

Leseprobe

Innovating Healthcare – Wie Start-ups gemeinsam mit Krankenkassen im Gesundheitsmarkt durchstarten

Brandt, Waldschmitt

medhochzwei Verlag, Heidelberg 2023
ISBN 978-3-86216-964-1, 255 S., 49 €

 medhochzwei



Vorwort

Seit 2017 unterstützen wir Digital-Health-Start-ups mit unserem „Krankenkassen-Joint-Venture“, dem Healthy Hub, auf ihrem Weg in den deutschen Gesundheitsmarkt. In regelmäßig stattfindenden Wettbewerben können Gründerinnen und Gründer* sich mit ihren innovativen Ideen um eine Partnerschaft mit der BIG direkt gesund, der IKK Südwest, der mhplus Krankenkasse sowie der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse bewerben. Darüber hinaus bieten wir Workshops an, in denen sich Jungunternehmer über Marktbesonderheiten sowie die GKV-Welt informieren und mit Gleichgesinnten zusammenkommen. In seiner Zielgruppe ist der Healthy Hub inzwischen zu einer gefragten Institution geworden. Nach unzähligen Gesprächen und mehreren Hundert Geschäftsmodellanalysen haben wir allerdings festgestellt, dass das Wissen um wesentliche Funktionsprinzipien des Gesundheitsmarkts und auch der Krankenkassen oft nur schwach ausgeprägt ist. Diese Lücke wollen wir mit diesem Buch schließen. Unser zentrales Anliegen: Eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung im kooperativen Schulterschluss zwischen Start-ups und Krankenkassen!

Der primär adressierte Leser ist innovativer (Jung-)Unternehmer und möchte mit seiner Geschäftsidee den sog. ersten Gesundheitsmarkt erschließen. Mit knapp 90 % aller dort versorgten Patienten hält die GKV hieran den überwiegenden Anteil. Allerdings gelten in der GKV bisweilen andere „Spielregeln“ als in anderen Märkten, was die Markterschließung stark erschwert. Zudem werden Kaufentscheidungen hier nicht vom Patienten selbst, sondern vom Arzt (im Wege einer Verordnung) bzw. einer Krankenkasse (im Wege einer freiwilligen Kostenübernahme) getroffen. Im Hinblick auf Versorgungsinnovationen ist regelmäßig letzteres der Fall. Somit haben Partnerschaften mit gesetzlichen Krankenkassen sowie das

* Es wird großen Wert auf die Gleichberechtigung der Geschlechter gelegt. Das in diesem Buch im Folgenden verwendete generische Maskulinum wird ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit neutral für alle Geschlechter gleichermaßen verwendet.

Wissen, wie man hierzu kommt, für die Zielgruppe eine immense, in gewisser Hinsicht sogar existenzielle Bedeutung.

Das Buch bietet Orientierung beim Aufbau von Know-how über das GKV-Marktumfeld, die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen und deren Perspektiven. Hierdurch legt es einen Grundstein für nachhaltige Partnerschaften mit Kassen und hilft bei der Überwindung von Markteintrittsbarrieren. Insgesamt wollen wir hierdurch ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Start-ups und Krankenkassen fördern und die Diffusion sinnvoller Innovationen im Gesundheitswesen beschleunigen. All das kann zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung beitragen.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen!

Florian & Elmar

Stimmen aus dem Gesundheitsmarkt



„Die Kassen sind eine treibende Kraft im Digital-Health-Bereich und können jungen Unternehmen helfen, ihre Ideen in die Versorgung zu bringen. Genau dort, wo sie die Versorgung optimieren und den Patienten Nutzen stiften. Das tun wir seit Jahren gerne, weil unsere Versicherten gute und wegweisende Versorgungslösungen zu schätzen wissen.“

