielpopulation seien auch bildungsferne Schichten insbesondere auch für Prävention aber auch in wichtigen Indikationsgebieten wie der psychiatrischen Versorgung. Auch pflegebedürftige und ältere Menschen dürften so besser erreichbar sein. Die digitalen Gesundheitsanwendungen stehen in diesem Zusammenhang allerdings nur für Medizinprodukte der Risikoklassen 1 und 2a. Prävention falle hier aufgrund des statischen Präventionsleitfadens heraus, der sei nicht auf mobile Anwendungen ausgerichtet, was nachgebessert werden müsste. Auch müssten mHealth-Produkte ihren systematischen Niederschlag in der Weiterentwicklung des Heil- und Hilfsmittelverzeichnisses finden. Frau Blankschein ist zudem der Auffassung, dass die Nutzenbewertung über den G-BA häufig zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde.

Dr. Michaela Eikermann,
Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin, MdS, Essen

„Gelangen medizinische Maßnahmen in die Versorgung, ohne dass bereits ausreichende Evidenz zum Nutzen existiert, ist es häufig schwieriger, die notwendige Evidenz noch im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie zu generieren, als es ohne diesen bestehenden Zugang zu der Leistung wäre. Daran anschließend ergibt sich auch das Problem, dass sich die De-Implementation von Leistungen, die sich als doch nicht so nützlich herausgestellt haben wie erhofft, herausfordernd ist und oft nicht passiert."

Florian Brandt,
Projektleiter Innovation, IKK Südwest, Saarbrücken

„Die bestehenden Wege von Innovationen ins Gesundheitssystem sind grundsätzlich sinnvoll und ausreichend. Wenn diese kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert werden, ist die Etablierung neuer Wege (z. B. DiGA-Fast-Track) überhaupt nicht notwendig. Unbedingter Maßstab der Weiterentwicklung muss Qualität und Wirtschaftlichkeit aber auch Praxistauglichkeit sein."

Dr. Torsten Christann,
Business Unit Director Diabetes Care Central Europe, Becton Dickinson (BD), Heidelberg

„Es gibt mittlerweile durchaus mehrere Möglichkeiten für Hersteller, Innovationen in das Deutsche Gesundheitswesen zu integrieren. Das erhöht die Flexibilität, aber auch die Komplexität. Es ist zu überlegen, ob der Gesetzgeber nicht periodisch analysieren sollte, welche der verschiedenen Wege am wenigsten genutzt werden, um im Sinne der Balance zwischen Flexibiltät und Komplexität ggf. auch wieder Wege abzuschaffen. Ansonsten ist es für Hersteller wichtig, dass für jede dieser Möglichkeiten die Prozesse klar definiert und die Entscheidungsparameter transparent sind. Es muss dabei Verlässlichkeit darüber herrschen, dass die Prozesschritte zeitlich eingehalten und tatsächlich die definierten Entscheidungsparameter genutzt werden. Hier zeigt die Erfahrung aus der Vergangenheit, dass in diesem Punkt durchaus noch Verbesserungspotenzial besteht."

Wie innovationsfreudig ist der klassische Weg in die Versorgung?

In einer zweiten Panel-Runde ging es um die Innovationsrelevanz des „klassischen Weges" in die Versorgung. Dieser ist gemessen an der Versorgungspraxis für die versicherte Bevölkerung nach wie vor von höherer Bedeutung als die neuen schnelleren Wege digitaler Gesundheitsanwendungen. Gemessen an der Versorgungsrelevanz ist die Innovationsförderung im politischen Reformprozess der letzten 20 Jahre trotz des jüngeren Innovationsfonds gegenüber der Finanzierungs- und Kostenorientierung, gegenüber den Anforderungen von Strukturen und Prozesse realpolitisch stets nachrangig positioniert worden. Lange Zeit in der Geschichte der medizinischen Versorgung war auch die systematische Orientierung z. B. auf HTA-Verfahren völlig unterbelichtet. Das heute hoch entwickelte Reglement von Entscheidungen über neue Methoden, Verfahren, Prozesse und Produkte ist noch relativ jung. Der Prozess des Zugangs von Innovationen ins Gesundheitssystem beginnt bereits bei Forschung, Entwicklung, Patentschutz und

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

technischen Zertifizierungen. Anders als in substitutiv ausgerichteten Wirtschaftszweigen ist im kumulativ gewachsenen Leistungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach heutigem Verständnis der größte Teil nicht mit den notwendigen Evidenzen belegt.[2] Dies erschwert den Umgang mit Innovationen in Verbindung mit knapper werdenden Ressourcen und einem im System grundsätzlich fehlenden, systematischen Innovationsmanagements (Innovationspotentiale/Nachfragepotentiale, Markbeobachtung, Bedarfsabschätzung, Priorisierung, Preisstrategie) nicht unerheblich. Das stellt bezogen auf den Markt der digitalen, M- und E-Health Leistungen von Anfang anders dar.

Hinsichtlich der marktweiten Bedeutung von Neuem und Nützlichem stehen im Zugangsweg von Innovationen vor allem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und der GKV-Spitzenverband (Zulassung von Hilfsmitteln) im Fokus. Rechtssystematisch und gesundheitspolitisch ist dabei festzustellen, dass das IQWiG und auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen sich auftragsgemäß mit Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit wissenschaftlich beschäftigen, dass ihre Expertisen zu Innovationen letztendlich aber nicht dem Zwecke folgen, die entscheidungsbefugten Instanzen im G-BA oder im GKV-Spitzenverband zu präjudizieren. Es gelten immer wieder auch gesundheitspolitische Entscheidungsopportunitäten. Die maßgeblichen Gremien sollen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen hinsichtlich möglicher Wirkungswahrscheinlichkeiten in ihrer Entscheidung unterstützt werden.

Viele neue Dinge würden das Versorgungssystem durchaus auch relativ schnell erreichen, erläuterte *Prof. Dr. Stefan Sauerland, Ressortleiter Nicht Medikamentöse Verfahren beim IQWiG*, wobei innovativ nicht immer auch besser heiße. Ein Zusatznutzen müsse nachgewiesen sein. Ein gewisses Dilemma ergibt sich durch den Verbotsvorbehalt bei Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich einerseits im Vergleich zum Erlaubnisvorbehalt neuer Methoden im ambulanten Versorgungsbereich andererseits. Neue, weniger invasive Methoden werden hinsichtlich des Zusatznutzens mit dem Erlaubnisvorbehalt der ambulanten Versorgung wesentlich genauer überprüft als eine stärker invasive Methode im stationären Bereich, die erst mal grundsätzlich abrechenbar ist, ohne den Nutzennachweis schon erbracht zu haben. Mit Blick auf die Sprunginnovationen nach § 137h (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse) würde nach Sauerlands Auffassung zu schnell in der Versorgungspraxis „erprobt". Im Übrigen würden vom IQWiG entgegen einiger Statements selten Studien abgelehnt, die im internationalen Versorgungskontext durchgeführt worden sind und nicht etwa in Deutschland. Das sei nicht das entscheidende Kriterium. Sauerland wies auch darauf hin, dass auch ohne randomisierte Studien bereits Verfahrensbeurteilungen durchgeführt wurden. Auch die Methodenwelt würde sich weiterentwickeln, so gebe es einen Trend von der evidenzbasierten zur Evidenz generierenden Medizin.

Dr. Manuela Eikermann, Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin beim MdS in Essen sieht eine große Heterogenität der Angebote im mHealth-Bereich, die einerseits die gesundheitliche Versorgung im Prozess unterstützen, andererseits aber auch schlicht nur das „Leben erleichtern" würden. Angesichts dieser Heterogenität sei eine Bereinigung erforderlich. Grundsätzlich wollen die Patientinnen und Patienten ordentlich versorgt werden, daher sei bei allen neuen Methoden, Verfahren und Produkten die Frage nach der Nutzenbestimmung zuerst zu beantworten. Es sei auch ein Evaluationskontinuum (Prozess- und Ergebnisevaluationen) anzulegen und mit dem Blick auf den bestehenden Leistungskatalog systematischer der Frage nachzugehen, wie bestimmte Leistungen zugunsten neuerer Entwicklungen auch wieder aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden können (Choosing Wisely, Deimplantationsstudien). Nach wie vor sind viele innovative aber auch etablierte medizinische Maßnahmen nicht durch Belege aus klinischer Forschung abgesichert und es bestehen erhebliche Unsicherheiten bezüglich Nutzen und Schaden für den Patienten. Es kann daher sein, dass nutzlose oder gar schädliche Interventionen große Akzeptanz erfahren und weite Verbreitung finden, während nützliche Interventionen nicht beachtet werden oder nur einen verzögerten Eingang in die Versorgung finden.

