ISSN 2193-4479
D 24953
11. Jahrgang

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

7-8/2022

Kostenlose Jubiläumsausgabe

- Gesundheitsversorgung – Neue Wege
- VitaBuddy-App aus der Pfalz
- Telemonitoring
- Bürgerversicherung
- EKG-Serviceplattform

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

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

www.welt-der-krankenversicherung.de

medhochzwei

BITMARCK®

Die Data.Science.Factory

Agile KI-Entwicklung für die gesetzliche Krankenversicherung

- Gemeinsame Entwicklung innovativer und datengetriebener Lösungen
- Vernetzung von Krankenkassen, Partnern und BITMARCK in crossfunktionalen Teams
- Konkrete Kundenprobleme stehen im Mittelpunkt
- Priorisierung und Auswahl der Themen mit Kunden
- Lernendes System: nachhaltig und ganzheitlich angelegt

Noch Fragen? Dann wenden Sie sich gerne an vertrieb@bitmarck.de

Prolog

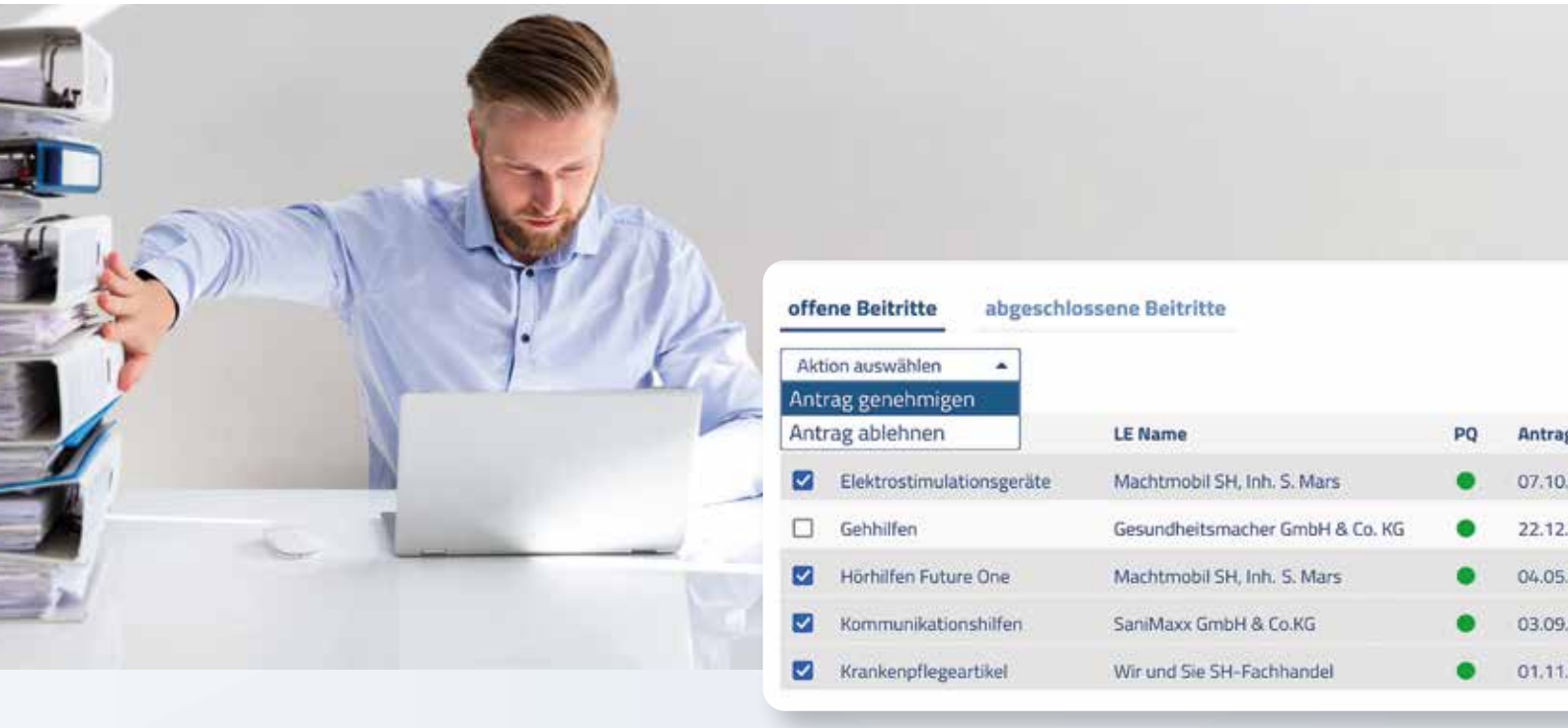
Zehn gute Jahre jung und immer noch im Branchenschwung

Wir feiern in diesem Jahr erstmalig einen wunderbaren Geburtstag. Unser putzmunteres Baby WELT DER KRANKERNVERSICHERUNG ist nämlich 10 Jahre alt geworden. Und wenn eine Zeitschrift wie die Unsere in einer Branche, die beständig im Umschwung ist, so alt wurde und sich immer noch hart am Themenwind orientiert, sollte man das feiern und ein wenig würdigen, vielleicht auch neue Kleider besorgen, da man aus den alten auch schnell rauswachsen kann. Als Stunde der Befruchtung ist eine konzeptionelle Idee anzusehen, die im September 2011 im Gespräch mit der Verlagschefin Julia Rondot auf fruchtbaren Boden gefallen ist. Mir schwebte eine Zeitschrift vor, die eine unabhängige, mediale Brückenfunktion für die komplette Themenwelt der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und ihrer Vertragspartner in der Branche und auf der gesundheitlichen Leistungsseite einnehmen kann. Dazu sollten erfahrene und in Praxis, Politik und Wissenschaft verantwortliche Autorinnen und Autoren gewonnen werden, die zu allen drängenden Themen der Branche mit authentischen, anspruchsvollen, praxis- und zukunftsorientierten Beiträgen, Standpunkten und für Gespräche darüber im Klartext zur Verfügung stehen. Ein Branchenweit bekannter Herausgeber-Beirat wirkt an der konzeptionellen und thematischen Umsetzung und Themenplanung mit, ohne Richtungseinfluss zu nehmen. Seit Anfang 2012 erscheinen wir auf dieser Basis zehnmal pro Jahr in einem überschaubaren und thematisch gemischten Umfang, keine bunte Welt, keine generische Anmutung, keine Monothemen, schlicht und anspruchsvoll sollte die Zeitschrift sein. In bisher 105 Ausgaben mit etwa 525 Hauptbeiträgen und ca. 2200 Meldungen und Nachrichten in den vier Rubriken „Leistungen und Verträge", „Recht und Gesetz", „Europa und Internationales" wie auch „Köpfe und Karrieren" ist uns das erfreulicherweise gut gelungen. Zusätzlich platzieren wir monatlich einen Newsletter mit ergänzenden Themen, Standpunkten und einer Grafik des Monats. Und im Jahre 2018 haben wir in Kooperation mit dem medhochzwei Verlag als zusätzliche Plattform die ganztätigen Heidelberger Foren Gesundheitsversorgung zu wichtigen Perspektiven-Themen der Branche aus der Taufe gehoben, die in diesem Jahr sehr erfolgreich zum 5. Mal stattfinden konnten. Alles in allem sind wir stolz auf das Erreichte. Vor Ihnen liegt nun das Heft in der neuen, modernen und klaren Anmutung, ebenfalls ohne besonderen Schnick-Schnack, schlicht, sympathisch, übersichtlich und leicht lesbar. Darauf kommt's uns an. Denn das wichtigste bleiben die Themen. Und die werden es nach wie vor in sich haben. Wir stehen in der Branche aufgrund der strukturellen, prozessualen und finanziellen Dimensionen, der dringenden Notwendigkeit einer durchlässigen, patientenzentrierten Versorgung vor Ort und des unterstützenden Potentials von Digitalisierung, Künstlicher Intelligenz und dem ebenfalls damit verbundenen Potential an Innovationen in Sachen Gesundheit vor Umbrüchen und Transformationen. Wir werden das Monat für Monat aufgreifen. Ich freue mich drauf, denn das, was in dieser Branche passiert, ist für die Menschen wichtig.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich, bleiben Sie uns gewogen

Ihr Rolf Stuppardt

ONLINE-
BEITRITTSMANAGER



DAS KOMPLETTE BEITRITTS- UND VERTRAGSMANAGEMENT: ONLINE UND EINFACH WIE NIE ZUVOR

Der Online-Beitrittsmanager (OBM) ist Ihre Lösung für effiziente eProzesse im Vertragswesen: Digitales Beitrittswesen und elektronische Vertragsverwaltung schaffen echte Arbeitsvereinfachung.

- Unkomplizierter Onlinebeitritt für Leistungserbringer und Verbände
- Präqualifizierungsprüfung bereits an Bord
- Automatisierte Erfassung statt manueller Prüfung
- Stets volle Übersicht über die eingegangenen Einträge
- Automatischer Call-to-Action bei Vertragsanpassungen
- Beitrittsmanagement mit großen Leistungsgemeinschaften
- Gesicherte wohnortnahe Versorgung
- Schnittstellen zu den Krankenkassen-Kernsystemen

Eine Lösung der HMM Deutschland GmbH

WWW.HMMDEUTSCHLAND.DE/OBM
ODER E-MAIL AN
KT-VERTRIEB@HMMDEUTSCHLAND.DE

Inhalt

161 **Prolog: Zehn Jahre jung und immer noch im Branchenschwung**
DIE WELT DER KRANKENVERSICHERUNG feiert Geburtstag. 10 Jahre sind wir jung und immer noch im Branchenschwung. Rolf Stuppardt beleuchtet Geschichte, Konzept und Perspektiven.

164 **Neue Wege in der Gesundheitsversorgung – fünf gute Gründe**
Die Zeit ist herausfordernd wegen der Aufarbeitung und Folgen der jüngsten Krisensituationen im Gesundheitswesen, sicher aber auch wegen der Defizite und die Anforderungen an künftige Finanzierung. Sie ist aber auch gerade deswegen reif für gänzlich neue Wege. Dr. Holger Friedrich und Birgit Fischer diskutieren fünf gute Gründe.

169 **Die VitaBuddy-App der BKK Pfalz – Fürsorge, Vorsorge und Innovation**
Mit gerade mal rund 165.000 Versicherten ist die BKK Pfalz nicht unbedingt ein „BigPlayer" in der Welt der gesetzlichen Krankenversicherung. Umso erstaunlicher ist es, dass gerade aus Ludwigshafen, wo die BKK Pfalz ihren Sitz hat, erstaunlich innovative Services und Produkte in die GKV gebracht werden. Andreas Lenz stellt im Nachfolgenden die VitaBuddy-App vor.

173 **Telemonitoring muss schneller in die integrierte Versorgung gelangen**
Im Rahmen der patientenzentrierten Versorgung chronisch erkrankter Menschen stellen Telemedizin und Telemonitoring flexible Möglichkeiten der informierten, datenbasierten Kommunikation dar und können dazu beitragen, strukturelle Versorgungsdefizite zu beseitigen und Kostenvorteile zu generieren. Sabine Mertsch, Annette Hempen, Prof. Dr. Christoph Schöbel und Dr. Annette Mehler sprechen sich für einen schnelleren Zugang in die Regelversorgung aus.

180 **„Nichts ist stärker als eine Idee, deren Zeit gekommen ist!" – Auch Victor Hugo kann einmal irren – Die Bürgerversicherung als Beleg**
Die Debatte über die Finanzierungsprobleme, die nicht nur, aber vor allem auf die Gesetzliche Krankenversicherung lawinenartig zurollen, ist bereits in vollem Gange. Dr. Helmut Platzer fragt sich allerdings, warum noch kein Umschalten aus der tagespolitisch-finanztechnischen Ebene heraus in den ordnungspolitischen Modus stattgefunden hat, und versucht sich an einem Fingerzeig.