Peter Kaetsch, Vorstandsvorsitzender, BIG direkt gesund

„Mit etwa 640.000 Versicherten zählt die IKK Südwest zu den größten Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, Hessen und im Saarland. Ihrem Selbstverständnis als innovativer Systemgestalterin folgend, übernimmt sie proaktiv Verantwortung für die Gesundheitsversorgung von heute und von morgen. Die Förderung von Innovatoren und Start-ups hat hierbei höchste Priorität, liefern sie doch smarte Lösungen für zentrale Herausforderungen unserer Zeit. Das Buch nimmt die Leser mit hinter die Kulissen und gibt spannende Einblicke ins Innovationsmanagement der Krankenkassen. Hierdurch fördert es eine partnerschaftliche Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung auf Augenhöhe.“

Prof. Dr. Jörg Loth & Daniel Schilling, Vorstand,
IKK Südwest



„Was Krankenkassen für junge Innovatoren tun können, wird bisweilen vor lauter ‚DiGA‘ übersehen. Dabei haben wir Möglichkeiten, gemeinsam wirklich neue und innovative Wege zu gehen.“

Stefan Montag, Leiter des Bereichs Versorgung und Gesundheitsökonomie sowie Stellvertreter des Vorstands,
mhplus Krankenkasse

Inhalt

Vorwort	5
Stimmen aus dem Gesundheitsmarkt	7
Abbildungsverzeichnis	15
Abkürzungsverzeichnis	17
Executive Summary	23
1 Einführung in Gebiet und Buch	29
1.1 Zielgruppe und Gegenstand.....	29
1.2 Gesundheitswirtschaft und erster Gesundheitsmarkt	30
1.2.1 Definitive Abgrenzung.....	30
1.2.2 Ökonomische Eckdaten.....	32
1.2.3 Prägende Herausforderungen und Entwicklungen des Gesundheitswesens	35
2 Grundlagen der GKV	43
2.1 Die GKV und ihre Besonderheiten.....	43
2.1.1 Grundprinzipien und zentrale Akteure	43
2.1.2 Leistungen und Leistungserbringer	46
2.1.3 Finanzierung und Vergütung.....	55
2.1.4 Marketingmanagement in der GKV	59
2.1.5 Der Weg von Innovationen in die GKV	62
2.2 Krankenkassen und ihre Rolle in der GKV.....	66
2.2.1 Entwicklung der Krankenkassenlandschaft	66
2.2.2 Geschäftsmodell und ökonomischer Kontext	69
2.2.3 Aufbauorganisation und Zuständigkeiten.....	74
2.2.4 Innovationsmanagement aus der Krankenkassenperspektive	76

3	Marktzugang durch Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen	81
3.1	Chancen, Potenziale und Anwendungsbereiche	81
3.2	Typische Kooperationsgrundlagen	85
3.2.1	Satzungsleistungen	86
3.2.2	Selektivverträge	88
3.2.3	Innovationsfonds	95
3.2.4	Sonstige Innovationsförderung	100
3.3	Restriktionen	106
3.3.1	Medizinethik	106
3.3.2	Datenschutz und Datensicherheit	107
3.3.3	Vergaberecht	111
4	Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen – Hinweise aus der Praxis	113
4.1	Versorgung innovativ gestalten: die Versorgungsperspektive.....	113
4.1.1	Allgemeine Hinweise zum Einstieg	113
4.1.2	Innovationen im praktischen Versorgungsalltag denken ..	114
4.1.3	Versorgungslücken schließen und Versorgung verbessern	117
4.1.4	Versorgungsinnovationen in unterschiedlichen Leistungsbereichen	117
4.2	Merkmale erfolgversprechender Versorgungsinnovationen aus Kassensicht.....	128
4.2.1	Zielgruppe präzise definieren	128
4.2.2	Kundennutzen und -zufriedenheit schaffen	130
4.2.3	Partnernetzwerke knüpfen	132
4.2.4	Wirksamkeit nachweisen	133
4.2.5	Ökonomische Rahmenbedingungen der Kassen beachten	133
4.2.6	Auf die Kernleistung konzentrieren	136
4.3	Wichtige Nebenbedingungen erfolgversprechender Partnerschaften	137
4.3.1	Versorgungslösungen müssen einsatzbereit sein	137
4.3.2	Die Kassen müssen das Vergaberecht beachten	138
4.3.3	Outsourcing, Datenschutz, Datensicherheit & KI-Nutzung .	144
4.3.4	Integration von Versorgungslösungen in IT-Infrastrukturen	148
4.4	Vom Konzept zum Projekt	152
4.4.1	Welche Kasse ist die richtige?	152