Zwischen Produkt- und Leistungsinnovationen einerseits und Prozess- und Strukturinnovationen andererseits will *Florian Brandt, Projektleiter Innovation bei der IKK Südwest* aus Saarbrücken unterscheiden. Der Innovationsprozess sei in drei Phasen zu unterteilen: Entwicklung, Erprobung und Entscheidung für Regelversorgung. Innovationsfreudig zu sein heiße für ihn Flexibilität statt Bürokratie, Gestaltungsfreiheit statt Bürokratismus, Investitionen in neue statt in veraltete Strukturen, probieren statt studieren. Doch sei es dabei beachtlich, dass Gesundheit ein besonders schützenswertes Gut sei und das alles unter GKV-Bedingungen einer Finanzierung über „Zwangsabgaben" bedarf. Dies erzeuge einen erhöhten Legitimitätsdruck bezüglich der Mittelverwendung. Mit den DiGAs gehe der Gesetzgeber einen Sonderweg, weil ein Produkt/eine Leistung ohne spezifischen Nutzennachweis direkt in die Regelversorgung komme. Die Chancen sieht Brandt in einer praxisnahen Evaluation mit der Option der Weiterentwicklung und in einem frühzeitigen Triggern von Folgeinnovationen. Dem stünden medizinische und ökonomische Risiken gegenüber. Er stelle sich die Frage, ob ein Fast-Track-Verfahren wirklich notwendig sei oder ob über bestehende Rahmenbedingungen und Strukturen nicht genauso effektiv vorgegangen werden könne. So sieht Brandt in den Selektivverträgen ein brauchbares Trägermedium für Innovationen, denn diese ermöglichen einen vergleichsweise niedrigschwelligen Systemzugang. Das Problem hierbei seien die uneinheitlichen Teilnahme- und Abrechnungsprozesse. Daher müsse die Nutzung einer einheitlichen IT-Infrastruktur für alle Selektivverträge als Standard zum Tragen kommen.

Ein positives Beispiel für eine indikationsspezifische Innovation seien die CGM-Geräte in der Diabetesversorgung, so *Dr. Torsten Christann, Business Unit Director Diabetes Care Central Europe, Becton Dickinson (BD),* Heidelberg. Hier sei es im Verfahren zu einem verzögerten Zugang gekommen, wobei die Patientenperspektive – obwohl fundiert ausgeprägt – keine besondere

2 Vgl. auch Stuppardt, Rolf, Innovationsförderung durch politische Reformprozesse – die deutsche Perspektive, in: Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen, hrsgg. von Rebscher/Kaufmann, Heidelberg 2010, S. 95 ff

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Rolle gespielt habe. Daher hält Christann eine Stärkung der Patientenrolle und die Fokussierung auf einen patientenrelevanten Nutzen im Sinne der systematischen Einbeziehung der Patientenperspektive für bedeutsam und langfristig auch qualitätssichernd. Immer mehr Patienten wollen beteiligt werden und zwar als Betroffene, nicht als Konsument. Die grundsätzliche Patientenorientierung sei defizitär ausgeprägt, sie fehle oft schlechthin. Unabhängige Patientenmeinungen müssten systematisch eingeholt werden. Bei CGM sind die positiven Versorgungseffekte auch genau nachzuvollziehen. Christann wünsche sich auch ein stärkeres Vertrauensklima im Umgang mit Innovationen. Die langandauernden Verfahren des Innovationszugangs haben auch damit zu tun, dass man reaktiv auf Studien gewartet habe und dass oftmals ein Antragswust abzuarbeiten sei. Hier sei auf allen Seiten mehr Proaktivität gefragt. Im Übrigen könne man Evidenz auf sehr unterschiedliche Weise generieren.

Einige Stimmen aus der Plenumsdiskussion

- Aus der psychologischen Marktforschung wisse man um die Bedeutung der Kommunikation. Im Alltag der Akteure des Gesundheitswesens ist das noch nicht so recht angekommen. Innovationsthemen müssten proaktiv besetzt werden. *(Dr. Evelyn Kade-Lamprecht, hc:SPIRIT GmbH)*
- Die Nutzer müssen ihren Mehrwert sehen. Elemente und Tools der digitalen Welt müssen am Versorgungspfad orientiert zusammengeführt werden. *(Dr. Alexander Schellinger, TK)*
- Nützliche mHealth-Angebote gehören in die Leitlinien für Diagnostik und Therapie. *(Beatrice Blankschein, Gesundheitsforen Leipzig)*
- Die elektronische Patientenakte müsse als zentrales Verbindungselement angesehen werden. Die Akzeptanz bezüglich der Datenhoheit in Patientenhand sei sehr wichtig. Zielgerichtete Kommunikation auf allen Ebenen sei systematisch und nachhaltig erforderlich. Die BKK VBU setzt u. a. auf Seniorengruppen als Zielgruppen. In monatlichen „versilberer Cafes" geht es u. a. um die Funktionalität von Smartphones, die den interessierten Senioren in zielgruppengerechter Didaktik (z. B. per Videos) vermittelt werden. Eher beiläufig würden die Teilnehmer z. B. die Funktionalitäten des QR-Codes zu Arzneimittel-Wechselwirkungen kennen lernen. *(Peter Salathe, BKK VBU)*
- Wichtig sind kassen- und kassenartenübergreifende Lösungen, um Innovationen ins System zu bringen. Der an sich zu begrüßende Wettbewerb der Krankenkassen wirkt hier eher kontraproduktiv. Aus Sicht des BAS sind Innovationen als sektorenübergeifende Lösungen besonders sinnvoll. *(Antje Domscheid, BAS)*
- Auf Kommunikation und Beratung schauen wir zu wenig genau hin. Es ist nicht gut, dass die laufende Versorgung und die normalen Katalogleistungen nicht so auf den Nutzen überprüft wird, wie das bei Innovationen der Fall ist. Patienten sollten ähnlich wie in UK mit Kärtchen ausgestattet werden, mit so zentralen Fragen wie „Würden Sie die Therapie, die sie mir empfohlen haben, auch ihren Kindern empfehlen?" *(Dr. Andrea Mischker, BIG direkt gesund)*
- gesundheitsinformationen.de als Info-Kanal sei wichtig, alle Informationen werden ins nationale Gesundheitsportal eingespeist. Patientenpräferenzen müssten mit einbezogen werden. Alle Innovationen brauchen eine Verpflichtung zur Evaluation. Nur positiv evaluierte Innnovationen dürfen ins System gelangen. *(Prof. Dr. Stefan Sauerland)*

Fazit

Die unterschiedlichen Optionen der Wege von Innovationen ins deutsche Versorgungssystem bekommen wohlmöglich durch die Perspektiven des DVG inhärente Entwicklungsschübe hinsichtlich

- proaktiver Bereitstellung und schnellerer Aufbereitung entscheidungsrelevanter Informationen für Innovationszugänge,
- der inhärenten methodisch-strategischen Weiterentwicklung in den Verfahren,
- der strikten Orientierung auf den Patientennutzen /-mehrwert und dessen Perspektiven- und Expertiseneinbeziehung, die systematisch gefördert wird,
- der Entwicklung einer Evaluationskultur auf allen Seiten, orientiert an der Versorgungspraxis,
- der Priorisierung in den Entscheidungsprozessen anhand der durch proaktives Innovationsmanagement gewonnen Erkenntnisse über Wirksamkeitspotential und Bedarfsrelevanz,
- der stärkeren Bereinigungsverfahren bestehender Leistungskataloge,
- der übergreifenden Vernetzung und schrittweisen Integration in Versorgungsprozesse und Behandlungspfade,
- und somit auch der Reduzierung der unterschiedlichen Wege von Innovationen ins System. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Susanne Digel,
General Manager bluebird bio Deutschland, München[1]

Ist Deutschland bereit für Gentherapien?

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Der Zugang zu innovativen Therapien wie z. B. den Arzneimitteln für neuartige Therapien (Advanced Therapeutic Medicinal Products, ATMP) ist für alle Patientinnen und Patienten politisch gewollt. Schnelle und etablierte Prozesse sichern die Eingliederung in das Erstattungssystem. Doch wie sieht der Weg für innovative Arzneimittel konkret aus – von der Zulassung, bis sie Patienten real zur Verfügung gestellt werden können?

Bei Arzneimitteln für neuartige Therapien handelt es sich um eine Gruppe von Arzneimitteln, die auf der Basis der neuesten und innovativsten wissenschaftlichen Methoden der Molekularbiologie, Genetik und Biomedizin entwickelt werden.

Insbesondere die Einführung von Gentherapien stellt einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Krankheiten dar: Patienten mit Erkrankungen, die bisher nicht oder nur bedingt therapierbar waren bzw. die auf lebenslange symptomatische Behandlungen angewiesen sind, können so mit einer einmaligen Therapie ursächlich behandelt werden. Mit diesem Paradigmenwechsel wird in vielerlei Hinsicht neues Terrain betreten, das jedoch auch ein Umdenken erforderlich macht. Angefangen bei der patientenindividuellen Herstellung, über die Anwendung in qualifizierten Behandlungszentren bis hin zu innovativen und ergebnisorientierten Vergütungsmodellen.

Lösungen statt Hürden diskutieren

In Gesprächen mit allen Leistungserbringern erleben wir eine enorme Bereitschaft, innovative Ansätze zu besprechen. Die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem stellt eine leistungsstarke Struktur dar, um Probleme über die Zeit zu thematisieren und gemeinschaftlich zu lösen. Sie ist jedoch keine Plattform für zukunftsorientierte und systemverändernde Anpassungen. Aus der Sicht der Patienten entstehen so versteckte Verzögerungen. Eindrücklich hat sich für mich die Aussage des Vaters einer Tochter mit einer schwerwiegenden genetischen Erkrankung eingebrannt: „Meine Tochter wird sterben, bevor es eine Therapie für sie gibt – das ist unabänderlich. Für alle anderen Patienten, die eine Therapie bekommen können, ist meine Forderung, dass Lösungen diskutiert werden – nicht Hürden!"

Die Grundlagen sind vorhanden

Die starken Institutionen und klaren Strukturen des deutschen Gesundheitssystems müssen grundsätzlich gelobt werden. Sie regeln nicht nur die Patientenversorgung, sondern geben den Unternehmen des Gesundheitswesens auch Planungssicherheit.