184 **Neu + Nützlich: MySmartHeart (MSH) – Innovative EKG-Serviceplattform**
In der Schweiz ist ein smartes Verfahren im Bereich Herz-Kreislauferkrankungen bereits gut etabliert. In Deutschland fasst es auch bereits Fuß. MSH erkennt einfach und sicher Herzrhythmusstörungen mit Hilfe von smarten EKG-Sensoren und künstlicher Intelligenz – bei geringen Kosten, betrieben von MSH Medical Europe. Wir haben das getragen und fanden die Auswertungen sehr dezidiert und nützlich.

Leistungs- & Vertragswelt 189

Recht und Gesetz 190

Europa & Internationales 191

Impressum 192

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage des 21. Europäischen Gesundheitskongresses München bei. Wir bitten um Beachtung.

Neue Wege in der Gesundheitsversorgung – fünf gute Gründe

Von Dr. Holger Friedrich, Berlin[1] und Birgit Fischer, Bochum[2]

Die Zeit ist herausfordernd wegen der Aufarbeitung und Folgen der jüngsten Krisensituationen im Gesundheitswesen, sicher aber auch wegen der Defizite und der Anforderungen an künftige Finanzierung. Sie ist aber auch deswegen reif für gänzlich neue Wege. Unser Autorenteam diskutiert fünf gute Gründe

Die Diskussion um neue Wege in der Gesundheitsversorgung gewinnen an Bedeutung, je deutlicher sich Mängel und Hemmnisse in der Versorgung abzeichnen, neue Möglichkeiten der Qualitätsverbesserungen und Früherkennung erkennbar werden und innovative Technologien neue Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten eröffnen.

Schon seit den 90er-Jahren und aktuell vor allem im Rahmen des Innovationsfonds (seit 2016 im Kontext des VSG – Versorgungsstärkungsgesetz) gibt es viele erfolgreiche Projekte und Ansätze für integrierte Versorgungsmodelle, die trotzdem an unseren Sektorengrenzen und der jeweils spezifischen Finanzierung, am hohen Wettbewerbsdruck und mangelnder Flexibilität für Vernetzungen langfristig gescheitert sind, bzw. den Weg in die Regelversorgung nicht gefunden haben. Zugleich gibt es regionale Beispiele, die zeigen, welche systemischen Veränderungen angepackt werden müssen, um von den Vorteilen einer vernetzten, transsektoralen und integrierten Gesundheitsversorgung zu profitieren.

Die Zeit ist reif für neue Versorgungsformen – fünf gute Gründe

Bis es soweit ist, dass gesagt wird: „Die Zeit ist reif für Veränderungen", ist i. d. R. viel passiert und viele Praxiserfahrungen (erfolgreiche und gescheiterte) haben zu neuen Erkenntnissen geführt.

Inzwischen gibt es zahlreiche Erfahrungen und erfolgreiche Versorgungsmodelle. Die Zeit für umfassende Strukturreformen und Veränderungsschritte ist reif, weil die Gesundheitsversorgung von morgen präventiv, patientenorientiert und digital sein wird. Damit verbunden ist nichts weniger als ein Paradigmenwechsel: Weg von der Konzentration auf Krankenbehandlung hin zur Gesunderhaltung der Menschen; weg von der 1:1 Beziehung zwischen Ärzt*innen/Therapeut*innen einerseits und Patient*innen andererseits hin zu einer 1:n Beziehung, welche die Belange der Patient*innen in den Mittelpunt stellt und alle erforderlichen Akteure an der Behandlung beteiligt; weg von einer primär analogen Kommunikation und Behandlung hin zu einer digitalen Leistungserbringung. Warum diese Veränderungsprozesse notwendig sind, zeigen fünf einfache Sachverhalte:

- Patient*innen wünschen und spielen eine stärkere, aktive Rolle in eigener Sache. Sie nehmen heute vielfach Früherkennung und Behandlung selbst in die Hand. Zugleich wünschen sie eine aktive Beteiligung von Angehörigen.

1 Dr. Holger Friedrich ist Gründer und Geschäftsführer DiGA-Factory/Pathways, Berlin. Holger Friedrich ist zertifizierter Gesundheitsökonom und promovierter Politikökonom. Er verfügt über langjährige Erfahrung in leitenden Funktionen in der Industrie und im Gesundheitswesen

2 Birgit Fischer ist Gesundheitsministerin a.D. in NRW, sie war Vorstandsvorsitzende der BARMER in Wuppertal und Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) in Berlin

- Therapien, welche rein sektorspezifisch erbracht werden, verkennen, dass Krankheiten Sektorengrenzen nicht kennen und mangels passgenau definierter Schnittstellen und Überleitsystem unnötige Mehrfachbehandlungen erfolgen und relevantes Wissen verloren geht.
- Integrierte Versorgungsmodelle holen die Menschen da ab, wo sie leben, Untersuchungen und Behandlungen können somit endlich leitlinien- und bedarfsgerecht erfolgen.
- Die Strukturen im Gesundheitswesen erinnern vielerorts an autoritäre Herrschaftssysteme: sie sind starr, hierarchisch und eindimensional (ökonomisch), weshalb die Unzufriedenheit unter vielen Gesundheitsberufen stetig steigt.
- Die Erfahrungen mit Corona haben dazu beigetragen, dass Kommunen und Gemeinden ihre Bedeutung und die Rolle, die sie für die Gesundheit übernehmen müssen, deutlich geworden sind. Die Verantwortung, die gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung für die Gesunderhaltung der Menschen, muss auf verschiedenen Ebenen wahrgenommen werden, die Bedeutung der regionalen Ausrichtung steigt zunehmend.

Paradigmenwechsel von der Krankheit zur Gesundheit und zu regionalen Versorgungsnetzen statt der Abhängigkeit von isoliertem Expertenwissen gewinnen an Bedeutung

Die Bereitschaft, gemeinsam neue Wege zu gehen, ist kontinuierlich gewachsen. Patient*innen möchten anders behandelt werden und Ärzt*innen und Therapeut*innen möchten anders behandeln. Das Ringen um Prioritäten und die richtigen regionalen Lösungen hat begonnen. In den Fokus rücken dabei nicht allein die Therapie von Krankheiten, sondern ebenso die Gesundheit und der Lebensraum der Menschen in ihrer Region.

Leistungsanbieter stehen vor der Herausforderung, neue Versorgungsformen und Geschäftsmodelle zu entwickeln, die skalierbar sind für die Regelversorgung. Doch niemand wird allein Lösungen finden und Veränderungen bewerkstelligen können. Nur gemeinsam entwickelte Versorgungsmodelle mit verschiedenen Leistungsanbietern unter Beteiligung von Patient*innen schaffen die Akzeptanz und Freiheit, neu zu denken und den jeweiligen Interessen gleichermaßen gerecht zu werden.

Es geht darum, Entwicklungschancen in unserem Gesundheitssystem aufzuzeigen für mehr Gesundheit und für eine stärkere Patientenorientierung, größere Berufszufriedenheit sowie bessere Versorgungsqualität durch das Nutzen des vorhandenen Wissens.

Übereinstimmend sind dabei

- eine stärkere Kooperation und Vernetzung,
- mehr Patientenorientierung und individuelle Versorgung
- sowie vernetzte Versorgungsstrukturen wichtig – mit einer starken, verantwortlichen Rolle der Regionen für Gesundheit.

Vom Zielbild ausgehend, dass die Gesundheitsversorgung präventiv, digital patientennah und somit regional zu organisieren ist, können die notwendigen Veränderungsprozesse eingeleitet werden. Auf folgenden Ebenen müssen diese umgehend angegangen werden.

Neue Versorgungsformen müssen vernetzen und brauchen individuelle und regional passgenaue Lösungen

In einer zunehmend komplexen und vernetzten Welt kann es keine einfachen, arbeitsteilig zusammengetragenen Lösungen geben. Lösungswege wird es nur in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenwirken sowie mit der Einbeziehung und Beteiligung der Patient*innen geben … und zwar von Anfang an. Das bedeutet für eine zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems, dass sich Weiterentwicklungen nicht primär an den Interessen des Systems, d. h. der einzelnen Institutionen und Organisationseinheiten ausrichten dürfen, sondern die besten Lösungen für den Versorgungsbedarf eines Patienten bzw. einer Patientin als Maßstab im Blick haben muss.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen notwendige Veränderungen in den nachfolgenden Handlungsfeldern der Gesundheitsversorgung auf:

- Prävention, Früherkennung und Rehabilitation nachhaltig fördern
- Patienten leitlinien- und bedarfsgerecht versorgen und sachgerecht informieren
- Versorgung sektorübergreifend und interdisziplinär gestalten
- Innovationen fördern, Telemedizin und Telemonitoring ausbauen
- Entscheidungsprozesse in der Gemeinsamen Selbstverwaltung vereinfachen

1. Prävention, Früherkennung und Rehabilitation nachhaltig fördern

Ein Viertel der Menschen in Deutschland ist chronisch krank. Die damit verbundene individuelle und kollektive Krankheitslast ist enorm. Allerdings konzentrieren wir derzeit alle Mittel auf Krankenbehandlung. Dabei sollte

die **Prävention** einen neuen Stellenwert erhalten: Es geht darum chronische Erkrankungen zu verhindern oder zumindest ihren Verlauf und der Ausbildung von assoziierten Erkrankungen vorzubeugen oder diese abzumildern. Auf viele Aspekte der Primärprävention wird bereits geachtet: Nicht-Rauchen, gesunde Ernährung, Bewegung und Stress-Management. Dabei machen wir Patient*innen überwiegend allein verantwortlich und beteiligen die Krankenassen weder an den Kosten noch am Erfolg. Primärprävention allein kann jedoch viele chronische Krankheiten nicht verhindern, da ein hoher Anteil von ihnen erblich bedingt ist und mit weiteren Komorbiditäten zusammenhängen (z. B. Diabetes und Adipositas) oder auf eine natürliche Alterung zurückzuführen sind. Dennoch verursachen die meisten chronischen Erkrankungen mehr Kosten und mehr Leid, wenn sie erst spät behandelt werden. Daher kann mit Sekundär- und Tertiärprävention viel erreicht werden. Mit **Früherkennung und Rehabilitation** insbesondere von Risikopatienten können die Behandlungsergebnisse signifikant verbessert werden. Viele Methoden im Bereich der Diagnostik werden jedoch klassischen Behandlungsmethoden gegenüber finanziell schlechter gestellt oder überhaupt nur erstattet, wenn eine bestimmte Therapie erfolgt (z. B. Diagnostik bei KHK). Umgekehrt wäre es vielfach sinnvoller: erst die eindeutige Diagnostik löst die Anwendung und Kostenerstattung einer bestimmten Therapie aus. Um die Lebensqualität von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen zu erhöhen, muss auch die intensive Nachsorge insbesondere die post-operative Nachsorge in Form einer transsektoralen und interdisziplinären **Rehabilitation** erfolgen. Viele Patient*innen erhalten jedoch keine bedarfsgerechte Rehabilitation, geschweige denn dass Angehörige in diesen Prozess mit einbezogen werden. Wirkungsvolle Rehabilitationsmaßnahmen können heute sehr gut regional, ambulant und digital organisiert und durchgeführt werden. Allerdings müssen die dafür notwendigen Mittel bereitgestellt werden. Eine Kombination aus verschiedenen Präventionsmaßnahmen und ergänzenden Maßnahmen zur Früherkennung und Rehabilitation können die Krankheitslast chronischer Erkrankungen deutlich reduzieren:

- Früherkennungsprogramme, die sich auf Hochrisikopatienten (z. B. Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz, -Bluthochdruck etc.) konzentrieren und Prävention ermöglichen, müssen stärker beworben werden. Kontrolluntersuchungen sind außerbudgetär zu vergüten, damit sie für alle Leistungserbringer attraktiv werden. Zudem ist der Zugang zu Präventionsmaßnahmen möglichst niedrigschwellig zu gestalten.
- Im Bereich der Rentenversicherung ist es notwendig, Rehabilitationsmaßnahmen mit präventivem Ansatz zu fördern, bspw. durch den Ausbau von Selbsthilfe- und Reha-Sportgruppen. Grundsätzlich sollte die Rehabilitation auch ambulant möglich sein und durch digitale Anwendungen unterstützt werden.