4.4.2	Wer ist der richtige Ansprechpartner?	154
4.4.3	Wo sind die richtigen Ansprechpartner anzutreffen?	157
4.4.4	Das Team hinter der Versorgungslösung	159
4.4.5	Pitch Deck – der erste Eindruck zählt.....	160
4.4.6	Was darf von den Kassen erwartet werden?	164
4.4.7	Time to Market	166
4.4.8	Vermeidbare Fehler.....	168
4.4.9	Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern & der PKV.....	174
5	Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit – Evaluation aus Sicht der Krankenkassen	179
5.1	Bewertung des diagnostischen Nutzens	181
5.2	Bewertung des therapeutischen Nutzens	189
5.3	Bewertung des ökonomischen Nutzens.....	194
5.4	Qualitative Planungs- und Prozessevaluation	199
6	Erfolgreich kooperieren: Best-Practice-Beispiele	203
6.1	PREVENTICUS – Vorhofflimmern erkennen, Schlaganfälle vermeiden	203
6.1.1	Hintergrund, Gegenstand und Zielsetzung.....	203
6.1.2	Versorgungsnutzen	205
6.1.3	Umsetzung in Forschung und Praxis	210
6.2	DISQVER – Präzisionsmedizin in der Infektionsdiagnostik	211
6.2.1	Hintergrund, Gegenstand und Zielsetzung.....	211
6.2.2	Versorgungsnutzen	213
6.2.3	Umsetzung in Forschung und Praxis	217
6.3	SLTA – Kleiner Eingriff, große Wirkung: Minimalinvasive Epilepsie-OP	219
6.3.1	Hintergrund, Gegenstand und Zielsetzung.....	219
6.3.2	Versorgungsnutzen	220
6.3.3	Umsetzung in Forschung und Praxis	222
6.4	Fazit – Innovation durch Kooperation	223
	Quellen, weiterführende Literatur und Anmerkungen	225
	Die Autoren	255

Executive Summary

Kapitel 1: Einführung in Gebiet und Buch

Dieses Buch ist für all diejenigen gedacht, die das Gesundheitswesen voranbringen wollen. Sie wollen die unmittelbare Patientenversorgung weiterentwickeln und im Erfolgsfall zu einer Verbesserung der Effektivität und/oder Effizienz im jeweils adressierten Versorgungs- bzw. Indikationsbereich beitragen (im weiteren Verlauf wird dies als „Versorgungsinnovation“ bezeichnet). Ein Schwerpunkt liegt auf solchen Versorgungsinnovationen, die in der GKV etabliert werden sollen und für die systemseitig kein standardisiertes Markteintrittsverfahren existiert. Da die Gesundheitsversorgung in Deutschland für den weit überwiegenden Teil der Patienten in der GKV stattfindet (knapp 90 %), hängt die Markteinführung solcher Versorgungsinnovationen in besonderer Weise von erfolgreichen Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen ab. Die Krankenkassen treffen hier, stellvertretend für die bei ihnen versicherten Patienten, die „Kaufentscheidung“ und können Start-ups damit einen Zugang zum Gesundheitsmarkt bieten. Umgekehrt haben aber auch die Krankenkassen ein vitales Interesse an Kooperationen mit Healthcare-Start-ups und Innovatoren. Schließlich übernehmen sie eine wichtige Funktion als smarte „Problemlöser“ im Umgang mit den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens wie der Alterung der Gesellschaft, dem Fachkräftemangel oder dem Digitalisierungstau.

Kapitel 2: Grundlagen der GKV

Das Marktumfeld der GKV ist geprägt durch diverse Besonderheiten. So müssen Patienten für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in der Regel nicht selbst zahlen. Die Kosten übernimmt die Krankenkasse. Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos ist obligatorisch (allgemeine Krankenversicherungspflicht). Die Höhe des Versicherungsbeitrags richtet sich in der GKV nach dem Einkommen und nicht nach dem individuellen Erkrankungsrisiko (Solidaritätsprinzip). Die Versicherungsbeiträge stehen den Krankenkassen nicht 1:1 zur Verfügung, sondern gehen in einen Umverteilungsmechanismus ein (Morbi-RSA), der strukturelle Risikounterschiede zwischen den Kassen ausgleichen soll. Welche Leistung von welchem

Leistungserbringer zu welchem Preis erbracht werden kann, ist weitestgehend vorgegeben. Ebenso sind die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sowie der Marktzugang für Versorgungsinnovationen streng reguliert.