1 Susanne Digel ist seit März 2018 Geschäftsführerin von Bluebird Bio in Deutschland. Sie verfügt über mehr als 15 Jahre Erfahrung in leitenden Positionen in Pharmaunternehmen, zuletzt als Commercial Lead DACH bei Spark und Business Unit Lead bei Alexion mit einem starken Fokus auf Behandlungen für seltene Erkrankungen in Deutschland.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Auch für die Herstellung innovativer Therapien gibt es viele starke Argumente, die für Deutschland sprechen: Das nötige wissenschaftliche Know-how um die Grundlagen der Gentherapien, die entsprechende Förderung von Start-Up Hubs an unterschiedlichen Standorten für die präklinische Forschung und die Möglichkeit, qualitativ hochwertige Studien durchzuführen.

Aufwändige Schaffung eines Behandlungsnetzwerks

Dank hervorragender Krankenhäuser mit spezialisierten Fachrichtungen können innovative Therapien den Patienten sicher und hochwertig zur Verfügung gestellt werden. Patienten profitieren zudem vom Aufbau weniger qualifizierter Behandlungszenten, da so die Spezialisierung und Qualitätssicherung trotz geringer Fallzahlen in den seltenen Erkrankungen gefördert werden. Lage und Anzahl der Zentren festzulegen ist ein diffiziles Unterfangen, da die Balance zwischen erforderlicher Kapazität und Qualität nicht immer einfach mit dem Anspruch der Häuser in Einklang zu bringen ist, alle neuartigen Therapien anzubieten. Der Ansatz einer heimatnahen Maximalversorgung wird neu überdacht werden müssen. Gleichzeitig ist eine enge Zusammenarbeit und prospektive Planung aller Beteiligten gefragt, um zu vermeiden, dass die Einführung wichtiger Innovationen für Patienten verzögert wird.

Mehrfache Preisverhandlung verzögert den Zugang zu Innovationen

Für die Erstattung von innovativen und oft kostenintensiven Arzneimitteln im Krankenhaus können wir ebenfalls auf etablierte und erfolgreiche Prozesse bauen. Im sogenannten NUB-Prozess werden Fallmengen und Preise für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zwischen Krankenhaus und Kostenträger festgelegt. Gleichzeitig verhandelt der Hersteller im AMNOG-Prozess einen maximalen Erstattungspreis mit den Kostenträgern innerhalb des ersten Jahres nach Ausbietung.

Innovative Arzneimittel im Krankenhaus durchlaufen damit oft zwei separate Verhandlungsprozesse mit unterschiedlichen Parteien. Der Hersteller wird sich konsequenterweise auf den AMNOG-Prozess für eine nationale Preisfindung konzentrieren. Damit stellt aber die oft diskutierte zeitliche Verzögerung der NUB-Erstattung mit der damit verbundenen fehlenden Erstattungssicherheit nicht nur eine Verzögerung des Zugangs zu innovativen Therapien dar – die NUB-Verhandlung hat auch ihre Wirkung als Preisregulativ verloren.

Herausforderungen bei Vergleichstherapie und Erstattungsmodellen

Eine interessante Herausforderung, die Gentherapien an die soliden Prozesse der Preisfindung und Erstattung durch die Kostenträger stellen, ist die für Patienten wichtige lebenslange Wirkung. Einerseits, weil die Therapiekosten für Gentherapien mit lebenslanger Wirkung nur im Jahr der Behandlung anfallen. Ein Vergleich mit den Jahrestherapiekosten der bisherigen chronisch lebenslangen Standardtherapie hinkt da hinterher. Andererseits, weil bei Zulassung der Therapie in der Regel noch keine klinischen Daten über den gesamten Lebenszeitraum bestehen. Die einzelnen Kostenträger zeigen hier große Bereitschaft, für Gentherapien den Lösungsansatz von innovativen Vergütungsmodellen mit Risikoteilung bezüglich des Therapieerfolgs zu diskutieren und umzusetzen.

Dem ultimativen Ansatz einer ergebnisorientierten Ratenzahlung stehen noch zu regelnde technische Hürden in den Codierungs- und Zahlungsprozessen im Weg. Aus Expertensicht sind diese aber zukünftig lösbar. Heute werden daher lediglich Rückerstattungsmodelle auf Einzelkassenebene realisiert. Dies ist auf die bestehenden hochregulierten Zahlungsflüsse und dem wieder eingeführten, wichtigen Risikopool im Morbi-RSA zurückzuführen, der einen Anreiz zu hohen Einmalzahlungen gibt. Zudem kann die Einführung des Risikopools zum Jahr 2021 Optionen eröffnen, medizinisch notwendige Behandlungen in 2020 zeitlich zu verzögern. Dies kann insbesondere für Patienten, die auf die Therapien angewiesen sind, schwerwiegende Auswirkungen haben.

Insgesamt sind wir ermutigt, mit welcher Offenheit die für langwirksame Gentherapien wichtigen ergebnisorientierten Zahlungsmodelle zur Risikoaufteilung auf allen Ebenen diskutiert werden. Der politische Wille und Beispiele für ergebnisorientierte Rückerstattungsmodelle mit einzelnen Kostenträgern sind vorhanden. Die Kassenlandschaft mit über 100 Einzelkassen einerseits und die Etablierung von einheitlichen Datenquellen zur Erfolgsmessung der Therapie andererseits erfordern aber unbedingt, dass solche Zahlungsmodelle zukünftig auf nationaler Ebene abgeschlossen werden.

Pionierarbeit für den Paradigmenwechsel

Über Erfolg oder Misserfolg beim Marktzugang von Innovationen entscheidet derzeit das Engagement und der Mut zu Veränderung einzelner Akteure. Ein Beispiel sind die ergebnisorientierten Zahlungsmodelle einzelner Krankenkassen, die ohne deren Bereitschaft für solche innovativen Ansätze gar nicht zustande kommen könnten. In der Verantwortung stehen insbesondere auch Unternehmen, die als „Pioniere" mit gutem Beispiel vorausgehen, um den Grundstein dafür zu legen, dass Innovationen heute und in Zukunft schneller und einfacher zum Patienten gelangen.

Die Anpassung der Systeme muss gemeinsam und in Kollaboration mit allen Interessenvertretern aktiv vorangetrieben werden. Um Lösungen für Patienten zu finden, müssen wir zuhören, auf etwaige Sorgen und Bedenken eingehen und alle Seiten betrachten. Die Einführung von Gentherapien stellt nicht nur einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von schweren Erkrankungen dar, sondern auch eine Chance, Strukturen für die Umsetzung von Innovationen grundlegend und langfristig zu verändern.

Ist Deutschland also bereit für Gentherapien?

Die Antwort lautet: Ja! Auch wenn wir noch einen Weg vor uns haben. Dass dies nicht von heute auf morgen geschehen kann, ist uns allen klar. Dennoch sollten wir die Patienten nicht vergessen, die oft keine Zeit haben, zu warten. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Die digitale Recare-Plattform zur Koordination von Versorgung

Um was geht es?

Fast alle Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Deutschland sind fragmentiert und intransparent mit Hinblick auf ihre Kapazitäten. Bei den diversen Wegen, welche Patienten durch das System nehmen – egal ob aus dem ambulanten Sektor über einen niedergelassenen Arzt oder aus dem Krankenhaus heraus – kommt es daher regelmäßig zu Verzögerungen und einem erheblichen Aufwand an manueller Arbeit für die Koordination des Versorgungspfades. Diese Reibungsverluste verursachen Kosten und Frustration für alle Akteure im Gesundheitswesen. Das gilt auch für Krankenkassen – zumal eine vollständige Dunkelverarbeitung ohne die Integration einer passenden Versorgungssteuerung kaum möglich ist.

Ursprünglich aus dem Bereich des Krankenhausentlassmanagements mit Fokus auf Pflegeüberleitungen kommend, hat sich die Recare-Plattform der Recare Deutschland GmbH mittlerweile zu einem umfassenden digitalen Netzwerk für Versorgungskoordination diverser Bereiche entwickelt. Als größte Plattform mit Hinblick auf die aktiv angeschlossenen Vertragspartner verbindet Recare über 180 Akutkrankenhäuser mit mehr als 13.000 Leistungserbringern in den Bereichen Pflege, Reha, Krankenbeförderung und Hilfsmittelversorgung. Letztere haben auf der Plattform eine Oberfläche für ihr Aufnahmemanagement, um neue Patienten für die Versorgung zu gewinnen und aufzunehmen.

Basierend auf einem digitalen Versorgungsprofil können Kostenträger oder Krankenhäuser eine autonome Suche nach Kapazitäten in einem Versorgungsbereich zu einem geplanten Termin starten. Die angeschlossenen Leistungserbringer nehmen ein digitales Profil dann an oder lehnen es ab. Ergebnis ist eine in Echtzeit entstehende Liste an Versorgungsoptionen für ein geplantes Datum.

Jeder Nachversorger kann zu jeder Zeit auf alle in der Umgebung laufenden Überleitungen zugreifen, die auf seine Profileinstellungen passen, und sich proaktiv darauf bewerben.

Das heißt, wenn eine Klinik eine Überleitung startet, können alle relevanten Versorger sofort auf der Empfängerseite darauf zugreifen.