2. Patienten leitlinien- und bedarfsgerecht versorgen und sachgerecht informieren

Eine **leitlinien- und bedarfsgerechte Versorgung** nimmt die betroffenen Patienten in den Blick. Der Gesetzgeber verlangt sogar die schrittweise fortlaufende Anpassung der Versorgungsqualität an den medizinischen Fortschritt.[3] Die gängige Versorgungspraxis zeichnet jedoch ein anderes Bild: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden brauchen meist viele Jahre, bis sie in die untergesetzlichen Bestimmungen in Form von Richtlinien des G-BA übernommen werden. Der praktische medizinische Nutzen hinkt somit der wissenschaftlichen Erkenntnis weit hinterher. Zum Nachteil der Patient*innen: In vielen Fällen werden sie mit herkömmlichen Methoden behandelt, obwohl die medizinische Fachwelt etwas anderes empfehlen würde. Gleichfalls dauert die Übersetzung medizinischer Leitlinien in die Versorgungspraxis zu lange und muss dringend beschleunigt werden. Darüber hinaus müssen Fehlanreize in den Vergütungssystemen, sofern sie medizinische Innovationen gegenüber dem Status quo in der Versorgung benachteiligen, abgebaut und vorhandene Zugangshürden beseitigt werden.

Der Erfolg einer bedarfs- und leitliniengerechten Versorgung hängt zudem von der Mitwirkung der Patienten ab. Dafür ist erforderlich, dass Patient*innen souverän entscheiden können und aktiv in das Therapiemanagement mit einbezogen werden. Das gelingt, wenn Betroffene fortlaufend über den medizinischen Fortschritt informiert und in ihrem Therapiemanagement geschult werden. Patient*innen benötigen dafür verständliche und unabhängige Informationen und müssen zugleich dafür geschult werden. Zunächst sollten Patientenschulungen in den laufenden Disease Management Programmen (DMP) systematisch aktualisiert, validiert und digitalisiert werden. **Digitale Patientenschulungen** können zeit- und ortsunabhängig durchgeführt werden und den Behandlungserfolg sichern. Die positiven Effekte von Patientenschulungen bleiben bislang weitgehend ungenutzt: Im Rahmen der DMP-Versorgung sind Patientenschulungen zwar ein obligater Leistungsbestandteil, meist sind sie jedoch veraltet und stehen weder flächendeckend noch digital zur Verfügung.

- Wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden müssen schnellstmöglich und reibungslos in die Versorgungspraxis überführt werden.

3 Vgl. hierzu insbesondere die § 135 ff. im Sozialgesetzbuch V.

- Einheitliche, validierte und fortlaufend evaluierte Patientenschulungen müssen Eingang in die DMP-Versorgung finden. An der Erarbeitung sollten die medizinischen Fachgesellschaften sowie die Haus- und Fachärzte und relevanten Patientenorganisationen beteiligt werden.

3. Versorgung interdisziplinär und sektorübergreifend organisieren

Die Gesundheitsversorgung ist nach wie vor durch eine strikte Sektorentrennung mit vielfältigen Kommunikations- und Kooperationsanforderungen gekennzeichnet. Eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung wird dadurch erschwert. Dabei müssen gerade bei multimorbiden chronisch Erkrankten verschiedene medizinische (unterschiedliche Fachärzt*innen, MFA) und angrenzende therapeutische Berufsgruppen (u. a. Ernährungsmediziner, Psycho-, Physio-, Logo-, Bewegungstherapeuten, Pflegende) bei der Diagnostik und Behandlung besser zusammenarbeiten.[4]

Neue Versorgungsformen bedingen **neue interdisziplinäre und -sektorale Versorgungskonzepte**, bspw. in der DMP-Versorgung. Die aktuellen DMP sind indikationsspezifisch und überwiegend unabhängig voneinander aufgebaut. Dadurch bleiben Anforderungen an die Behandlung von multimorbiden chronisch erkrankten Patient*innen weitgehend unberücksichtigt. Assoziierte Komorbiditäten werden dadurch unzureichend behandelt. Die häufig parallele Einschreibung multimorbider Patient*innen in mehrere DMP erhöht zudem den bürokratischen Aufwand und gefährdet die Versorgungsqualität insgesamt (u. a. durch Mehrfachuntersuchungen, Falschdiagnosen, Behandlungskonflikte).

Insbesondere multimorbide chronisch Erkrankte benötigen eine interdisziplinäre, indikations- und sektorübergreifende Versorgung, welche die Wechselwirkung einzelner Indikationen berücksichtigt und die Versorgung klar am medizinischen Behandlungspfad ausrichtet:

- Neue Versorgungsformen organisieren Diagnostik und Behandlung patientennah und interdisziplinär. Dabei vernetzen sie Ärzt*innen und Therapeut*innen ebenso wie Patient*innen und Angehörige.
- Die DMP-Versorgung benötigt ein Modul der „Grundversorgung" mit anschließenden indikationsbezogenen Vertiefungen. Das Modul gilt für alle Patient*innen, welche die Kriterien für die Aufnahme in ein indikationsspezifisches DMP erfüllen. Im Modul „Grundversorgung" werden indikationsübergreifende Behandlungsempfehlungen für den Umgang mit chronischen Erkrankungen definiert. Konkret sollten hierunter Vorgaben zur Diagnostik, Therapieziele, Therapieplanung, Maßnahmen bei Polymedikation, Umgang mit Komorbiditäten, Hinweise und Vorgaben für Patientenschulungen und Kooperationsvoraussetzungen für Ärzt*innen und Therapeut*innen fallen (interdisziplinärer und intersektoraler Behandlungsansatz).
- Zur Förderung einer leitliniengerechten medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie bei multimorbiden Patient*innen werden für Leistungserbringer softwarebasierte Entscheidungshilfen auf Grundlage der jeweils aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften etabliert. Leitlinien werden somit digitalisiert und stehen im Behandlungsalltag zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung.

4. Innovation fördern, Telemedizin und Telemonitoring ausbauen

Damit Patient*innen zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren können und der Standort Deutschland weiterhin attraktiv für innovative Unternehmen aus dem Bereich der medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie ist, braucht es innovationsfreundliche Rahmenbedingungen. So sollten neue Methoden und Anwendungen möglichst schnell und unbürokratisch in die klinische Praxis eingeführt und ausreichend vergütet werden, nachdem hinreichend wissenschaftliche Daten zum Nutzen der Innovationen vorliegen. Schließlich spielen digitale **technologische Innovationen** eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen. Anwendungen aus den Bereichen E-Health, mobile Gesundheit sowie künstlicher Intelligenz ermöglichen neue Versorgungs- und Behandlungsformen, welche die Krankheitslast und Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern. Neue Methoden und Anwendungen ebenso wie innovative Versorgungsformen können dabei gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften erprobt werden. Darüber hinaus ist der Zugang für forschende Medizintechnik- und Pharmaunternehmen zu Gesundheitsdaten eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung bestehender sowie die Entwicklung neuer Therapien.

Die **Digitalisierung** erleichtert eine patientennahe Versorgung. Chancen der Digitalisierung liegen insbesondere in der Telemedizin und im Telemonitoring, das unbedingt flächendeckend in die Regelversorgung implementiert werden sollte. Mithilfe des Telemonitorings müssen Patient*innen nicht unmittelbar eine Ärzt*in aufsuchen, um relevante Anamnese- und Vitaldaten zu erfassen. Die vorhandenen Möglichkeiten, Patient*innen individuell, orts- und zeitunabhängig versorgen zu

4 Hendriks, J.M. und Jaarsma, T. (2021). The multidisciplinary team approach in cardiovascular care. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 20.

können, sollten möglichst weitgehend genutzt werden. Ausschlaggebend hierfür sollte die medizinische Notwendigkeit sein, Patient*innen engmaschig betreuen und behandeln zu müssen. Gravierende Veränderungen und schwerwiegende Krankheitsverläufe können durch Telemonitoring frühzeitig erkannt werden. In diesem Zusammenhang sind digitale Anwendungen nicht nur für den stationären Sektor zuzulassen, sondern auch konsequent in die ambulante Versorgung zu integrieren. Das kann durch anwendungsbezogene Versorgungsforschung begleitet werden, wobei die medizinischen Fachgesellschaften konkret unterstützen können. Die Digitalisierung erleichtert auch den Aufbau wissenschaftlicher Register, in denen Daten zu Morbidität, Mortalität, Versorgungssituationen und -qualität systematisch erfasst und transsektoral zusammengeführt werden (in Analogie zum Nationalen Krebsregister). Krankheitsbezogene Longitudinaldaten sollten den behandelnden Ärzt*innen umgehend zur Verfügung gestellt werden (z. B. durch die elektronische Patientenakte), um unmittelbar zum Behandlungserfolg beizutragen. Werden datenschutzrechtliche Regelungen eingehalten, erhält auch die Gesundheitsindustrie zu Forschungszwecken Zugriff auf die Daten.

- Im Rahmen neuer öffentlich-privater Partnerschaften für Gesundheitsinnovationen sollten Pilotprojekte unbedingt auf regionaler Ebene erprobt und gefördert werden, um einen schnellen und sicheren Innovationszugang zu ermöglichen.
- Um eine bedarfs- und leitliniengerechte Versorgung zeit- und ortsunabhängig sicherzustellen, sollten neue Versorgungsformen im Bereich der Telemedizin und des Telemonitoring systematisch ausgebaut werden.
- Des Weiteren bietet sich mit Blick auf multimorbide Patient*innen eine „Generalindikation Telemonitoring" an. Eine „Generalindikation Telemonitoring" würde es erlauben, Patient*innen engmaschig leitliniengerecht zu betreuen und zu behandeln.
- Im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung können die medizinischen Fachgesellschaften mithilfe von spezifischen Zertifizierungen einheitliche Qualitätsstandards definieren und somit zur evidenzgestützten Qualitätssicherung beitragen.

5. Entscheidungsprozesse in der Gemeinsamen Selbstverwaltung vereinfachen

Ein wichtiges Ziel ist, die Versorgung schnellstmöglich an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen. Hierfür sollten die **medizinischen Fachgesellschaften** und weitere betroffene Akteure des Gesundheitswesens frühzeitig in die Beratungen der Selbstverwaltungspartner eingebunden werden. Darüber hinaus sollten medizinische Fachgesellschaften sowie Hersteller und Erbringer neuer Methoden das Recht erhalten, neue Leistungen im EBM sowie neue Methoden im G-BA zu beantragen. Damit würde eine schnelle Überführung wissenschaftlicher Evidenz und Erkenntnis in die Versorgung gewährleitet. Darüber hinaus können untersuchungsleitende Forschungs- und Prüffragen sowie Analysen und Recherchen (z. B. im Rahmen der Leitlinienrecherche oder von Rapid Reports des IQWiG) passgenauer am Stand der Wissenschaft ausgerichtet werden, wenn medizinische Fachgesellschaften frühzeitig in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Insgesamt würde der wissenschaftliche und anwendungsbezogene Erkenntnisgewinn dadurch gesteigert und unnötige Verständigungsschleifen und Abstimmungen vermieden.

- Zur Translation wissenschaftlicher Erkenntnis in die Entscheidungsprozesse der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist eine frühzeitige Einbindung der medizinischen Fachgesellschaften unerlässlich.
- Anhörungs- und Stellungnahmerechte für Fachgesellschaften sollten zeitlich an den Anfang der Bewertungen bzw. Beratungen gestellt werden, um die Entscheidungsprozesse zu verkürzen und zu verbessern.
- Medizinische Fachgesellschaften sowie Hersteller und Erbringer neuer Methoden sollten ein Antragsrecht beim Bewertungsausschuss zur Aufnahme neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erhalten sowie ein Antragsrecht beim G-BA gemäß § 135 SGB V.