Die Krankenkassen befinden sich spätestens seit Einführung des Rechts auf freie Kassenwahl im Jahre 1996 im Wettbewerb. Eine wettbewerbliche Differenzierung über das Leistungsportfolio ist aufgrund des weitestgehend vorgegebenen Leistungsumfangs allerdings nur begrenzt möglich. Die wichtigsten Differenzierungsinstrumente einer Krankenkasse sind: Markenauftritt, Servicequalität, Zusatzbeitrag und Zusatzleistungen. Im Hinblick auf das Letztgenannte kommen Versorgungsinnovationen im Rahmen von Start-up-Kassen-Kooperationen ins Spiel. Entsprechende Ansprechpartner finden sich innerhalb der Unternehmensorganisation einer Krankenkasse üblicherweise im sog. Versorgungsmanagement, in größeren Kassen teilweise in spezialisierten Innovationsabteilungen. Anbieter von Versorgungsinnovationen sollten bei der Kassenansprache plausibel darlegen, inwiefern die Kasse mithilfe der Versorgungsinnovation einen Marketing-, Service- und Versorgungsnutzen realisieren kann.

Kapitel 3: Marktzugang durch Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen

Die Kooperation mit einer Krankenkasse birgt für Start-ups und Innovatoren vielfältige Chancen im Rahmen der Markterschließung:

- Sie erhalten Zugang zu Fachexperten und zum Kassennetzwerk.
- Die Reichweite der Kasse kann für die Zielgruppenansprache genutzt werden.
- Für die Evaluation der Versorgungsinnovation stehen „Echtdaten“ zur Verfügung (sog. Real World Evidence).
- Die Kooperation dient der Finanzierung des eigenen Geschäftsmodells.

Im streng regulierten Setting „GKV“ bedürfen solche Kooperationen, mit denen Versorgungsinnovationen in Verkehr gebracht werden sollen, natürlich einer einschlägigen Rechtsgrundlage. Die inzwischen gängigste ist ein sog. Selektivvertrag, oft auf Basis einer „besonderen Versorgung“ nach

§ 140a SGB V. Im Rahmen derartiger Verträge können Krankenkassen „selektiv“, also mit ausgewählten Leistungserbringern, eine besondere Versorgung ihrer Versicherten vereinbaren, die von der regulären Versorgung abweicht bzw. über diese hinausgeht. Auf diese Weise kann die GKV um neue Leistungen erweitert und von neuen Leistungserbringern erschlossen werden. Auch können neue Formen der Zusammenarbeit oder prozessuale Neuerungen erprobt werden. Vergütungsmodell und Vergütungshöhe können zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer individuell verhandelt werden. Im Selektivvertrag ist vieles möglich, internationale ethische Standards, technische Integrationserfordernisse sowie datenschutz- und vergaberechtliche Vorgaben sind jedoch auch hier zu beachten.

Kapitel 4: Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen – Hinweise aus der Praxis

Aus der Sicht der Krankenkassen stehen Versorgungsinnovationen nicht für sich alleine, sondern sind stets Teil eines bestimmten Versorgungszusammenhangs. Sie sind insbesondere dann für Krankenkassen interessant, wenn es gelingt, Versorgung zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen. Versorgungsinnovationen finden in den unterschiedlichen Leistungsbereichen der Kassen unterschiedliche Rahmenbedingungen vor. Mit diesen Rahmenbedingungen sollten sich Innovatoren frühzeitig beschäftigen. Erfolgreiche Versorgungslösungen zeichnen sich durch eine Reihe positiver Merkmale aus: Sie schaffen in ihren Zielgruppen ein hohes Maß an wahrgenommenem Nutzen und Kundenzufriedenheit, sie verfügen bereits über eine gewisse Evidenz und sie können auf ein Partnernetzwerk zurückgreifen, das an der Markteinführung mitwirkt. Erfolgreiche Innovatoren berücksichtigen zudem die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Kassen und konzentrieren sich zunächst auf ein klar beschriebenes Kerngeschäft.