Um die Vermittlungsgeschwindigkeit einer Überleitung zu beschleunigen, wählt die Recare-Plattform außerdem algorithmisch (basierend auf allen vorhandenen Daten) die relevantesten Versorger aus und sendet diesen zusätzlich eine Benachrichtigung. Es werden ausdrücklich nur geeignete Nachversorger benachrichtigt, um unnötigen Spam im Versorgernetzwerk zu vermeiden. Basierend auf der Erfahrung der letzten drei Jahren wurde klar, dass beispielsweise Pflegeeinrichtungen keine große Anzahl von E-Mails erhalten möchten, da die Aufnahmekapazitäten in der Regel beschränkt sind. Wenn eine Einrichtung sich jedoch proaktiv anbieten will, ist dies zu jeder Zeit und für alle Anfragen möglich. Somit werden auch die strengen Richtlinien der Neutralität und des Wettbewerbsrechts gewahrt.

Der genaue Ablauf dieses Prozesses unterscheidet sich zwischen den Überleitungsarten, da beispielweise eine Krankenhausverlegung andere Anforderungen birgt als das Finden eines Pflegeheimplatzes.

Selbstverständlich kann eine Klinik zur Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts des Patienten auch jederzeit gezielt eine Wunschklinik angeben und diese digital kontaktieren.

Mittlerweile sind in der Plattform bei einer solchen Versorgungskoordination nicht mehr nur Sender und Empfänger der Anfrage bilateral (also zum Beispiel Krankenhaus und Rehaklinik) integriert, sondern auch Kostenträger wie Krankenkassen als dritte Partei. Im Falle einer Anschlussheilbehandlung erhält der zuständige Kostenträger – sofern er digital in die Plattform integriert ist – die Möglichkeit, der Fallsteuerung und kann den kompletten Datensatz des Anschlussheilbehandlungsantrags strukturiert und papierlos erhalten.

Das wird über eine innovative Ende-zu-Ende-Verschlüsselungstechnologie ermöglicht, welcher sicherstellt, dass nur autorisierte Parteien auf der Plattform – zu keinem Zeitpunkt ein anderer

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Akteur oder der Plattformbetreiber selbst – auf die sensiblen personenbezogenen Daten zugreifen können.

Mit Hilfe dieser wird es auf der Plattform selbst auch möglich, dass alle Leistungserbringer und Kostenträger in einem Messenger über einen Versorgungsfall mit den relevanten Parteien kommunizieren können.

Auf der Plattform stehen mittlerweile die relevantesten Versorgungsbereiche zur Verfügung.

Die Bereitstellung des Service erfolgt als Webapplikation. Recare übernimmt Hosting und Betrieb dieser, sodass alle Anwender zu jeder Zeit einfach vom Webbrowser darauf zugreifen können. Einzige Voraussetzung sind ein moderner Browser, Internet und ein Nutzeraccount.

Wer profitiert wie davon?

Für Kostenträger wird ein nachhaltiger Weg zu mehr Dunkelverarbeitung und Prozessverbesserungen ermöglicht.

In Bereichen, in denen Kostenträger eine Versorgung direkt für Versicherte organisieren, wie zum Beispiel als Unterstützung des Entlassmanagements oder als Serviceleistung in der Pflegeberatung, erfolgt dies häufig noch analog per Telefon oder Fax. Entsprechend hoch ist der Aufwand für Mitarbeiter. Durch die Nutzung einer etablierten digitalen Plattform können diese Suchprozesse autonom – aber auch unter Berücksichtigung von Steuerungsinteressen und Vertragspartnern der Kostenträger ablaufen. So wird das Personal entlastet und der Prozess verschlankt.

Im Kontext der Anschlussheilbehandlung können Kostenträger den Datensatz des neuen, einheitlichen AHB-Antrags aus der Plattform als digitales, strukturiertes Datenpaket empfangen – eine Integration in das Kernsystem von Krankenkassen ist möglich. So kann von einer manuellen Verarbeitung eingehender Faxe hin zu mehr Prozessautomatisierung umgestellt werden.

In Summe ergibt sich dadurch ein zeitnah ergreifbares Potential für mehr Dunkelverarbeitung: Zum einen durch die automatisierte Abwicklung des Antrags im eigenen System, aber auch durch die damit verbundene Platzreservierung bei einem Leistungserbringer.

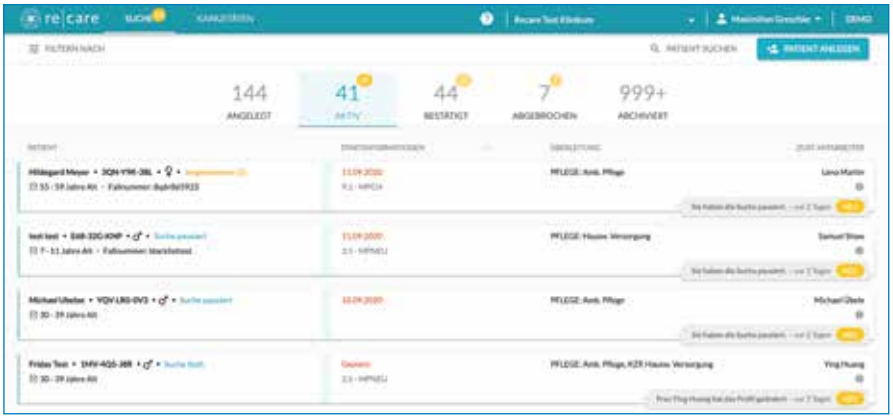


Abbildung 1: Übersicht über verschiedene Versorgungssuchen in der Plattform

Bereich	Verfügbarbarkeit
Pflegeüberleitungen – Ambulant – Stationär – Kurzzeitpflege – Inkl. Sämtlicher Spezialisierungen (Psychiatrisch, Intensiv, Kinder etc.)	Verfügbar
Rehabilitation – Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation – Neurologische und Geriatrische Früh-Reha – Maschinelle Generierung aller relevanten Reha-Anträge aus dem Portal – Digitale Integration mit den ersten gesetzlichen Krankenkassen für einen komplett digitalen, unterschriftsfreien AHB-Antrag	Verfügbar
Krankenhaus-Verlegungen – Verlegungsanfragen an Fachabteilungen intern oder in anderen Krankenhäusern – Verfügbare Betten aus der Notaufnahme heraus intern oder in anderen Krankenhäusern finden – Umsetzung in allen Fachabteilungen möglich	Verfügbar
Patiententransport/Krankenbeförderung – Finden und buchen einer Krankenbeförderung z. B. für eine Verlegungsfahrt oder eine Entlassfahrt – Qualifizierter Patiententransport (z. B. KTW) – Taxi und Mietwagenfahrten – Generierung Muster 4 Transportschein	Verfügbar
Hilfsmittelversorgung – Anfrage von Hilfsmittellieferungen und -leistungen an Sanitätshäuser und Home Care Unternehmen – Garantie der Compliance in diesem Bereich	Bis Ende 2020 verfügbar

Krankenhäuser verbessern Prozesse und erhalten einen weiteren Baustein für optimale Verweildauersteuerung.

Die Versorgungssteuerung für die nach dem Akutaufenthalt notwendigen Leistungen wird im Krankenhaus je nach Art der Nachversorgung von Ärzten, Pflegekräften, Case Management und Sozialdiensten bewältigt. In aller Regel hat der Prozess jedoch gemein, dass auch hier analog per Telefon und Fax gearbeitet wird.

Mit dem demographischen Wandel steigt der Anteil der Patienten mit Nachversorgungsbedarf jedoch stetig und die Belastung der Mitarbeiter in den Kliniken wächst entsprechend.

Durch die Automatisierung der Suche über die digitale Plattform werden Mitarbeiter von einer Vielzahl von Telefonaten entlastet und der Prozess auch hier verschlankt. Außerdem erfolgt eine komplette Automatisierung der Dokumentation in diesem Zusammenhang und eine Vereinfachung der Kommuni-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

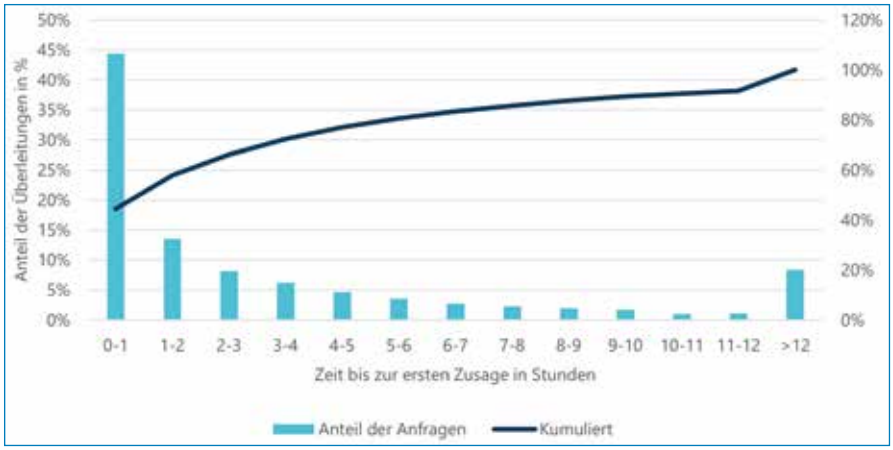


Abbildung 2: Verteilung der Zeit bis zur ersten positiven Zusage der letzten 20.000 Pflegeüberleitungen.

kation über den integrierten, verschlüsselten Nachrichtendienst.