Dr. Holger Friedrich

Gründer und Geschäftsführer DiGA-Factory/Pathways, Berlin

Birgit Fischer

Gesundheitsministerin a.D. in NRW, ehemalige Vorstandsvorsitzende der BARMER, ehemalige Hauptgeschäftsführerin des vfa

Die VitaBuddy-App der BKK Pfalz

Fürsorge, Vorsorge, und Innovation

Von Andreas Lenz, Vorstandsvorsitzender der BKK Pfalz, Ludwigshafen

Mit gerade mal rund 165.000 Versicherten ist die BKK Pfalz nicht unbedingt ein „BigPlayer" in der Welt der gesetzlichen Krankenversicherung. Umso erstaunlicher ist es, dass gerade aus Ludwigshafen, wo die BKK Pfalz ihren Sitz hat, erfreuliche innovative Services und Produkte in die GKV gebracht werden. Unser Autor stellt im Nachfolgenden die VitaBuddy-App vor.

1923 wurde die BKK Pfalz – zunächst als Betriebskrankenkasse der Knoll AG – in Ludwigshafen am Rhein gegründet. Sie blickt damit auf eine bald einhundertjährige Tradition in der Betreuung ihrer Mitglieder zurück. Diese Tradition setzt die BKK Pfalz mit über 400 Mitarbeiter auch im Hier und Jetzt fort und engagiert sich sehr stark in Services und Leistungen im digitalen Umfeld.

Wie die meisten gesetzlichen Krankenkassen, zeichnet sich auch die BKK Pfalz durch einen innovativen Service und vielen Mehrleistungen aus, welche deutlich über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen. Die Spielräume für Zusatzleistungen werden ganz im Sinne der Versicherten genutzt: die Gesundheitsvorsorge, der umfassende und vollständige Versicherungsschutz sowie das Wohl von Familien und Kindern liegen der BKK Pfalz besonders am Herzen.

Mit kontinuierlicher Innovation und fortschrittlichen Rundum-Service positioniert sich die BKK Pfalz als Vorreiter unter den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Der Versicherte steht immer im Zentrum der Innovationsstrategie.

Gerade im Bereich der Prävention, den die BKK Pfalz für Ihre Versicherten als sehr zentrales Element und auch als Aufgabe versteht, können sehr sinnvolle und innovative Lösungen zum Wohle der Versicherten implementiert werden.

Daher war es nahezu unumgänglich, dass die BKK Pfalz auf das Unternehmen HeadUp aufmerksam wurde, die diesen Ansatz mit seiner digitalen innovativen, evidenzbasierten Lösung unterstützt, welche Menschen hilft, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen und zu verbessern.

Dank einer engen Partnerschaft, erweckten HeadUp und BKK Pfalz die VitaBuddy-App zum Leben.

Abb. 1: Einblick in die VitaBuddy App

Mit der VitaBuddy App bietet die BKK Pfalz Versicherten und Nicht-Versicherten nun einen digitalen Begleiter für deren Alltag.

VitaBuddy hilft dem User dabei, seinen Gesundheitszustand zu verstehen und zu verbessern. Ein richtig guter Feelgood-Buddy fürs Leben eben: clever, lustig und immer dabei.

So wie das Armaturenbrett eines Autos anzeigt, wann der Tank leer ist, der Motor Öl braucht oder dem Auto sonst etwas fehlt, so informiert VitaBuddy darüber, wie es um die Gesundheit steht. Und wenn die „Batterien" mal leer sind, gibt VitaBuddy Tipps, wie diese wieder aufgeladen werden können.

Der Ansatz des Ampelmodells basiert ausschließlich auf den neuesten und bewährtesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Darüber hinaus, entwickelt HeadUp seine Inhalte und Plattform-Funktionen in Zusammenarbeit mit führenden internationalen wissenschaftlichen und akademischen Beratern, welche die klinische Qualität und Wirksamkeit der Anwendung sicherstellen. Die Berater und Partner umfassen Expertenvertreter aus dem gesamten Gesundheitssektor, darunter: digitale Gesundheit, Gesundheitsanalysen, Ernährung, Schmerzen und Muskel-Skelett-Erkrankungen, körperliche Aktivität und Herz-Kreislauf-Risiken, psychische Gesundheit, Gesundheit der Bevölkerung und Gesundheitsförderung.

Die Plattform wird regelmäßig (mindestens vierteljährlich) von qualifizierten internen und externen Experten überprüft, um sicherzustellen, dass sie weiterhin an der Spitze der besten Praktiken steht und die neuesten Innovationen und Informationen in den Bereichen Gesundheit, Wissenschaft und Regulierung einbezieht.

HeadUp hat Gesundheitsbewertungen in einer Reihe von Bereichen entwickelt, um das Bewusstsein der Nutzer für ihre eigenen Gesundheitsrisiken zu schärfen und ihnen höchst personalisierte und zeitspezifische Empfehlungen zu geben.

Gesundheitsratings und -empfehlungen (z. B. Wissensbibliothek) wurden auf der Grundlage wissenschaftlicher und medizinischer Richtlinien (z. B. der WHO, Centers for Disease Control and Prevention, Mayo Clinic, NHS), seriöser und von Fachleuten überprüfter Forschung sowie interner und externer Datensätze, die ein breites Spektrum der Bevölkerung repräsentieren, entwickelt.

Die Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen, welche HeadUp zur Entwicklung der Algorithmen, Modelle und Wissensbibliothek verwendet haben, werden von einem Team von Datenwissenschaftlern mit viel Erfahrung in der Auswertung von Gesundheits- und medizinischen Fachzeitschriften überprüft und gefiltert.

Die zur Bewertung der selbstberichteten Informationen verwendeten Erhebungsfragen werden aus wissenschaftlich validierten Instrumenten und Publikationen entnommen. Ein paar Beispiele davon sind unter vielen anderen:

- WHO5 – der Wohlbefindenindex der Weltgesundheitsorganisation
- Örebro-Fragebogen zu Muskel-Skelett-Schmerzen
- Fragebogen zur Arbeitsfunktion (Bewertung der körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz zur Vorhersage des chronischen Schmerzbeginns)
- Messung der psychosozialen Arbeitsplatzqualität (Bewertung der Arbeitsanforderungen im Kontext der psychischen Gesundheit)

HeadUp Labs entwickelt laufend Risikomaschinen zur Vorhersage, Validierung und Überwachung von Krankheitsrisiken für Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen (insbesondere Angst und Depression) und Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Weitere Gesundheitszustände und Risikofaktoren werden kontinuierlich erforscht. HeadUp und damit VitaBuddy hat damit ein großes Potenzial für die Zukunft.

Zum Beispiel hat HeadUp eine Validierungsrisikomaschine entwickelt, die aus den Daten der Nutzer lernt, um die Risikovorhersage weiter zu verbessern. Bei einer roten Ampel empfiehlt VitaBuddy bereits heute dem Anwender einen Facharzt aufzusuchen. Künftig könnten dies im Ärtzenetzwerk eingeschriebene Spezialisten sein, die dann direkt in der VitaBuddy Gesundheitsplattform vorgeschlagen werden.

Denkbar ist auch eine Time-to-Event Engine – also eine Vorhersage, wie lange es dauert, bis der Benutzer die Krankheit entwickelt. So kann zum Bespiel vorausgesagt werden, wenn der Benutzer wahrscheinlich innerhalb von 5 Jahren prädiabetisch werden wird. Hier können die Benutzer unter Berücksichtigung der individuellen Risikokonstellationen Dank einer Kombination aus wissenschaftlichen Erkenntnissen und validierten Risikomodellen frühzeitig auf ihr eigenes Risiko hingewiesen werden. Durch unterhaltsame Inhalte schafft es VitaBuddy das Gesundheitsbewusstsein der Nutzer zu steigern und die Gesundheit langfristig zu verbessern und im besten Fall drohende Einschränkungen zu verhindern.

Welche Ziele verfolgt die BKK Pfalz mit VitaBuddy?

1. Einfach gesagt: das Richtige tun
Im digitalen Wandel, den Bedürfnissen der Kunden gerecht werden

2. Gesundheitsförderung
Eine wissenschaftlich-basierte und zeitgerechte Gesundheitsvorsorge anbieten, indem Mitglieder in ihrem ganz persönlichen Gesundheitszustand präventiv und reaktiv unterstützt werden

3. Einblicke
Einblicke und Vertiefungen in Gesundheitsmuster der Mitglieder bekommen, um ihre Bedürfnisse besser verstehen und unterstützen zu können

4. Kundenbindung
Einen persönlichen und vertrauensvollen Kommunikationskanal zu den Kunden aufbauen, um Vertrauen, Engagement und Bindung zu fördern

5. Integration & Optimierung
Das gesamte Leistungsangebot nahtlos in einer kompakten Lösung integrieren und dem Versicherten clever und schnell zugänglich zu machen. Die richtige Leistung, dem richtigen Kunden, zum richtigen Zeitpunkt anzubieten um somit Nutzung optimieren

6. Neukundengewinnung
Die Neukundengewinnung durch Vertrauen, Mehrwert und Personalisierung anzutreiben

Kooperation und Kommunikation

Dank einer gezielten Marketingstrategie wurde VitaBuddy über verschiedene Kommunikationskanäle erfolgreich an alle Kunden der BKK Pfalz vermarktet. Die Resultate zeigen ganz deutlich: ob älter oder jünger, fit oder Couchmuffel, Mann oder Frau: VitaBuddy konnte eine große Bandbreite von Kunden, über alle Kategorien hinweg, erfolgreich anziehen.

Dies ist entscheidend, um sicherzustellen, dass alle Mitglieder, unabhängig davon, wo sie auf ihrer Gesundheitsreise stehen, in ihrem Leben und Wohlbefinden unterstützt werden, indem Gesundheitsrisiken vermieden oder rasch behoben werden können.

Und wie funktioniert VitaBuddy?

Der User lädt die App herunter und meldet sich bei VitaBuddy an. Damit der Datenschutz, der für die BKK Pfalz den höchsten Stellenwert hat, eingehalten wird, ist sichergestellt, dass die Produktionsumgebung auf dem höchsten Datenschutzniveau stattfindet.

Zwischen VitaBuddy und der BKK Pfalz besteht nur zu einem einzigen Zeitpunkt eine kurze Verbindung: Bei der Anmeldung wird anhand der Versichertennummer geprüft, ob eine laufende Versicherung besteht. Dazu erhält der Betreiber lediglich die gültigen Versichertennummern aber keine Namen oder sonstigen Daten. Die BKK Pfalz wiederum erhält keinerlei Information welcher Versicherter VitaBuddy nutzt. Wir erhalten wissenschaftlich basierte, anonyme, aggregierte Berichte, welche aufdecken, was sich unter der Oberfläche verbirgt: Gesundheitsrisikofaktoren, Lebensstilfaktoren und -veränderungen. Damit können wir Probleme und Risiken, mit denen die User konfrontiert sind, einsehen und können daraus ableiten, welche zusätzliche Leistungen als Produktergänzung sinnvoll wären. Diese Berichte folgen den strengsten Datenschutz- und Sicherheitsmaßnahmen. Sie sind immer anonym und aggregiert mit strenger Mindeststichprobengröße

VitaBuddy lässt sich mit den Health Anwendungen von IOS und Android, sowie mit vielen Devices wie z. B. von Apple, Fitbit oder Garmin synchronisieren. Weitere relevante Daten werden in angenehmen zeitlichen Abständen durch Abfragen beim User erhoben. Beim Stimmungs-Check-in wird das zum Beispiel durch Anklicken von Emojis, die den Gemütszustand widerspiegeln, auf eine einfache Art gelöst.

VitaBuddy's kontextbezogene Verknüpfungen und Wegweiser informieren den User zum richtigen Zeitpunkt über die passenden Leistungen und Services der BKK Pfalz, die für seine aktuelle persönliche Gesundheit von Vorteil sind.