Die praktische Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse beginnt mit einer Recherche, welche Kasse am besten für ein gemeinsames Projekt geeignet ist und welche Personen innerhalb der Kasse hierbei behilflich sein können. Die richtigen Ansprechpartner für Innovatoren sind oft auf einschlägigen Veranstaltungen anzutreffen. Bei der Kassenansprache ist ein kompaktes Pitch-Deck mit den wichtigsten Informationen in jedem Fall hilfreich. Wenn im Pitch-Deck und ggf. auch im Zuge der weiteren Zusammenarbeit klar

herausgearbeitet wird, inwiefern die Versorgungsinnovation auf die Bedürfnisse der Kasse „einzahlt“, ist dies ebenfalls sehr förderlich.

In der Gesamtschau unterscheidet sich Kapitel 4 insofern von den übrigen Kapiteln, als weniger theoretisch-generalisierend und mehr aus der persönlich erlebten Praxis berichtet wird, um dem Leser einen authentischen Einblick in die Gedanken- und Erfahrungswelt der Krankenkassen zu verschaffen.

Kapitel 5: Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit – Evaluation aus Sicht der Krankenkassen

Krankenkassen unterziehen die ihr angebotenen Versorgungsinnovationen einer sorgfältigen Prüfung. Diese erfolgt meist aus einer medizinischen und einer ökonomischen Perspektive. Anbieter sollten den medizinischen und ökonomischen Zusatznutzen im Vergleich zur Regelversorgung plausibel und nachvollziehbar darlegen, um die Chancen für eine Kooperation zu erhöhen. Idealerweise wurden bereits einschlägige Studien durchgeführt und publiziert. Es ist aber auch möglich, entsprechende Evidenz erst im Zuge der Kooperation mit Unterstützung der Krankenkasse zu schaffen. Zur Evaluation können dann auch die bei der jeweiligen Krankenkasse vorliegenden Versichertendaten (z. B. Diagnosen, Leistungsanspruchnahme, Versorgungskosten) genutzt werden.

Im Hinblick auf die medizinische Bewertungsperspektive kann grob zwischen diagnostischen und therapeutischen Versorgungsinnovationen unterschieden werden. Mithilfe diagnostischer Innovationen können bestimmte Erkrankungen genauer identifiziert werden, während therapeutische Innovationen den Behandlungserfolg verbessern. In ökonomischer Hinsicht ist von Interesse, ob sich durch die Versorgungsinnovation Kosteneinsparungen realisieren lassen. Das heißt nicht, dass die Innovation selbst kostengünstiger sein muss, sondern es kommen auch Einsparungen durch vermeidbare Folgekosten in Betracht. Begleitende qualitative Erhebungen in der Versorgungspraxis können wichtige Erkenntnisse zur Integrierbarkeit der Innovation in bestehende Versorgungsroutinen liefern.

Kapitel 6: Erfolgreich kooperieren – Best-Practice-Beispiele

Da konkrete Beispiele stets das Verständnis fördern, werden drei Beispiele für Versorgungsinnovationen vorgestellt, die im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140a SGB V kooperativ umgesetzt werden:

- das Smartphone-basierte RhythmusLeben-Screening zur Schlaganfallprävention,
- das präzisionsmedizinische DISQVER-Verfahren zur Infektionsdiagnostik,
- die minimalinvasive SLTA-Methode zur operativen Behandlung bestimmter Epilepsien.

Die genannten Beispiele demonstrieren die vielfältigen Möglichkeiten selektivvertraglicher Kooperationen, decken sie doch ganz unterschiedliche Bereiche der Gesundheitsversorgung ab: ambulant und stationär, präventiv und kurativ, diagnostisch und therapeutisch, digital und „analog“. Im Hinblick auf alle Beispiele haben die jeweiligen Anbieter plausibel dargelegt, wie Patienten, Behandler und Krankenkassen hiervon im Sinne einer Win-win-Situation profitieren.