Grundsätzlich ist die Nutzung der Plattform ohne jegliche Integration in das Klinikinformationssystem (KIS) möglich und in der Praxis die bisher häufigste Nutzungsart.

Eine Integration in das KIS System über HL7 Nachrichten ist jedoch bereits heute möglich und kann auf Wunsch entweder mit dem Start der Nutzung oder auch im späteren Verlauf erfolgen. So können Stamm- und Diagnosedaten von Patienten ohne weiteren Eingabeaufwand übernommen werden. Für tiefergehende Integrationen kann eine Automatisierungslösung eingesetzt werden, die alle darüberhinausgehenden Informationen aus dem KIS-System extrahiert.

Leistungserbringer profitieren von einem standardisierten Verfahren mit homogener, hoher Informationsqualität.

Pflegeeinrichtungen und andere Nachsorger erhalten Versorgungsanfragen per Fax, Telefon oder Email von verschiedenen Zuweisern in unterschiedlicher Informationsqualität. Alle Anfragen über die Plattform sind im selben strukturierten Format verfügbar und können systematisch abgearbeitet werden. Durch das Blockieren von Kapazitäten und ein Matching mit Einzugsgebiet und Leistungsangebot für alle Kanäle kann außerdem Mehraufwand vermieden werden, indem irrelevante Anfragen die Leistungserbringer nicht mehr erreichen.

Die Plattformlösung ist insofern zukunftssicher, als dass die strukturierten Daten auch perspektivisch in andere Systeme importiert werden können.

Ein Proof-of-Concept für die komplette, strukturierte Datenübermittlung zwischen Krankenhaus, nachgelagerten Leistungserbringern und Kostenträgern ist in greifbarer Nähe.

Noch in 2020 wird über die Recare-Plattform möglich werden, was bereits seit geraumer Zeit im Gesundheitssystem angestrebt wurde: Vollständiger, strukturierter Datenaustausch zwischen allen beteiligten Akteuren – am Beispiel des Prozesses für Anschlussheilbehandlung.

Dabei wird der vollständig vorhandene AHB-Datensatz aus dem Klinikinformationssystem importiert und in die Plattform übertragen. Der Datensatz des einheitlichen GKV-Antrags wird an den zuständigen Kostenträger übertragen und in das Krankenkassensystem zur Antragsbearbeitung eingespielt. Die Krankenkasse wählt einen entsprechenden Rehaversorger oder bestätigt die Wunschklinik des Patienten, welche dann wiederum den Aufnahmedatensatz in das eigene System eingespielt erhält.

Netzwerkeffekte sichern die Wertsteigerung für die Zukunft.

Je mehr Teilnehmer auf den verschiedenen Seiten eines Marktplatzes vorhanden sind, desto größer ist der Wert für die jeweils anderen Seiten. Derzeit sieht es so aus, als würden sich digitale Plattformen als primäres Tool zur Koordination von Versorgungssteuerung durchsetzen. Daher ist mit einer zunehmenden Marktdurchdringung in den nächsten Jahren zu rechnen, was den Wert für alle teilnehmenden Akteure weiter verstärken sollte.

Was ist zur Qualität, Sicherheit und Evidenz zu sagen?

Die Plattform verfolgt eine „Zero-Knowledge-Policy" zum Schutz der Patientendaten.

Die Plattform verfolgt eine „Zero-Knowledge-Policy". Das heißt, dass durch technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt wird, dass der Betreiber unter keinen Umständen einen Personenbezug zu den Patienten bzw. Versicherten herstellen kann.

Fast die Hälfte aller Anfragen erhält innerhalb der ersten Stunde eine Versorgungsoption.

Wie schnell ein Versorgungsplatz in einem bestimmten Bereich gefunden werden kann, ist von verschiedenen Faktoren wie dem Patientenprofil selbst oder auch der regionalen Versorgungsstrukturen abhängig. Nichtsdestotrotz erlaubt eine empirische Auswertung eine zuverlässige Auskunft über die Leistungsfähigkeit einer Plattform.

Da eindimensionale Kennzahlen, wie der Median oder der Durchschnitt einer Vermittlungszeit, viele wichtige Details der Vermittlungsperformance verschleiern, empfiehlt sich eine graphische Darstellung der realen Verteilung der Zeit bis zur ersten positiven Zusage als geeignetes Mittel der Beurteilung.

Im folgenden Graphen werden die letzten 20.000 Überleitungsanfragen auf der Recare-Plattform, gruppiert nach dem Eingang der ersten positiven Zusage von einem Versorger in Stunden, angezeigt.

Knapp 44 Prozent aller Überleitungsanfragen erhalten demnach eine Zusage für einen Versorgungsplatz innerhalb der ersten Stunde nach dem Start. Kumuliert betrachtet erhalten 88 Prozent aller Überleitungsanfragen eine Zusage innerhalb eines Arbeitstages (8 Stunden).

8 Prozent der Anfragen fallen in das Intervall „>12 Stunden". Dies bestätigt sich auch in qualitativen Untersuchungen: Wenn es keinen Versorgungsplatz in einer Region gibt oder der Patient aus Versorgungssicht sehr unattraktiv für nachgelagerte Einrichtungen ist, kann eine digitale Plattform auch keine Wunder vollbringen. Für alle anderen Fälle ist

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

die Recare-Plattform als verlässliche Hilfe schlachterprobt und erleichtert den Prozess spürbar.

Insgesamt werden für etwa 95 Prozent aller Anfragen mindestens eine Versorgungszusage generiert.

Basierend auf diesen Erfahrungen lässt sich ein Trend ableiten. „Standardfälle" in der Versorgung werden sich zukünftig voraussichtlich mehr oder weniger komplett automatisiert abwickeln lassen. Mit der Entlastung in diesem Bereich kann dann das hochqualifizierte Personal bei Kostenträgern und in Krankenhäusern den Fokus auf die Versorgungen mit hoher Komplexität nehmen und dort auch die benötigte Zeit aufwenden.

Die Qualität einer solchen Plattform hängt eng mit der Größe des angebundenen Netzwerks zusammen. Und somit auch mit den operativen Prozessen, welche letzteres aufbauen und unterhalten.

Recare kümmert sich um alle Schritte, die für die Inbetriebnahme der Plattform seitens des Kunden notwendig sind. Dazu gehört auch die Registrierung und Aktivierung von Nachversorgern für alle vom Kunden gebuchten Module.

Beim Start mit einem neuen Kunden in einer Region, in der Recare noch keine oder eine noch nicht ausreichende Anzahl aktiver Nachversorger auf der Plattform registriert hat, beginnt eine sogenannte Anbindungsphase.

Die Anbindungsphase endet, wenn eine kritische Masse an Nachversorgern aktiv auf der Plattform registriert ist.

Die meisten Versorger, die nicht aktiv auf der Plattform digital registriert sind, können über eine integrierte e-Fax-Funktion trotzdem kontaktiert werden, sodass Anwender die Plattform für den ganzen Prozess verwenden können.

Gibt es praktische Anwendungen und Erfahrungen?

Die Recare-Plattform wird bundesweit von mehr als 180 Akutkrankenhäusern, über 13.000 aktiv registrierten Leistungserbringern und mehreren gesetzlichen Krankenversicherungen aktiv genutzt.

Zuletzt hat die Techniker Krankenkasse als größte gesetzliche Einzelversicherung in Deutschland eine Pilotierung des auf der Plattform integrierten, papierlosen Anschlussheilbehandlungsantrags gestartet. Ein anderes Beispiel für die Nutzung der Recare-Plattform bietet die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK). Die Pflegeberater der SBK nutzen die Plattform um als Service für ihre Versicherten – auch aber nicht ausschließlich im Rahmen des Entlassmanagements – Versorgungsplätze zu sichern.

Im Nutzerspektrum der Plattform unter den Krankenhäusern befinden sich dabei Kliniken aller Größenklassen und Trägerschaften. Diverse Universitätsklinika wie die Universitätsmedizin Essen oder die Medizinische Hochschule Hannover, große private Klinikgruppen wie die Sana Kliniken AG oder auch kommunale Träger wie der Konzern Vivantes.

Die Recare-Plattform wird in fast allen Regionen Deutschlands eingesetzt und hat somit ein bundesweit breites Netzwerk, wodurch die Plattform auch für national agierende Kostenträger einsetzbar ist.

Wer sind die Macher und wie bekommt man Kontakt?

2017 nahm die Recare Deutschland GmbH die Arbeit an der Recare-Plattform initial mit Fokus auf den Bereich Entlassmanagement und Pflegeüberleitung auf.

Die Firma wurde von Maximilian Greschke als Gründer und Geschäftsführer gemeinsam mit dem CTO Charles Cote gegründet.

Maximilian Greschke studierte VWL an der Universität St. Gallen und Informatik an der Harvard University in den USA. Er brach sein Studium ab, um 2013 eine Technologiefirma im Bereich Retail Analytics in Berlin zu gründen. Nach dieser ersten unternehmerischen Erfahrung wechselte er 2014 zu der deutschen Startup-Erfolgsgeschichte „Delivery Hero", wo er das Big Data Team aufbaute. Diese Infrastruktur verarbeitet immer noch monatlich Milliarden von Datenpunkten aus den mehr als 35 Ländern, in denen Delivery Hero tätig war. Delivery Hero ist mittlerweile im DAX notiert. Anfang 2017 gründete er die digitale Entlassmanagement-Plattform Recare.