Dazu wurden alle BKK Pfalz Leistungen und Highlights in VitaBuddy integriert: der Nutzer wird somit zum richtigen Zeitpunkt durch smarte Wegweiser und Push-Nachrichten auf die für seine Gesundheit wichtigen und relevanten Leistungen aufmerksam gemacht, was VitaBuddy umso persönlicher und effektiver macht.

Integrationsbeispiele sind dabei eine Zahnarzt- & Arztsuche, der Hautkrebs-Check, die Aorta-Vorsogeuntersuchung, die Mammographiem, die Prostata-Vorsorgeuntersuchung oder der Stuhltest/Darmkrebsvorsorge.

Beispiele von kontextueller und Risiko-basierte Wegweiser sind der Gesundheitsbonus, die Online Herz-/Schlaf-/Ernährungscoaches, Doc Around the Clock, Präventive Kurse zur psychischen Gesundheit, professionelle Zahnreinigung, Schwangerschaftskurse oder Impfungen

Die Herzfrequenz der User hat sich nach 6 Monaten um fast 10 % in den Bereich „gut" verbessert

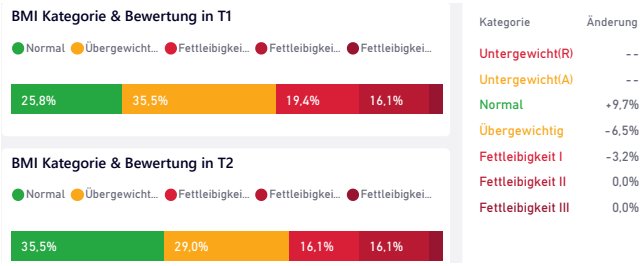


Abb. 2: Kategorienbewertung

Die Gesundheit der User verbessert sich nachweislich!

Im Kontext einer globalen Pandemie, in der Menschen mit extremen und bisher unbekannten Umständen, welche ihre Gesundheit stark belasten, konfrontiert sind, ist es umso wichtiger, die Gesundheit der Mitglieder zu unterstützen.

Die phantastische Nachricht: Nach nur wenigen Monaten war nachweisbar, dass die Gesundheit der VitaBuddy Mitglieder sich deutlich verbessern konnte, und zwar in allen 5 Schlüsselbereichen: Psyche, Schlaf, Herz, Ernährung und Aktivität.

Nehmen wir das große Thema Psyche. Wir kennen das alle: Nur wenn der Körper „gesund" ist, fühlen wir uns auch gut! Schlaf, Ernährung, Aktivität und unser Herz haben also unmittelbar Einfluss auf unsere Psyche und unsere emotionale Gesundheit.

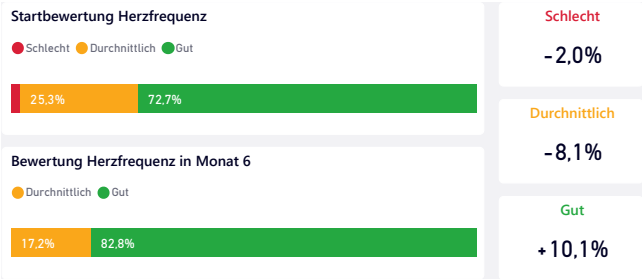


Abb. 3: Beispiel Bewertung Herzfrequenz

Bei rund 6 % der User hat sich das Schlafverhalten in 6 Monaten verbessert.

Im Detail konnten die „Kurzschläfer" zu einem etwas längeren Schlaf und die „Langschläfer" zu einem etwas kürzeren Schlaf animiert werden.

Auch im Bereich Gewicht sind deutliche Veränderungen festzustellen. User mit einer Fettleibigkeit I konnten sich in die Kategorie „Übergewicht" verbessern und die Anzahl der „Normal-gewichtigen" hat eine deutliche Steigerung erfahren. Im Bereich der User mit einer Fettleibigkeit II und III, die oft von einem manifesten Krankheitsgesche-

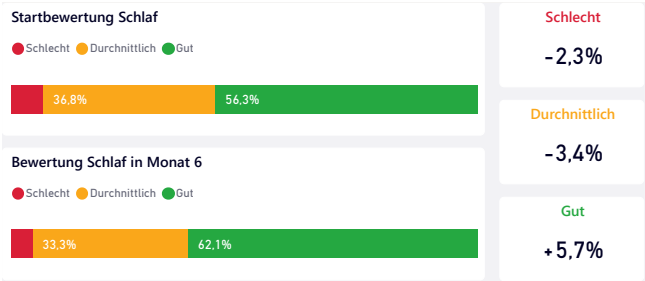


Abb. 4: Beispiel Bewertung Schlaf

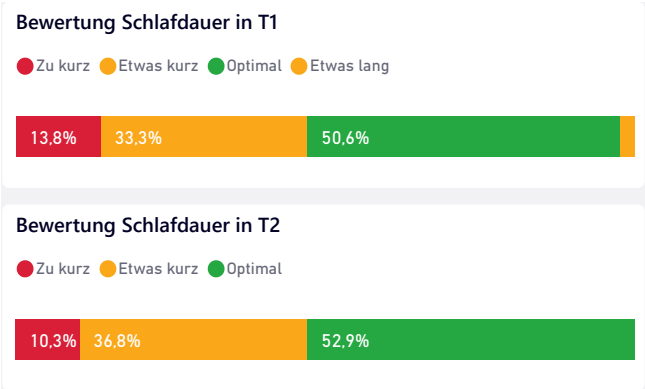


Abb. 5: Beispiel Bewertung Schlafdauer

hen begleitet sind, war leider keine Veränderung zu erreichen.

Auch wenn der Anteil der User mit wenig intensiver Bewegung nach wie vor hoch ist, konnten zumindest 17 % der User zu mehr intensiver Bewegung motiviert werden.

Im Grunde zeigen die statistischen Kennzahlen, dass sich User des VitaBuddy mehr für ihre gesamte Gesundheit engagieren. Und das ist schließlich das große und wichtige Ziel.

Dank des unterhaltsamen, cleveren und auch etwas witzigem Ton, der über alle Kommunikationskanäle der App benutzt wird (Push-Benachrichtigungen, E-Mails, Inhalte, usw.), und der stark personalisierten und gezielten Inhalte, die den Nutzern vorgeschlagen werden, sorgt VitaBuddy für ein langfristiges Engagement, und die Bindung seiner Mitglieder. Nur so können Nutzer langfristig motiviert werden, auf Ihre Gesundheit zu achten.

Die Daten zeigen: es funktioniert!

Andreas Lenz

Vorstandsvorsitzender BKK Pfalz

Telemonitoring muss schneller in die integrierte Regelversorgung gelangen

Von Sabine Mertsch, Annette Hempen, Prof. Dr. Christoph Schöbel, Dr. Annette Mehler

Gerade in Zeiten, in denen der gewohnte Zugang zur medizinischen Betreuung nicht oder nur erschwert möglich ist – etwa im Rahmen der Covid-19-Pandemie, in abgelegenen und unterversorgten Regionen oder bei Gruppen von Risikopersonen mit und ohne eingeschränkte Mobilität, entfalten Telemedizin und Telemonitoring* ihr volles Potential. Im Rahmen der patientenzentrierten Versorgung chronisch erkrankter Menschen stellen sie flexible Möglichkeiten der informierten, datenbasierten Kommunikation – auch aus der Ferne – dar und können dazu beitragen, strukturelle Versorgungsdefizite zu beseitigen und Kostenvorteile zu generieren.[1] Warum also nicht einmal „Out-of-the-Box" denken und neue Versorgungsprozesse wie die telemonitorische Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen indikationsübergreifend fördern? Dieser Frage gehen unsere Autoren im folgenden Beitrag nach.

*** Unter Telemonitoring wird die Kontrolle und Auswertung wichtiger Gesundheitsdaten aus der Ferne verstanden, wobei die Messung elektronisch erfolgt und in der Regel fortlaufend über digitale Wege übermittelt wird.[2]**

Entscheider und Nutzer des Gesundheitswesens in Deutschland, Europa und der Welt befassen sich intensiv mit den Möglichkeiten, die die Telemedizin inzwischen bietet. Die Ansatzpunkte sind vielfältig. Die Themen reichen vom Ausbau der (inter-)professionellen Versorgung, Überwindung der Sektorengrenzen und räumlicher Distanzen bis hin zum Einsatz hochmoderner Wearables und Devices für Diagnostik und Therapie. Zahlreiche Appelle, publiziert in Medien oder auch auf entsprechenden wissenschaftlichen Veranstaltungen formuliert, belegen, dass der Wunsch nach zügiger Einführung von unterstützenden digitalen Versorgungslösungen und Prozessinnovationen in die Regelversorgung, sozusagen im Fast-Track Verfahren, dringend geboten ist. Dabei soll und kann die ärztliche Behandlung und nichtärztliche Patientenbetreuung nicht ersetzt, sondern durch technische Möglichkeiten unterstützt und effizienter gestaltet werden.[3,4,5,6,7]

1 McKinsey & Company: Digitalisierung im Gesundheitswesen, May 2022.
2 https://gesund.bund.de/telemonitoring, abgerufen am 7.7.2022.
3 https://dgtelemed.de/de/telemedizin/publikationen/20210624_DGTelemed-Positionspapier_Telemonitoring.pdf.
4 https://www.medtecheurope.org/resource-library/remote-patient-monitoring-now-or-never-unlocking-the-full-potential-of-remote-patient-care/; abgerufen am 7.7.2022.
5 Bertelsmann-Stiftung, https://blog.der-digitale-patient.de/tag/telemedizin/; abgerufen am 7.7.2022.
6 SVR Gesundheit „Digitalisierung für Gesundheit, Executive Summary, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/Executive_Summary_Deutsch.pdf.
7 Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI), Gutachten 2022, Digitale Transformation im Gesundheitswesen, S. 96ff.

Die Modernisierung von Versorgungsstrukturen beinhaltet nicht allein technische Lösungen, die durch digitale administrative Prozesse unterstützt werden: „Die Digitalisierung bietet vielfältige Chancen für eine bessere Patientenversorgung, sei es durch telemedizinische Angebote und digitale Anwendungen rund um Diagnose, Monitoring oder Therapie von Erkrankungen oder durch eine bessere Vernetzung und Kommunikation der Leistungserbringer. Es besteht ein berechtigtes Interesse der Versicherten, diese (technisch bereits) vorhandenen Möglichkeiten tatsächlich auch einzusetzen."[8]

Und weiter heißt es bezogen auf Telemedizin „2.0" als Leistungsart: „Analog zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), die mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ein eigenes Erstattungsregime erhalten haben, bedarf es eines gesetzlichen Auftrages, für die Vergütung von telemedizinischen Gesundheitsanwendungen. Telemonitoring-Geräte zur Überwachung von Vitalwerten, elektronische Implantate für chronische Herzinsuffizienz oder Insulinpumpen für Diabetikerinnen und Diabetiker gehen heute über ein reines Selbst-Monitoring hinaus. In Verbindung mit Haus- [*Anmerkung der Autoren:* und Fach-] ärzten sowie automatisierten Warnbenachrichtigungen können Hochrisikopatientinnen und -patienten auf diese Weise besser versorgt werden. Telematische Anwendungen haben darüber hinaus das Potenzial, qualitative Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land auszugleichen. Nicht zuletzt können sie dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten sich seltener in eine stationäre Behandlung begeben müssen. Da diese Technologien aktuell noch nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen sind, muss die Selbstverwaltung damit beauftragt werden, diesen Anwendungen analog zum DiGA-Fast-Track-Verfahren einen einfachen und transparenten Weg in die Regelversorgung zu ermöglichen."[9]