3 Marktzugang durch Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen

3.1 Chancen, Potenziale und Anwendungsbereiche

Der Bedarf zur Kooperation von Innovatoren mit gesetzlichen Krankenkassen beim Marktzugang ergibt sich aus der in Abschnitt 2.1.1 beschriebenen Dreiecksbeziehung zwischen Patient, Behandler und Krankenkasse.¹ Leistungen, die Krankenkassen nicht finanzieren, werden Behandler häufig nicht anbieten und Patienten nicht in Anspruch nehmen. Eine Kooperation mit einer Krankenkasse kann deshalb einen maßgeblichen Einfluss auf die Nachfrage nach einer Versorgungsinnovation haben.



TIPP

Eine Krankenkasse hat in Bezug auf Versorgungsinnovationen gewissermaßen die Rolle eines Großkunden. Sie trifft die Kaufentscheidung stellvertretend für alle betroffenen Personen, die bei ihr versichert sind.

Weiterhin sind Kassen in der Regel federführend, wenn es darum geht, neue Versorgungsstrukturen zu etablieren, in denen die Versorgung der Patienten stattfindet. Somit sind sie maßgebliche Gestalter im ersten Gesundheitsmarkt. Darüber hinaus können sich aus einer solchen Kooperation noch weitere wichtige strategische Chancen für Innovatoren ergeben. Diese sind bspw.:

- Zugang zu einschlägigen Fachexperten innerhalb der Krankenkasse sowie zu weiteren Akteuren aus dem Netzwerk der Krankenkasse und damit zu marktspezifischem Know-how.
- Bei der Zielgruppenansprache kann die Reichweite der Kasse genutzt werden, da sie über ein Potenzial von vielen Tausend oder sogar mehreren Millionen Versicherten verfügt und in der Regel auch daran interessiert ist, eigene Gesundheits- und Versorgungslösungen erfolgreich zu vermarkten.
- Die Innovation kann in der realen Versorgung erprobt und weiterentwickelt werden. Dabei wird auch sog. Real World Evidence, d. h. Wirksamkeitsnachweise unter „Echt-Bedingungen“, generiert.

Eine Kooperation mit einer Krankenkasse kann somit in vielerlei Hinsicht sinnvoll sein. In Bezug auf die Evidenzgenerierung ist auch erwähnenswert, dass Kassenkooperationen auch Sekundärdatenforschung zur Versorgungsinnovation ermöglichen können. Krankenkassendaten zeichnen sich durch eine große Datenbreite aus. So werden – neben sog. Stammdaten wie Kontakt- und Adressdaten, Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus – systematisch alle ärztlich gestellten Diagnosen sowie zulasten der GKV in Anspruch genommene Leistungen (inkl. des Leistungszeitpunkts sowie der hierfür gezahlten Vergütungsbeträge) erfasst. Diese sog. Routinedaten liegen jeder Krankenkasse vor und sind Grundlage der Zahlungen in Richtung der Leistungserbringer.



INFORMATIONEN

Grenzen der Kassendatenanalyse ergeben sich aus der eher geringen Datentiefe, einer gewissen Ungenauigkeit sowie einer unzureichenden Aktualität dieser Daten. So liegen zwar die ärztlich gestellten Diagnosen vor, jedoch keine näheren Angaben zum Schweregrad oder zu hiermit verbundenen Lebensqualitätseinbußen. Weiterhin sind zwar Vergütungs- und Abrechnungsdaten für die in Anspruch genommenen Leistungen verfügbar, jedoch keine Informationen zu deren tatsächlicher Nutzung. Ob bspw. ein abgerechnetes Medikament vom Patienten tatsächlich einge-

nommen wurde, ist nicht bekannt. Die Daten sind zudem erst mit Verzug verfügbar. Insbesondere Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung liegen oft erst mit monatelanger Verzögerung vor. Grund ist das indirekte Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies macht „Echtzeitanalysen“ unmöglich.²

In welchen Fällen eine Direktkooperation mit einer Krankenkasse typischerweise Sinn macht, wenn Versorgungsinnovationen in die GKV gebracht werden sollen, und in welchen Fällen nicht, ist in Abbildung 3.1 beschrieben.