Maximilian Greschke,
©Jennifer Adler/Frau Rabe fotografiert

Mitgründer & CTO Charles Cote, hat Öl- und Bergbauingenieur an der MINES Paris Tech studiert und war unter anderem 5 Jahre im Software Entwicklungsteam der französischen Startup Erfolgsgeschichte Criteo beschäftigt. Criteo ist eine der weltweit führenden Technologiefirmen im Bereich „Predictive Advertising" und mittlerweile mit mehr als 2.700 Mitarbeitern im US Börsenindex NASDAQ öffentlich gelistet.

Im Januar 2020 hat Recare seine erste Tochterfirma in Frankreich gegründet und dort die ersten Krankenhäuser des großen, kommunalen Pariser Klinikkonzerns APHP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris) als Kunden gewinnen können.

Insgesamt umfasst das Team von Recare mittlerweile etwa 50 Mitarbeiter in den Büros in Berlin und Paris.

Mehr Informationen zu Recare sowie Kontaktmöglichkeiten können unter www.recaresolutions.com gefunden werden.

Geschäftsführungskontakt:
Moritz Küpper
Referent der Geschäftsführung
Email: management@recaresolutions.com
Autor: Maximilian Greschke
Firma: Recare Deutschland GmbH
Position: Geschäftsführer(CEO)

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Diskussion

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung

In den Heften Juli/August und September hat ein Autorenkollektiv das für die Versorgungssteuerung bereits seit geraumer Zeit so zentrale Thema der Integrierten Versorgung aufgegriffen. Neben einer Status-Quo-Analyse des Versorgungssystems sind vor dem Hintergrund unterschiedlichen Wissens und praktischer Erfahrungen Vorschläge für eine Neugestaltung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland unterbreitet worden, die von den heutigen Regeln im sektorenfokussierten Versorgungsgeschehen deutlich abweichen. Durchlässigkeit, Transparenz, Qualität und Patientenzentriertheit sind einige der Leitbegriffe, die hier im Fokus stehen.
Herausgeber, Redaktion und der medhochzwei Verlag haben zu einer dringend notwendigen Diskussion und Kommentierung eines derartig ambitionierten Ansinnens aufgerufen. Wir dokumentieren hier und im Folgeheft die Reaktionen, die uns dazu erreichten.

Die Sektorengrenzen sind heute so fest wie im Jahr 2000 – wir sollten den Begriff Regelversorgung durch patientenzentrierte Versorgung ersetzen

Andrea Galle, Vorstandsvorsitzende BKK VBU, Berlin

Am Anfang knallten die Korken. Vor etwa 20 Jahren bot der Gesetzgeber uns eine neue Möglichkeit, Verträge zur Integrierten Versorgung (IGV) abzuschließen. Ein Kosmos neuer Chancen: Bessere Versorgung für unsere Kundinnen und Kunden. Differenzierung im Wettbewerb. Wir waren Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) und haben initiativ die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg mit auf den Weg gebracht, die bis heute existiert. Der Beginn einer wunderbaren Erfolgsgeschichte? Geht so.

Das Autorenkollektiv von „Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene" macht sich schon dadurch sehr verdient, dass es Impulse setzt, die notwendige Debatte um eine gute integrierte Versorgung als Normallfall einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung neu zu entfachen.

Machen wir es an dem oben genannten Vertrag fest. Die gute Nachricht: Einige innovative OP-Verfahren konnten wir in die reguläre Versorgung bringen. So gelang es zuletzt Anfang Juli ein besonders schonendes ambulantes Verfahren zur Entfernung von Gebärmuttermyomen mittels einer Magnetresonanztomographiegesteuerten

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Ultraschalltherapie in den EBM zu überführen. Aber: Die meisten gewählten guten Ansätze von **sektorenübergreifender (!)** Zusammenarbeit haben sich nie über den eingangs erwähnten Vertrag hinaus verbreitert. Kaum etwas ist heute Regel(-versorgung).

Integrierte Versorgung nur eine Strickleiter an der Sektorengrenze

Und da kommen wir zum ersten Denkfehler. Die heute existierende Form der Integrierten Versorgung war immer angelegt als etwas Besonderes, oben drauf und zusätzlich. Die von den Verfassern postulierte *„Integrierte Versorgung als Regelversorgung"* kann im aktuellen regulatorischen Kontext nicht funktionieren.

Wir haben einfach die falschen Anreize: Der Fokus für die Leistungserbringer liegt darin, einen vermeintlich höheren Aufwand für eine kleine Kohorte von Patienten – parallel zur Regelversorgung für alle – abgegolten zu bekommen. So konnte der eigentlich richtige Fokus nicht gelingen, nämlich den neuen Ansatz als Piloten zu begreifen, mit dem Ziel, die gewonnenen Erfahrungen für die Versorgungsoptimierung aller Patienten umzusetzen. Ähnliches gilt bisher leider auch für die Projekte im Rahmen des Innovationsfonds.

Konsequenz auf Kassenseite: Der Abschluss und die Dauer von Verträgen hängt bislang von der Kassenlage ab. Eine dauerhafte Veränderung fand ja eh nicht oder allenfalls marginal statt. Die Sektorengrenzen sind heute so fest wie im Jahr 2000. Das geht von den Leistungserbringern aus, spiegelt sich aber auch auf Kassenseite: In einem Flur das Team Krankenhaus, im nächsten die ambulante Versorgung, die Etage darüber das Hilfsmittelteam. Wie unflexibel das ist, zeigen etwa die neu eingeführten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Einer App ist es egal, ob sie im Krankenhaus, beim Hausarzt oder zu Hause benutzt wird. So entstehen mit den DiGA-Verbänden neue Akteure, die nicht sektoral denken, und helfen können, ein übergreifendes Verständnis zu entwickeln.

Auch die im Papier beschriebenen Anreizmechanismen könnten hier als Hammer und Meißel dienen. Bislang haben wir lediglich von Zeit zu Zeit einmal eine Strickleiter über die Mauer geworfen. Aufbrechen war das noch nicht.

Die Gretchenfrage und eine falsche Wortwahl

All diese Fehlanreize für Kassen und Leistungserbringer muss derjenige angehen, der die im Papier aufgebrachte Gretchenfrage auf Seite 9 beantworten will: „Wie schaffen wir es, die althergebrachten Verhältnisse nach und nach im Sinne einer echten Integration der Versorgung umzuformen und von Pilotlösungen für Minderheiten von Patienten einzelner Krankenkassen hin zur neuen „Normalität" für alle Patienten zu gelangen?"

Zunächst einmal müssen wir etwas an unserer Sprache tun. Der maßgebliche § 140a SGB V heißt mittlerweile „Besondere Versorgung". Das klingt mit Verlaub schon ein bisschen nach unüblich. Auf jeden Fall nicht nach dem für alle geltenden Normalfall.

Ich teile den Gedanken der Gretchen-Frage. Aber mich stört das schon in der Überschrift verwendete Wort Regelversorgung. Schon immer. Wenn wir heute über Regelversorgung sprechen, sprechen wir über den Ist-Zustand, den wir mit all seinen Unzulänglichkeiten zur Regel erklären. So kommt es, dass Verträge der Integrierten Versorgung eben für gewöhnlich nichts im System verändern, weil die Regelversorgung ja überhaupt nicht zur Disposition steht. Die Veränderung findet nur temporär statt, für ausgewählte Patienten einer bestimmten Kasse. Die grundsätzlichen Prozesse der „Regel-Versorgung" inklusive der betonfesten Mauern zwischen den Sektoren bleiben unangetastet.

Von der Regelversorgung zur patientenzentrierten Versorgung

Wir müssen beginnen zu beschreiben, wie eine optimale Versorgung aussieht, die vor allem eines ist: patientenzentriert. Wenn alle dieses Ziel kennen, können IV-Verträge dazu beitragen, dieses gemeinsame Ziel sukzessive zu erreichen. Der vorgebrachte Vorschlag, Anreize an das Gemein- oder Patientenwohl zu koppeln, kann da ein Weg sein.

Und: Auch wir Kassen messen Qualität heute zu oft an der Zahl der Widersprüche, den Beschwerden oder der Postlaufzeit. Wir fragen (und messen) im aktuellen System zu wenig: Wie steht es eigentlich heute um die Patientenzufriedenheit? Und damit ist nicht die Qualität des Krankenhausessens gemeint. Es geht um eine verbesserte Therapieadhärenz einhergehend mit einer Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patienten und letztlich den Behandlungserfolg.

Versorgung ist regional, die Aufsicht (noch) nicht

Der Ansatz, die Vertragsgestaltung auf regionaler Ebene über eine von der bundesweiten Aufsicht abgekoppelte Institution zu controllen, wie sie das vorliegende Papier verfolgt, ist gut. Ich stimme mit den Autoren überein: Versorgung ist regional – häufig sogar lokal (die meisten Menschen bewegen sich im Umkreis von fünf bis zehn Kilometern) – daran wird auch Telemedizin nichts ändern. Sie kann aber ein Booster sein, um die Diskussion über eine patientenzentrierte Versorgung zu beschleunigen. Nur, bei bundesweiten Kassen entscheidet über die Genehmigung der Verträge eine zentrale Aufsicht, das Bundesamt für soziale Sicherung. Die Liste von Besonderen Verträgen, die die bundesweite Aufsicht kritisch sieht, ist bei allen bundesweiten Krankenkassen lang. Der neue § 140a greift hier schon den Reformbedarf auf, die selektivvertraglichen Möglichkeiten werden immerhin erweitert. Und auch die versorgungsbegleitende Datenauswertung, wie sie im Papier angeregt wird, bedürfte einiger Anpassungen der doch sehr restriktiven Regelungen (§ 68b SGB V) des Bundesgesetzgebers.