Auch wenn der Gesetzgeber mit dem Innovationsfonds einen gangbaren Weg gestaltet hat, um innovative Versorgungslösungen zu erproben und damit belastbare Ergebnisse für die spätere Überführbarkeit in die Regelversorgung zu erzeugen, so haben sie dennoch einen zeitlich gesehen langen Vorlauf und beziehen sich in der Regel auf einen klar umrissenen, eng begrenzten Indikationsbereich. Warum nicht einmal „Out-of-the-Box" denken und neue Versorgungsprozesse wie die telemonitorische Begleitung von Patienten und Patientinnen indikationsübergreifend fördern? Natürlich erfordert jeder Indikationsbereich für sich genommen eigene Versorgungs- und Behandlungswege. Diese sind jedoch schon oft vorhanden und in den Leitlinien beschrieben. So fragte die AMWF kürzlich in einer Veranstaltungsankündigung: „wie kann […] Leitlinienwissen künftig noch schneller in die Versorgung gelangen und damit schneller den Patientinnen und Patienten zugutekommen?"[10]

Abb. 1: „Telemonitoring im Schlaf – Arzt" (Quelle: ResMed)

Telemedizin und Telemonitoring sind oftmals keine eigentlichen Behandlungsinnovationen, sondern häufig Prozessinnovationen.[11] Sie bedürfen daher keiner langwierigen Evidenznachweise mittels randomisiert kontrollierter Studien und darauf basierenden G-BA-Zulassungsverfahren im Rahmen der Methodenbewertung. Technische Innovationen sollten Patienten und Patientinnen rasch zugänglich gemacht werden – und das, bevor auf dem langen Zulassungsweg die Technik schon wieder veraltet ist, ohne zum Einsatz gekommen zu sein. Die aktuellen bürokratischen Strukturen begünstigen den Verweis Deutschlands in die unteren Ränge der innovativen Nationen.[12]

Insbesondere die chronischen Erkrankungen nehmen mit steigender Lebenserwartung in Deutschland zu: Diabetes, Atemwegs- oder Herz-Kreislauferkrankungen. Oftmals treten diese Erkrankungen auch in Kombination auf, was die Krankheitslast jedes einzelnen betroffenen Menschen noch erheblich erhöht und die volkswirtschaftlichen Kosten in die Höhe treibt. Das Potenzial des Einsatzes digitaler Gesundheitslösungen, wie die telemonitorische Begleitung chronisch kranker Hochrisikopatienten zur Früherkennung akuter Verschlechterungen und Verhinderung von Hospitalisationen ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Kosteneffizienz hoch.[13]

8 Daniel Cardinal, Klaus Rupp und Michael Schmitz: Mehr Agilität für ePA, DiGA & Co. – Was fehlt noch für eine vernetzte Versorgung? In: Jens Baas (Hrsg.) Perspektive Gesundheit 2030, S. 313.
9 Ebenda, S. 316-317.
10 Veranstaltungsankündigung des AMWF e.V., https://idw-online.de/de/news790991; abgerufen am 19.04.2022.
11 Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e.V., „Telemonitoring: die Chance zur digital gestützten Verlaufskontrolle von Risikopatienten", Whitepaper , S. 2.
12 #SmartHealthSystems, Digitalisierungstrategie im internationalen Vergleich, Hrsg. BertelsmannStiftung, Nov. 2018, S. 224-225.
13 McKinsey & Company, Digitalisierung im Gesundheitswesen, May 2022.

Aus diesem Grund müssen technische Innovationen zur Therapie, Sekundär- und Tertiär-Prävention bei diesen Patientengruppen indikationsübergreifend in den Fokus genommen werden. Solche komplexen Versorgungsprozesse lassen sich häufig nur schwierig in randomisiert kontrollierten Studien abbilden und werden daher auch in innovativen Projekten selten praktiziert. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen sollen jedoch von neuen, ortsungebundenen Methoden wie Telemonitoring profitieren.

„Oft müssen für die richtige Diagnose und Überwachung von Krankheitsverläufen Gesundheitswerte wie Blutdruck oder Puls gemessen werden…. Telemonitoring ermöglicht es, dass Mediziner solche Werte auch aus der Ferne prüfen und gegebenenfalls schnell handeln können."[14]

Im Gesundheitswesen gilt grundsätzlich das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V). Aus diesem Grund sind neben gesundheitlichen Vorteilen auch ökonomische Aspekte zur Nutzung effizienter Verfahren besonders interessant. Der Nachweis ökonomischer Vorteile telemedizinischer Projekte ist an Routinedaten außerhalb von gesundheitsökonomischen Studien schwierig zu führen. Dies liegt z. B. an unterschiedlichen Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Sektor, an unterschiedlichen Kostenträgern sowie langfristigen und komplexen Zusammenhängen z. B. zwischen Lebensstiländerung und positiven Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Outcomes wie Lebensqualität, Überlebenszeiten, etc.

Hier ist ein neuer Zugang zur gesundheitsökonomischen Betrachtung notwendig. Telemedizinische Verfahren können den Zugang für bislang unterversorgte Gruppen oder Regionen ermöglichen, strukturelle Defizite beseitigen oder eine gesundheitsökonomische Wirksamkeit im Langzeitnutzen oder durch Skaleneffekte entfalten.[15] Prospektive Studien sind jedoch kaum dazu geeignet, die vorgenannten Effekte zu belegen. Hier muss der Ansatz zur qualitätsbezogenen Vergütung in einer Kriterienkaskade und zeitlichen Abfolge von Struktur- über Prozess- zu Ergebnisqualität gehen. Nur so können Verbesserungen der Versorgungsqualität und Skaleneffekte synchron realisiert werden. Leider gibt es nur sehr wenige Publikationen zu ökonomischen Effizienzen.[16] Dies führt dazu, dass viele Innovationen ungenutzt bleiben und der Weg in die Regelversorgung nicht oder nur verzögert erfolgt. Für dieses Phänomen gibt es viele Ursachen: Skepsis, kurzfristige Kostenfixierung, Lobbyismus und ein stark reguliertes Gesundheitssystem, das hohe Eintrittsbarrieren für Innovationen vorsieht.

Im Koalitionsvertrag der neuen Regierung findet sich Telemonitoring tatsächlich explizit wieder. Jedoch bleibt der Hinweis darauf sehr vage, weshalb hier eine **zeitnahe** gesetzliche Umsetzung erfolgen muss. Nur dann können die nachstehend aufgeführten Einsatzbeispiele von Telemonitoring im Versorgungsalltag zügig umgesetzt und die Vereinbarung der Koalitionäre, „regelhaft telemedizinischen Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring…" einzuführen erfüllt werden. Der Mehrwert für Versicherte und die „Lösung von Versorgungsproblemen"[17] ergibt sich in der Folge von allein.

Die telemonitorische Begleitung in Diagnostik, Therapieeinleitung und Therapiemanagement ist bei Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen besonders gut und sinnvoll einsetzbar. Eine erste Überführung in die Regelversorgung erfolgte bereits durch den Beschluss des G-BA für Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Diese Regelung kann als Blaupause dienen, um das langjährige vorgelagerte Verfahren bis zur Einführung für weitere Indikationen abzukürzen. Die technischen Möglichkeiten sind bereits seit längerem auch für weitere Indikationen verfügbar. Ganz aktuell hat der G-BA in seinem Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL) die Erhebung eines möglichen Weaning-Potentials bei beatmeten Patienten und Patientinnen auch über die Wege der Telemedizin geschaffen.[18] Warum nicht diese individualisierten oder personalisierten Behandlungsmöglichkeiten als Ergänzung zu bisherigen (analogen) Untersuchungs- und Behandlungsformen sehen?

Beispiel Telemonitoring und außerklinische Beatmung bei chronischen Atemwegserkrankungen

Patientinnen und Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen (z. B. COPD) oder anderen respiratorischen Erkrankungen, profitieren bei erforderlicher außerklinischer Beatmungstherapie von einer sogenannten nicht-invasiven Beatmung (NIV), wenn die Therapie gut genutzt wird. Durch die Normalisierung der CO_2-Werte können die körperliche Leistungsfähigkeit sowie die ge-

14 https://gesund.bund.de/telemonitoring, abgerufen am 14.3.2022.
15 Peter Gabriel (Hrsg): S. Demirci, Kauffeld-Monz, Schaat „Perspektiven für die Telemedizin, Voraussetzungen der Skalierung und Marktpotential" Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie um Rahmen der Begleitforschung zum Technologieprogramm „Smarte Datenwirtschaft" Mai 2021.
16 Dittmar et al., Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung, in GGW 2009, Jg. 9, Heft 4 (November): 16–26.
17 Koalitionsvertrag 2021-2025, Zeile 2753 sowie Zeile 2757.
18 § 5, Abs. 3, AKI-RL.

sundheitsbezogene Lebensqualität verbessert und die Lebensdauer verlängert werden.[19]

Der Einsatz von Telemonitoring bei der Behandlung von COPD-Patientinnen und Patienten wirkt sich dabei zusätzlich positiv aus; die schnellere klinische Reaktion ermöglicht es, Patienten mit einem hohen Risiko von Exazerbationen schnell die erforderliche Versorgung zukommen zu lassen.[20,21.]

Aufgrund von Schnittstellenproblemen ist diese außerklinische Versorgung in der heutigen Regelversorgung insgesamt nicht lückenlos sichergestellt. Deshalb kann durch telemonitorische Patientenbegleitung eine verbesserte und bedarfsgerechte Nachsorge erfolgen.

Die vom Beatmungsgerät übertragenen Therapiedaten ermöglichen ein proaktives, zeitnahes Patientenmanagement, auch ohne, dass jedes Mal eine aufwändige Face-to-Face-Konsultation erforderlich wird. Der Zugang zu aktuellen Therapiedaten gestattet eine schnelle Identifizierung von Problemen und ein sofortiges Eingreifen.

Die vom Therapiegerät erfassten Daten werden in eine datensichere Cloud gestellt und stehen bei Bedarf nach Zustimmung durch die Patienten dem ganzen medizinischen Behandlungsteam zur Verfügung. Die Verfügbarkeit dieser Daten vereinfacht die gemeinsame Patientenbehandlung z. B. in Telekonsilen und Fallkonferenzen und trägt zu Verbesserung der Patientensicherheit bei. Dies wurde in Pilotprojekten in pragmatischer Art und Weise während der Corona-Pandemie trotz fehlender Vergütung umgesetzt.[22]

Beispiel Telemonitoring bei Diabetes

Diabetes mellitus ist eine lebenslange und chronische Stoffwechselerkrankung. Sie stellt vor allem in Deutschland mit rund 8,5 Mio. Menschen und gesicherter Diagnose, mehr als 600.000 Neuerkrankungen pro Jahr und einer Dunkelziffer von etwa 2 Mio. Menschen[23] eine Herausforderung dar.