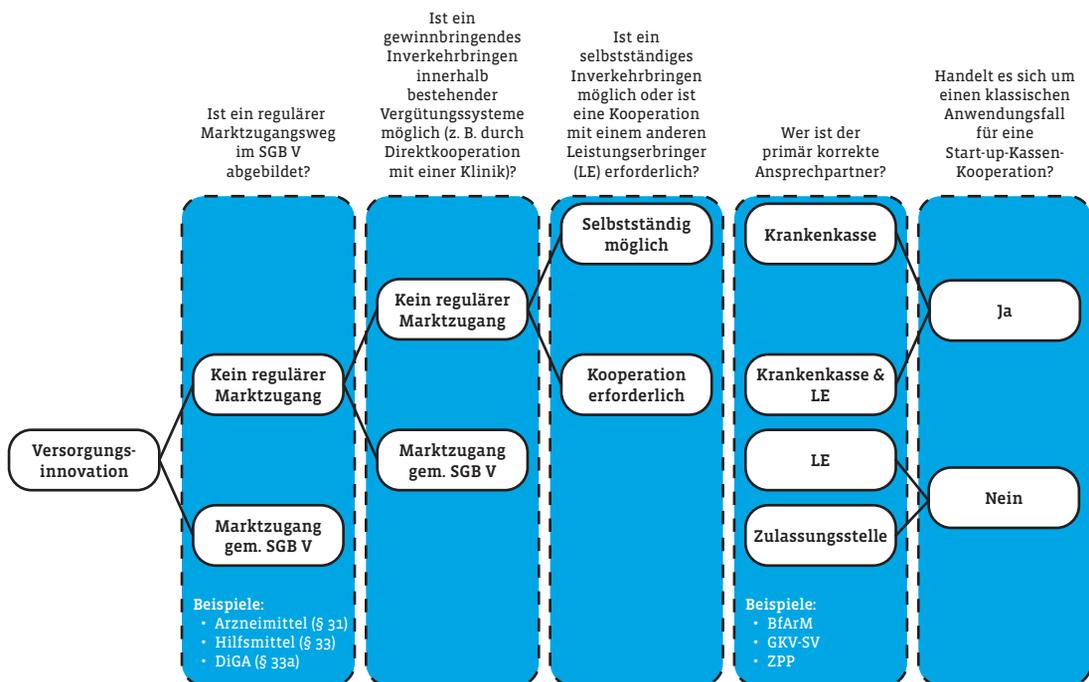


Abb. 3.1: Klassische Anwendungsfälle von Start-up-Kassen-Kooperationen

Quelle: Eigene Darstellung.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine entsprechende Kooperation mit einer Krankenkasse (z. B. per Selektivvertrag) dann eine relevante Markt-

Die Autoren



© Foto: privat

Dr. Florian Brandt, M.Sc.

Dr. Florian Brandt, M.Sc. beschäftigt sich als Health Innovation Manager bei der IKK Südwest mit der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung neuartiger Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Zusätzlich zu seiner beruflichen Tätigkeit forscht und publiziert er zu aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Themen. Zuvor absolvierte er ein Studium der Wirtschaftswissenschaften und eine Promotion in theoretischer Medizin an der Universität des Saarlandes.



© Foto: Dieter Menne

Dr. Elmar Waldschmitt

Dr. Elmar Waldschmitt absolvierte eine Ausbildung zum Industriekaufmann in der Konsumgüterindustrie sowie ein Studium der Volkswirtschaftslehre in Marburg und Waterloo/Kanada mit anschließender Promotion. Seit 2007 ist er im Gesundheitswesen bei der BIG direkt gesund tätig, derzeit als Vorstandsbeauftragter Strategie, digitales Innovationsmanagement und Politik sowie seit 2017 als Geschäftsführer des Healthy Hub. Vorangehende berufliche Stationen: Deutscher Bundestag, Die Familienunternehmer e. V.