Eine Stelle gibt es allerdings, da kann ich den Autorinnen und Autoren nicht wirklich folgen. *„Die Vergütung der in dieser Region erbrachten gesundheitlichen Leistungen kann wie bisher auf der Grundlage des EBM- und des DRG-Systems erfolgen"*. **In der Frage, wofür bekommen die Ärztin oder der Arzt heute ihr Geld, stecken so viele Fehlanreize zu Lasten der Patienten, dass es ohne grundlegende Reform keine patientenzentrierte Versorgung geben kann**. Nicht regional, nicht bundesweit.

Zusammengefasst: Die Anreize für alle Akteure müssen so sein, dass aus besonderen Verträgen eine nachhaltige patientenzentrierte Form der Versorgung für alle Patienten resultiert.

Die beschriebene Regionalisierung der Aufsicht kann ein sinnvoller Weg sein, um die regulatorischen Hürden für erfolgreiche Verträge abzusenken.

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Aber vor allem: Wir sollten **nicht mehr von Regelversorgung sprechen und damit den heutigen Ist-Zustand mit all seinen Unzulänglichkeiten zum Maß der Dinge erklären.** Nicht in diesem Papier und auch sonst nicht. **Patientenzentrierte Versorgung** sollte unser aller Zielbild sein. ■

Mut, Wille und Ziele sind gefragt

Dr. Wolfgang Klitzsch, Mitglied erweiterter Vorstand des BMC; Geschäftsführer a. D. Ärztekammer Nordrhein

Nach so viel abgewogenen, sachkundigen und differenzierten Erwägungen, sei den Autoren im Sinne vom Gregor dem Großen – „die Vernunft entfaltet dann besondere Wirkung, wenn ihr der Zorn zur Seite tritt" – ein weniger wohltemperiertes Nachwort gestattet.

Integrierte Versorgung gehört – neben der Prävention (im weitesten Sinne) – zu den schmerzlichsten, strukturellen Defiziten unseres guten deutschen Gesundheitswesens.

Seit fast einem halben Jahrhundert, spätestens seit dem KHG von 1972, mit dem der stationäre Bereich rechtlich separat gefasst wurde, hat es nicht an Anstrengungen gemangelt, im Interesse besonders der chronisch Kranken, die Gesundheitsversorgung auf Kooperation, Koordination und Integration auszurichten.

Da alle Versuche mehr oder weniger gescheitert sind, muss man systematische Ursachen vermuten, deren genauere Analyse eigene Anstrengungen wert wäre.

Die Gründe des Scheiterns liegen grob betrachtet in den „erfolgreichen" Bemühungen der beharrenden Kräfte (Implementationswiderstände), welche eine negative Bilanz der Veränderungen fürchteten, der meist hyperregulatorischen Anlage der Reformen (getreu der Erkenntnis, dass gesellschaftlicher Stillstand weniger durch Anarchie als durch präzise Verfolgung aller Vorschriften eintritt), der tiefsitzenden, mentalen Prägungen aller Akteur*innen, die im potentiellen Partner eher Konkurrenten, Gegner bestenfalls Bereiche für die Verschiebung von Morbidität sehen können, vor allem aber in mangelnder politischer Konsequenz zielorientiert auch gegen Widerstände Integrationsgebote durchzusetzen und nicht durch Halbherzigkeit, unternehmerische Energie und Enthusiasmus zu zerstören.

Ein echter Durchbruch lässt sich – davon sind die Autoren überzeugt – deshalb nur erreichen, wenn

1. der unbedingte politische Mut und Wille vorhanden ist und
2. ein klares Ziel für einen definierten Zeitpunkt im Rahmen einer überzeugenden Konzeption verfolgt wird.

Alle bisherigen Versuche waren geprägt von Halbherzigkeit, von Zweifeln durchzogen, boten im Implementationsprozess vielfältige Ansatzpunkte für Verzögerungen, Uminterpretationen, Komplexitätssteigerungen u. a. m., sodass die Boote der Reformation alle leckschlagen mussten.

Meist war das Ergebnis nicht mehr Integration, sondern komplexerer Grenzverkehr, Stress unter den Partnern, ja Vertiefung der Abneigung und Stabilisierung der wechselseitigen Ressentiments.

Klare politische Absicht und überzeugende Konzeption – wie könnte dies aussehen?

Unsere Idee:

Der Gesetzgeber setzt zunächst vornehmlich auf die Region als handlungs- und Integrationsort.

Die aktuelle Krise zeigt, dass regional differenzierte Strategien erforderlich sind, dass das Gesundheitswesen in die soziale Umgebung eingebettet ist, regionale Identitäten wachsen können, alle Partner unbedingt aufeinander angewiesen sind und sich langfristiges Denken und Handeln in lokalen Kontexten entwickeln kann.

Wenn dann die finanziellen Anreize – konsequente Belohnung der Zusammenarbeit – und klare regionale Entscheidungs- und Konfliktlösungsmechanismen diesen Ansatz stabilisieren, kann sich ein neuer Geist der Kooperation durch positive Erfahrung herausbilden.

Der Gesetzgeber steuert zudem über klare Ziele:

- Alle Regionen haben für ihre Bürger bis spätestens 2030 ein umfassendes Angebot Integrierter Versorgung anzubieten.
- Anreize, Monitoring, Lernprozesse, Entscheidungsverfahren, Managementkapazitäten können durchaus regional spezifisch ausgelegt sein, ebenso wie die Versorgungsformen sich unterscheiden dürfen. Unterschiede sind Lernoptionen für das System insgesamt.
- Ein solcher Ansatz setzt im Rahmen einer klaren politischen Kulisse auf die Intelligenz des Feldes und auf die Selbststeuerungskraft.
- Natürlich steht die absehbare informationelle Integration des Gesundheitswesens nicht im Widerspruch zu einem solchen konsequent regionalen Ansatz.
- Wenn nach fünf Jahrzehnten der politische Mut dazu fehlen sollte, tröstet nur noch die bittere Erkenntnis: „Herr, der du mir das Können genommen hast, nimm mir auch das Wollen!" ■

Integrierte regionale Versorgung und digitale Medizin müssen kein Widerspruch sein

Regional vs. global – welchen Beitrag liefert digitale Medizin?

Während das vorliegende Konzept die Vorteile einer integrierten regionalen Versorgung durch lokale Akteure beschreibt, bleibt die Rolle der digitalen Medizin lediglich ein geringfügig erwähnter Nebenaspekt. Zu Unrecht, denn virtuelle Versorgungslösungen sollten in der heutigen Zeit ein fester Bestandteil integrierter Versorgung sein, um Zukunftsfähigkeit zu gewährleisten. Dabei geht es nicht nur um die Vorteile digitaler Kommunikation und Datenerfassung, welche unbestritten die inter-

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

Laura Wamprecht, Geschäftsführerin von Flying Health

professionelle Zusammenarbeit erst in einem zeitgemäßen Format ermöglichen. Es geht darum den digitalen Sektor, der sich gerade entwickelt, von Anfang an ernst zu nehmen und einzubeziehen.

Virtuelle Primärversorgung als essenzieller Bestandteil regionaler integrierter Versorgung

Ein Versorgungsmodell, dass den Beitrag digitaler Medizin ignoriert, ist nicht zukunftsorientiert. Insbesondere bei einer langfristigen Perspektive über 10 Jahre hinaus muss der technische Fortschritt antizipiert und einbezogen werden – und dies nicht auf der Ebene von Tools, sondern auf der Ebene der Akteure. Seit Beginn der COVID-19 Pandemie beweisen Telemedizin-Anbieter tagtäglich ihren positiven Beitrag zur medizinischen Versorgung. Dabei entwickeln sich erste Akteure zu ernstzunehmenden Anbietern von virtueller Primärversorgung (vPV). Damit haben sie das Potenzial, analoge Strukturen wie Praxen und Kliniken zu entlasten und eine moderne Art der medizinischen Leistungserbringung anzubieten. Derzeit erleben wir live, wie sich der digitale Sektor auf Basis neuer rechtlicher Rahmenbedingungen formiert und die Akteure vervollständigen ihr Angebot. Wer den Anspruch hat, eine ganze Region medizinisch zu versorgen, darf nicht die Augen davor verschließen, dass beispielsweise Telemedizinplattformen, digitale Disease Management Programme und Online-Apotheken für bestimmte Zielgruppen die Versorgung der Wahl sind und sein werden. Hier stellt sich auch die Frage der Wettbewerbsfähigkeit der integrierten Versorgungsregionen – auf welchen Populationsmix ist auch dieses Konzept angewiesen, um Risiken und Morbiditätsstrukturen zu balancieren? Würde das Modell funktionieren, wenn einzelne Zielgruppen sich dem Beitritt verweigern, weil sie lieber digital versorgt werden? Gebe es auch die Möglichkeit einer rein virtuellen integrierten Versorgungsregion? Der Ansatz der integrierten Versorgung und die skizzierten Strukturen könnten zudem der Schlüssel zum Erfolg sein, wenn es darum geht, online und offline Medizin bestmöglich zu verzahnen – eben zu integrieren. Und möglicherweise sind die integrierten Versorgungsregionen sogar dafür offen, virtuelle Arztsitze einzuführen, wenn diese den Bedarf der eigenen Population am besten gerecht werden.