Im Rahmen ihres Selbstmanagements treffen Menschen mit Diabetes (MmD) täglich mehrere Hundert Entscheidungen. Ziel ist es, den Glukosespiegel sicher im Zielbereich zu halten und Lebensqualität und Lebenserwartung reduzierende, Diabetes-assoziierte Begleit- und Folgeerkrankungen (Akutsituationen, Hospitalisierungen und Langzeitkomplikationen i. V. m. bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erblindung, Amputationen, Nierenversagen und weiteren) zu vermeiden.[24]

Mit Beschluss des G-BA im Jahr 2016 sind real-time kontinuierliche Glukosemesssysteme (rtCGM) in der Regelversorgung verfügbar.[25] MmD mit entsprechender Indikation können seither von den in einer Vielzahl von Studien nachgewiesenen Vorteilen für eine verbesserte Stoffwechsellage profitieren:

- *Signifikante Reduktion des HbA1c-wertes,*
- *Signifikante Verlängerung der Zeit im Zielbereich (TIR),*
- *Signifikante Verringerung der Anzahl und Dauer von Hyper- und Hypoglykämien,*
- *Signifikante Reduktion von Diabetesbedingten Krankenhauseinweisungen und -aufenthalten.*[26]

Die Anwendung von rtCGM kann somit insgesamt die Lebensqualität verbessern sowie mehr Freiräume und eine höhere Flexibilität im täglichen Leben für MmD schaffen.[27]

Einige rtCGM-Geräte ermöglichen aufgrund ihrer hohen Messgenauigkeit i. V. m. interoperablen Schnittstellenformaten und sicheren, webbasierten Datenmanagementsystemen sogar den Datenaustausch mit weiteren Diabetestechnologien, wie Pumpen, Pens sowie digitalen Applikationen.[28] Sowohl für MmD, die Zugang zu dieser Technologie haben, als auch für das medizinische Fach- und Pflegepersonal bietet dies

- *einen ganzheitlichen Überblick über den Gesundheitszustand,*
- *schnellere und genauere Diagnosen und*
- *besser informierte Therapie- und Behandlungsentscheidungen.*[29]

Im Rahmen der patientenzentrierten Diabetesversorgung sind diese flexiblen Möglichkeiten der informierten, datenbasierten Kommunikation sowie des Telemonito-

19 Köhnlein et al., Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial. Lancet Respir Med 2014; 2(9): 698-705.
20 Cruz J, Brooks D, Marques A. Home telemonitoring effectiveness in COPD: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2014; **68**(3): 369-78.
21 Borel JC, Palot A, Patout M. Technological advances in home non-invasive ventilation monitoring: Reliability of data and effect on patient outcomes. *Respirology* 2019; **24**(12): 1143-51.
22 Pilotprojekt zwischen Ruhrlandklinik, Essen (Prof. Schöbel) und AMICU – Außerklinische Intensivpflege, Mülheim a.d. Ruhr (Thomas van der Most).
23 *Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene etwa acht Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes, siehe auch diabetes.DE.*
24 MedTechEurope (2022).
25 G-BA Beschluss vom 16. Juni 2016.
26 Siehe z.B. Beck, R.W., et al. (2017); Heinemann, L., et al. (2018); Shields, S., et al. (2022); Hannah, K., P. et al. (2022).
27 Longo, M., et al. (2020); VDGH (2021).
28 FDA NEWS RELEASE (March 27, 2018).
29 Allen, N.A., et al. (2021); Kanc, K., et al. (2020).

rings bzw. der telemedizinischen Fernbehandlung von besonderer Bedeutung.

Die Nutzung von rtCGM i. V. m. Telemedizin und Telemonitoring ermöglichen die engmaschige Betreuung und haben gegenüber der konventionellen Versorgung das Potenzial, die klinischen Ergebnisse (Verringerung des HbA1c und Komplikationen) bei MmD signifikant zu verbessern, die Zahl der Krankenhausaufenthalte, die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus und die Anzahl der Besuche in der Notaufnahme deutlich zu reduzieren. Das kann vor allem auch erhebliche Kostenvorteile im Gesundheitswesen generieren.[30]

Gerade in Zeiten, in denen der gewohnte Zugang zur medizinischen Betreuung nicht oder nur erschwert möglich ist – *etwa im Rahmen der Covid-19-Pandemie, in abgelegenen und unterversorgten Regionen oder bei Gruppen von Risikopersonen mit und ohne eingeschränkte Mobilität* – haben sich die Nutzung von rtCGM i. V. m. Telemedizin und Telemonitoring von einem erstrebenswerten Ziel zum De-facto-Standard für die Aufrechterhaltung der Glukosekontrolle, die Vorbeugung des Fortschreitens der Erkrankung und damit für die Behandlung und Therapie von MmD entwickelt.[31]

Beispiel Telemonitoring bei Schlafapnoe

Schlafbezogene Atmungsstörungen sind weit verbreitete Erkrankungen. Je nach Altersgruppe sind Schlafstörungen bei 6–16 % der Patienten Anlass für eine Konsultation des Hausarztes.[32] Die häufigste körperlich bedingte Schlafstörung ist die obstruktive Schlafapnoe (OSA).

In Deutschland kann man von ca. 1 Mio. Schlafapnoe-Patienten unter Therapie und ca. 3 Mio. weiteren behandlungsbedürftigen Patienten ausgehen, Tendenz steigend. Unbehandelt ist das Risiko, Folge-Erkrankungen zu entwickeln sehr hoch. Ferner geht eine unbehandelte Schlafapnoe häufig mit einer erhöhten Tagesschläfrigkeit einher, die erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Betroffenen haben kann: Einschränkungen bei Produktivität, sozialem Verhalten und Vitalität können daraus resultieren. Depressionen können insbesondere bei Frauen auftreten. Das Unfallrisiko am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr steigt, und die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen konnte bei unbehandelter oder nicht diagnostizierter OSA in Studien nachgewiesen werden.[33]

Die Standardbehandlung ist dabei die nächtliche Positivdrucktherapie (PAP = positive airway pressure), die nach entsprechender Stufendiagnostik verordnet wird. Telemonitorisch übermittelte Therapiedaten aus dem PAP-

Abb. 2: „Telemonitoring im Schlaf – Patient" (Quelle: ResMed)

Therapiegerät können deshalb zum einen die Therapieeinleitung als auch das laufende Therapiemanagement durch den behandelnden Arzt und den betreuenden Homecare-Provider wesentlich verbessern. Diese individuelle Unterstützung der Patienten und Patientinnen kann dann eine bessere Therapieadhärenz, effizientere Langzeitversorgung sowie eine dadurch verbesserte Lebensqualität der betroffenen Patienten bewirken.[34]

Beispiel Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Die telemonitorische Begleitung von Patienten und Patientinnen mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz ist inzwischen in die vertragsärztliche Regelversorgung aufgenommen worden. Die telemedizinische Versorgung ermöglicht eine lückenlose Betreuung dieser Patienten durch eine regelmäßige Erfassung der Vitalparameter mit einer zeitnahen Reaktion bei medizinischen Auffälligkeiten. Verschiedene Geräte (wie z. B. implantierte kardiale Aggregate wie Defibrillatoren, Körpergewichts-Waagen, EKG- und Blutdruckmessgeräte mit Sendefunktion) übermitteln dabei patientenindividuelle Daten und unterstützen Therapieentscheidungen der behandelnden Ärzte in Kooperation mit einem telemedizinischen Zentrum. In zwei langjährigen randomisierten, kontrollierten klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass ein solches telemonitorisches Therapiemanagement von Patienten mit Herzinsuffizienz zu einer signifikanten Verbesserung

30 Timpel, P., et al. (2020); Jaana, M. and G. Pare (2007); Tchero, H., et al. (2019); Nyenwe, E.A., et al. (2020); Su, D., et al. (2016); Rigla, M., et al. (2018); Rasekaba, T.M., et al. (2018); Pare, G., P. et al. (2013).

31 Danne, T., et al. (2021); Ghosh, A., et al. (2020); von Storch, K., et al. (2019).

32 Wittchen HU, Krause P, Höfler M et al. (2001) NISAS-2000 die »Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study« – Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. Nervenheilkunde 1: 4–16.

33 Jennum, P. und J. Kjellberg, Health, social and economical consequences of sleep-disordered breathing: a controlled national study. Thorax, 2011. 66(7): p. 560-6.

34 Woehrle H, Ficker JH, Graml A, Fietze I, Young P, Teschler H, Arzt M. Telemedicine-based proactive patient management during positive airway pressure therapy: Impact on therapy termination rate. Somnologie (Berl). 2017;21(2):121-127.

von Krankheitslast, einer Reduktion von Krankenhausaufenthalten und sogar zu einer Senkung der Sterblichkeit beitragen konnte.[35,36]

Vorteile für Patientinnen und Patienten, das Gesundheitssystem, Angehörige der Gesundheitsberufe und die Allgemeinheit

- **Bessere Ergebnisse für Patientinnen und Patienten erreichen**: Der Einsatz von Telemonitoring wirkt sich nicht nur auf die klinischen, sondern auch auf Patienten-relevante Ergebnisse (PROM[37]) und Erfahrungen sowie auf die Patientenzufriedenheit allgemein positiv aus. Therapietreue und gesundheitliches Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen können verbessert werden.
- **Verschlimmerung chronischer Erkrankungen verhindern**[38]: Durch die Messung spezifischer Gesundheitsparameter und die permanente Begleitung des Gesundheitszustandes können telemonitorische Lösungen eine Schlüsselrolle bei der Früherkennung und Verhinderung einer weiteren gesundheitlichen Verschlechterung oder sogar tödlicher Verläufe spielen.[39] Bei MmD, insbesondere vom Typ 2, die telemonitorische Begleitung nutzten, wurde beispielsweise eine deutlichere Senkung des HbA1c-Wertes festgestellt, als bei Patienten, die nicht telemonitorisch begleitet wurden.[40]
- **Psychisches Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten verbessern[41]:** Durch das Wissen um die kontinuierliche Begleitung können die Patienten ein selbstständigeres Leben führen. Das individuelle Gefühl von Sicherheit in der Therapie und die gesteigerte Gesundheitskompetenz verbessern das Lebensgefühl.
- **Rechtzeitige Intervention sicherstellen:** Telemonitorisch begleiteten Patienten wird eine proaktive, präzisere und personalisierte Intervention durch medizinisches Fachpersonal ermöglicht, ggf. auch in Verbindung mit Videosprechstunden und -konsultationen.
- **Besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen:** Personen, die aufgrund von räumlichen Entfernungen, zeitlichen Engpässen, Alter oder Mobilitätseinschränkungen einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, erhalten einen „gleichberechtigten", einfacheren und schnelleren Zutritt.
- **Telemonitoring als ein Beitrag zur Reduzierung des CO_2-Fußabdrucks[42]:** Fahrten zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung können eingespart oder z. B. auch Krankentransporte aufgrund von akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes reduziert werden.

Sektorenübergreifender Informationsaustausch

Telemonitoring und allgemein Telemedizin kann dabei unterstützen, sektorale Hürden zu überwinden und Informationsverluste im Sektorenübergang zu reduzieren. Dafür sind allerdings technisch und organisatorisch etablierte Strukturen erforderlich. Die in Deutschland gelebte Praxis der dezentralen Datenhaltung mit den bekannten Vor- und Nachteilen erfordert im Vergleich zu vielen internationalen Lösungen mehr Aufwand im Aufbau dieser Strukturen. Dass die Telematikinfrastruktur (TI) in naher Zukunft die Basis einer gemeinsamen „Datenautobahn" werden könnte, klingt vielversprechend – scheint jedoch aktuell noch in weiter Ferne.

Vergliche man die Datennetze und Informationsflüsse des deutschen Gesundheitssystems mit dem Straßennetz in Deutschland, entstände folgendes Bild:
- **Autobahnteilabschnitte: stationärer und ambulanter Sektor**
- **Busse und Autos: Datenpakete**
- **Passagiere: einzelne Daten**
- **Brücken und Autobahnkreuze: fehlen**
- **Zwischendurch müssen Passagiere umsteigen: Bahnhöfe fehlen**

Da der Bedarf und der Nutzen sektorenübergreifend für ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten jedoch hoch sind, werden Netze benötigt, die diese Strukturerfordernisse bieten. Dies bie-

35 Koehler F, Koehler K, Deckwart O, Prescher S, Wegscheider K, Kirwan BA, Winkler S, Vettorazzi E, Bruch L, Oeff M, Zugck C, Doerr G, Naegele H, Störk S, Butter C, Sechtem U, Angermann C, Gola G, Prondzinsky R, Edelmann F, Spethmann S, Schellong SM, Schulze PC, Bauersachs J, Wellge B, Schoebel C, Tajsic M, Dreger H, Anker SD, Stangl K., Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1047-1057.

36 Hindricks G, Taborsky M, Glikson M, Heinrich U, Schumacher B, Katz A, Brachmann J, Lewalter T, Goette A, Block M, Kautzner J, Sack S, Husser D, Piorkowski C, Søgaard P; IN-TIME study group*. Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. Lancet. 2014 Aug 16;384(9943):583-590.