Globaler Markt mit regionalem Impact

Digitale Technologien sind nicht ortsgebunden. Sie überwinden räumliche und zeitliche Grenzen, wodurch Dienstleistungen überall rund um die Uhr verfügbar gemacht werden können. Ein großer Vorteil, der sich auch in der medizinischen Versorgung bewährt. Damit sind digitale Märkte auch immer globale Märkte. Wenngleich Kostenerstattung und Zulassungsverfahren für digitale Medizin häufig noch nationalen Rahmenbedingungen folgen, ist das Mindset eines ohne Grenzen. Auf den ersten Blick ergibt sich für manche vielleicht ein Widerspruch zu dem Ansatz der integrierten regionalen Versorgung. Doch das Gegenteil ist der Fall: Mit dem Anspruch Menschen orts- und zeitunabhängig medizinisch zu versorgen können beide Seiten zueinander finden und Versorgungskonzepte entwickeln, die den Menschen in der Region und ihrer Vielfalt an Lebensstilen gerecht werden. So kann eine integrierte Versorgungsgemeinschaft mit einem starken, globalen Partner für digitale Gesundheitslösungen auch Menschen aus der Region bei beispielsweise kurz- und mittelfristigen Auslandsaufenthalten gut versorgen – sei es im Urlaub, dem Auslandssemester oder einer Dienstreise.

Digitale Messbarkeit ermöglicht maximale Transparenz und Datenqualität

Ein weiterer Grund, warum digitale Technologien und Anbieter digitaler Versorgungslösungen eine stärkere Beachtung finden sollten, ist die Messbarkeit. Basiert doch das Konzept auf der Messung des Outcomes für die Region, so braucht es effiziente Möglichkeiten diesen Outcome zu erfassen. Patient Reported Outcomes und Patient Reported Experience finden sich in dem Konzept an verschiedenen Stellen wieder und schlagen die Brücke zu den Anbietern digitaler Medizin. Diese arbeiten vom ersten Tag an auf Basis des Nutzerfeedbacks und der Daten, die sie fortlaufend erfassen. Traditionelle Akteure stehen hier erst am Anfang. Der Schulterschluss mit der Digital Health Szene kann helfen, die Themen Messbarkeit und Transparenz stärker in dem Versorgungsansatz zu integrieren und eine qualitativ hochwertige Datenerfassung zu stärken. Da über digitale Technologien individuelle Outcome-Daten teils in Echtzeit erfasst werden können, gibt es frühzeitige Interventionsmöglichkeiten, was eine höhere Chance für einen besseres Outcome der gesamten Population ergibt. Auch wenn das Konzept die Auswahl einzelner digitaler Gesundheitsanwendungen und Tools weiterhin den einzelnen Akteuren in ihren derzeitigen Strukturen überlassen möchte, könnte es gerade bei den digitalen Lösungen auch sinnvoll sein, über regionale Ausschreibungen oder eine Listung präferierter Anbieter für die Partner einer integrierten Versorgungsgesellschaft nachzudenken und Vergleichbarkeit und effiziente Datenerfassung zu ermöglichen.

Fazit

Auch wenn auf den ersten Blick das Konzept der integrierten Versorgung auf regionaler Ebene wie ein Widerspruch zur grenzenlosen digitalen Welt anmutet, bietet die klug gestaltete Zusammenarbeit doch viele Vorteile, das Angebot im Sinne der Bevölkerung auszugestalten und gemeinsam einen Outcome und Wert zu schaffen, auf den das Konzept ausgerichtet ist. ■

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

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) 912 104

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
Schleunungdruck GmbH
97828 Marktheidenfeld

Bezug und Bedingungen
Jahresabonnement Print Inland*: € 154,– (inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Print Ausland*: € 174,– inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Online**: € 104,–
Schnupperabonnement Print (3 Ausgaben): € 33,– (inkl. Versandkosten)
* 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 (2-3 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:

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

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

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

medhochzwei
Online-Akademie

Akademie Mediathek Referenten Fachgebiete Verlag Kontakt FAQ Login

Das deutsche Gesundheitssystem verstehen

Suchen

Was bekommen Sie schon mit nur EINEM KLICK ?

Bei uns eine ganze Menge!

Dank der **aktualisierten und vollständig überarbeiteten, zweiteiligen On-Demand-Videoschulung „Das deutsche Gesundheitssystem verstehen“,** die einen **schnellen, zuverlässigen und präzisen Einstieg** in das Verständnis des deutschen Gesundheitssystems und seiner Spezifika garantiert.

- **mit Animationen**
- **mit einblendbaren Erläuterungen**
- **wahlweise mit Multiple-Choice-Fragen zur Wissensüberprüfung**

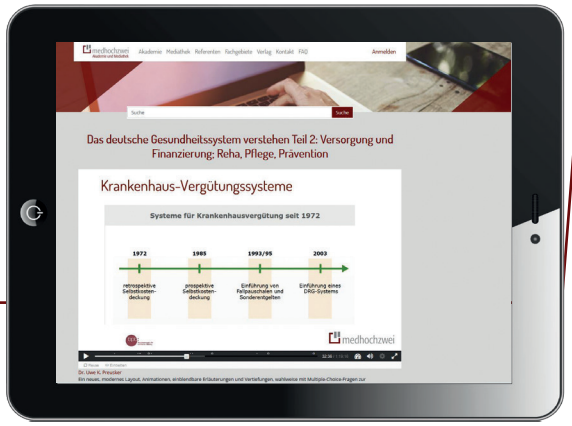
Das deutsche Gesundheitssystem verstehen:

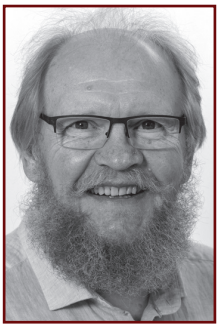
Teil I: Überblick, GKV und PKV, Rolle der Selbstverwaltung, G-BA

Kapitel 1: Der Aufbau des deutschen Gesundheitssystems und seiner wesentlichen Institutionen
Kapitel 2: Grundzüge und Unterschiede der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung
Kapitel 3: Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems
Kapitel 4: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) als Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV
Dauer: ca. 53 min.

Teil II: Versorgung und Finanzierung; Reha, Pflege, Prävention

Kapitel 1: Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung
Kapitel 2: Stationäre Versorgung und Krankenhaus-Vergütungssystem
Kapitel 3: Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
Kapitel 4: Rehabilitation, Pflege und Prävention
Dauer: ca. 79 min.





Dr. Uwe K. Preusker,
Referent der Videoschulung, ist ein ausgewiesener Kenner des deutschen Gesundheitssystems, Herausgeber und Hauptautor des mittlerweile in der 6. Auflage erschienenen „Lexikon des deutschen Gesundheitssystems“ sowie Autor des Buches „Das deutsche Gesundheitswesen verstehen“.

Sie haben Interesse an
Unternehmenslizenzen?
Schreiben Sie uns eine Mail oder rufen Sie uns an, wir erstellen Ihnen ein individuelles Angebot:

info@medhochzwei-verlag.de
06221 91496 0

Bestellung und Informationen unter www.medhochzwei-verlag.de/shop
Kombipreis Videoschulung on demand bei Buchung beider Teile: 99 € (statt 118 €)
Das deutsche Gesundheitssystem verstehen Teil 1 und 2: je 59,00 €

Abgerufen am 22.01.2021 von 'medhochzwei_57272' ('medhochzwei_57272')

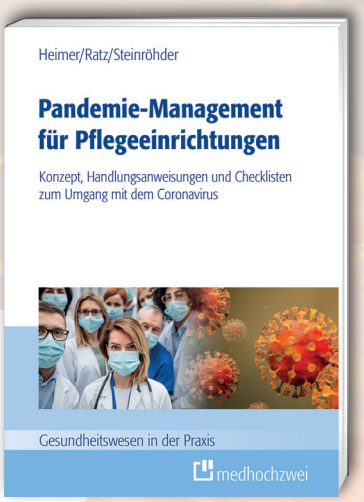
medhochzwei

Februar 2021

- **Rechtliche Rahmenbedingungen**
- **Bewertung von Datenschutz und Datensicherheit**
- **Digitale Köpfe hinter den Technologien**

Jorzig/Matusiewicz (Hrsg.)
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
Rechtliche Grundlagen, digitale Technologien und digitale Köpfe
Erscheint 2021. Ca. 260 Seiten. Softcover.
€69,99. ISBN 978-3-86216-761-6.

Eine zukunftsrelevante Thematik für die gesamte Gesundheitsbranche!



Heimer/Ratz/Steinröhder
Pandemie-Management für Pflegeeinrichtungen
Konzept, Handlungsanweisungen und Checklisten zum Umgang mit dem Coronavirus
2020. 160 Seiten. Softcover.
€59,99. ISBN 978-3-86216-765-4.

- **Implementierung eines Pandemie-Managementsystems**
- **Fokus liegt auf Sars-CoV-2 und COVID-19**
- **Trägerübergreifende Konzeption**
- **Strukturierte Checklisten**

Kompetenzmodelle für die Pflege

Bettig (Hrsg.)
Kompetenzmanagement für die erfolgreiche Personalarbeit in der Pflege
2020. 256 Seiten. Softcover.
€49,99. ISBN 978-3-86216-718-0.

Leitfaden • Implementierung • Praxisberichte • Herausforderungen • Skill- und Grade-Mix