37 Patient-Reported Outcome Measures.

38 Dinesen B, Haesum LKE, Soerensen N, et al. *Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: a case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients.* Journal of Telemedicine and Telecare. 2012;18 (4). doi:10.1258/jtt.2012.110704; https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jtt.2012.110704, *abgerufen am 14.4.2022.*

39 Hindricks G, Taborsky M, Glikson M, et al. *Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial.* Lancet. 2014;384(9943):583-590. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61176-4. PMID: 25131977.

40 S. W. H. Lee, C. K. Y. Chan, S. S. Chua y N. Chaiyakunapruk. (2017). Comparative Effectiveness of Telemedicine Strategies on Type 2 Diabetes Management: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Scientific Reports, 7*(1), 12680, 1-11. https://www.nature.com/articles/s41598-017-12987-z.

41 Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. *The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19.* Telemed J E Health. 2020;26(4):377-379. doi: 10.1089/tmj.2020.0068. PMID: 32202977.

42 Purohit, Schmith, Hibble: Does telemedicine reduce the carbon footprint of healthcare? A systematic review. In: Future Healthcare Journal 2021, Vol. 8, No 1: e85-91.

ten derzeit nur Ärztenetze, Behandlernetze, wie z. B. das virtuelle Krankenhaus NRW oder auch Projektstrukturen wie in vielen Innovationsfondsprojekten oder Selektivverträgen. Diese Strukturen werden derzeit weitestgehend durch Fördermittel finanziert. Wo diese nicht vorhanden sind, kann die nicht vorhandene Infrastruktur zur gemeinsamen Patientenbehandlung nur durch das altruistische Engagement der Prozessbeteiligten substituiert werden. Dies ist kein tragfähiges Konzept und nicht skalierbar.

Das deutsche Gesundheitssystem sieht keine einheitliche Finanzierung oder öffentliche Struktur für die Übergänge zwischen den „Autobahnteilabschnitten" vor. An diesen Stellen fallen nicht nur Daten „ins Wasser", sondern auch Patientinnen und Patienten.

Derzeit wird politisch immer wieder entschieden auf welchem „Autobahnteilabschnitt" d. h. in welchem Sektor ein „Datenbus" fahren darf. Wenn Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit gesteigert werden sollen, muss der „Brückenbau" für die Datenbusse endlich organisiert und finanziert werden. Telemonitoring mit teilweise zentraler Datenhaltung unter Einhaltung von IT Standards bietet dafür eine gute Ausgangslage. Infrastruktur für eine gute Behandlungsqualität ist im öffentlichen Interesse aller, so dass diese, genau wie Straßen und Autobahnen auch öffentlich finanziert werden sollten.

Verstetigung neuer Versorgungsformen

Diagnostik- und Versorgungskonzepte, die mit Mitteln des Telemonitorings eine kontinuierliche Patientenbegleitung und erhebliche Versorgungs- und Prozessverbesserung ermöglichen, sind bis auf wenige Ausnahmen noch nicht Bestandteil der Regelversorgung und werden demzufolge auch nicht vergütet: es sei denn, sie sind Bestandteil von gesondert geförderten Projekten im Innovationsfonds oder vereinzelt auch über Selektivverträge nach § 140 a SGB V mit einzelnen gesetzlichen Krankenkassen vertraglich vereinbart. Im Versorgungsalltag ist der Einschluss von Patientinnen und Patienten in Selektivverträge mit innovativen ambulanten oder sektorenübergreifenden Versorgungs- und Behandlungskonzepten immer eine Gratwanderung, da diese außerhalb der Standardabläufe in den versorgenden Gesundheitseinrichtungen administriert werden müssen. Sie bieten jedoch auch die Chance, innovative Versorgungskonzepte zu erproben und umzusetzen.

Die Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung läuft bislang schleppend, die Projekte sind häufig schwierig zu skalieren oder unter realen Versorgungsbedingungen umzusetzen.[43]

Die allseits geforderte versorgungszentrierte Digitalisierung und der Abbau von Bürokratie bzw. analogen administrativen Abläufen sollten deshalb so schnell als möglich umgesetzt werden. Telemonitorische Patientenbegleitung optimiert die Versorgungsprozesse, ermöglicht neuartige Diagnosetechniken und dient der Versorgungsverbesserung für jede betroffene Patientin und jeden Patienten.

Die Implementierung einer Art Fast-Track-Verfahren zur Prüfung und schnellen Überführung dieser bereits in der Praxis gelebten Prozesse der telemonitorischen Unterstützungen in die Regelversorgung – optimalerweise als indikationsübergreifende Lösung –, um die deutsche Gesundheitsversorgung zügig, versorgungszentriert und kosteneffizient weiterzuentwickeln, ist jetzt dringend geboten.

Sabine Mertsch

Managerin Market Access, ResMed Germany Inc., Martinsried

Annette Hempen

Geschäftsführerin MuM Bünde, Vorstandsmitglied der DGTelemed, Bünde

Prof. Dr. Christoph Schöbel

Lehrstuhl für Schlaf- und Telemedizin, Universitätsmedizin Essen

Dr. Annette Mehler

EMEA Senior Lead Market Access Specialist Dexcom, Mainz

43 Ruppel,T., van den Berg N, und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstetigung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten, in: Monitor Versorgungsforschung 2022; 15(01): 72 – 76. **Monitor Versorgungsforschung** 2022; 15(01): 72 - 76

„Nichts ist stärker als eine Idee, deren Zeit gekommen ist“![1]

Auch Victor Hugo kann einmal irren – die Bürgerversicherung als Beleg

Von Dr. Helmut Platzer, Ebersberg[2]

Die Debatte über die Finanzierungsprobleme, die nicht nur, aber vor allem auf die Gesetzliche Krankenversicherung lawinenartig zurollen, ist bereits in vollem Gange. Unser Verfasser fragt sich allerdings, warum noch kein Umschalten aus der tagespolitisch-finanztechnischen Ebene heraus in den ordnungspolitischen Modus stattgefunden hat und versucht sich an einem Fingerzeig.

Wo kommen wir her?

Im Jahre 2021 war es eigentlich so weit, die Zeit der Idee einer Bürgerversicherung als Ordnungsrahmen der deutschen Sozialversicherung, zumindest der sozialen Krankenversicherung, war in mehrfacher Hinsicht gekommen. Die beiden größten Parteien in der neuen Ampelkoalition hatten sich in ihren Programmen und darüber hinaus in jahre-, was die SPD angeht, sogar jahrzehntelanger sozialpolitischer Programmdiskussion, auf die Einführung einer Bürgerversicherung festgelegt. Und noch viel wichtiger: Sie befanden sich damit erstmals überdeutlich im Einklang mit den Zukunftswünschen der Mehrheit der Deutschen. Infratest dimap ermittelte im Auftrag der ARD eine Bewertung von 69 Prozent der Befragten als gut bis sehr gut für die Einführung einer Bürgerversicherung.

Das Berliner IGES-Institut hatte im Jahr davor für die Bertelsmann-Stiftung errechnet, die von ihm als ineffizient und teuer apostrophierte Spaltung der deutschen Krankenversicherung müsse der durchschnittliche Krankenversicherte im Jahr mit rund 145 Euro an Beiträgen finanzieren; eine Senkung der Beiträge um etwa 0,5 Prozentpunkte sei erzielbar. Die heutige Bundestagspräsidentin Bärbel Bas kommentierte damals das Ergebnis lapidar mit „Die private Krankenversicherung kommt die gesetzliche Krankenversicherung teuer zu stehen“.

Die über längere Betrachtung konkurrierende Reformidee einer weitergehenden Kapitaldeckung als Zukunftsmodell für die sozialen Sicherungssysteme schließlich hatte durch die Finanzkrise der Jahre 2007 und 2008 einen Wirkungstreffer erhalten, von dem sie sich nicht mehr erholen konnte. Auch die Kopfpauschale oder Gesundheitsprämie als Modell war schnell entzaubert, als mehrere Gutachten zu dem Ergebnis kamen, sie passe weder zum Anliegen der Senkung von Lohnnebenkosten noch zu einer Politik sozialen Ausgleichs.

1 Zitat von Victor Hugo, französischer Schriftsteller und Politiker (1802-1885)
2 Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern

Wie kam es zu diversen Begriffsverwirrungen?

Offen war allerdings auch und gerade zu diesem Zeitpunkt, was die Teilnehmer an dieser Diskussion und in deren Gefolge auch die interessierte Öffentlichkeit unter dem schillernden Begriff überhaupt verstehen durfte und verstand. Die entschiedensten Gegner, wie etwa Helge Sodan mutmaßten sogar eine einfache Rezeptur. Man nehme zwei positiv besetzte Begriffe wie „Bürger" und „Versicherung" und gaukle durch deren Verknüpfung unter Ausnutzung der „schweren Krise" der GKV eine am Gleichheitsgefühl orientierte mögliche Gesundung des Systems vor; wer würde sich einem schönen Traum in den Weg stellen? Er versteigt sich zu einem vernichtenden Resümee, das er in ein Zitat von Diderot kleidet: „Große Namen taugen nur dazu, die Menge zu blenden, die kleinen Geister zu täuschen und den Scharlatanen Stoff für ihr Geschwätz zu liefern".

Das war allerdings nicht Ursache, sondern nur Auswirkung einer Begriffsverwirrung, zu der gerade entschiedene Befürworter der Bürgerversicherung selbst maßgeblich beigetragen hatten, hatten sie doch unter der gleichbleibenden Überschrift in den unterschiedlichen Phasen der Diskussion die unterschiedlichsten Subsumierungen angeboten. Die konkreteste Zielbestimmung und den politisch als deutlichsten Aufschlag empfundenen Impuls hatte die sog. Rürupkommission in ihrem Bericht zur „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme" vorgelegt, wenn auch in der Fachdiskussion schon lange Zeit vorher entsprechende Szenarien mit zum Teil durchaus weiter ausdifferenzierten Forderungen dargestellt worden waren.

Der Kommissionsbericht beschreibt das Bürgerversicherungsmodell kurz zusammengefasst als Finanzierungsmodell, in dem das Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen als Parameter für seine solidarische Verpflichtung und somit eine personelle Einkommensumverteilung innerhalb des Systems verwirklicht wird. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen sollten auf alle Bürgerinnen und Bürger und alle Einkunftsarten ausgeweitet werden, die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, bei nach wie vor einkommensabhängigen Beiträgen. Die paritätische Finanzierung sollte beibehalten werden. Langfristig sollte die GKV als allgemeine Vollversicherung und die PKV als Plattform für freiwillige Ergänzungen installiert werden. Darüber hinaus gehenden Aspekten aus der bereits laufenden Diskussion, wie der Berücksichtigung weiterer Einkommensarten auf Arbeitnehmerseite oder einer Umbasierung der arbeitgeberseitigen Beitragslast, weg von der Lohnsummenorientierung hin zur Wertschöpfung, trat die Kommission zunächst nicht näher.

Festzuhalten ist jedenfalls, dass das Bürgerversicherungsthema seine Rechtfertigung primär aus der erkannten Notwendigkeit einer Neuordnung des Versicherungs- und Beitragsrechts bezog.

Hilft der Blick auf die Leistungsseite?

Wesentlich später erlebte es eine Renaissance unter dem Eindruck der Polemik um eine vermeintliche oder als solche empfundene Zweiklassenmedizin, der sich das Gesundheitswesen ausgesetzt sah. Aus dem volkswirtschaftlich orientierten Bürgerversicherungsmodell wurde ein nicht mehr die Finanzierungsseite, sondern die Leistungsseite adressierendes Gerechtigkeitszielbild. Dies wird auch aus dem SPD-Programm für die letzte Bundestagswahl noch deutlich, das nunmehr an erster Stelle die Notwendigkeit nennt, den Zugang zu medizinischen Leistungen für alle Patienten zu vereinheitlichen, um sicher zu stellen, dass die Versorgungsleistungen „den Bedürfnissen derer entsprechen, die sie benötigen". Auch dieser turn-around wurde maßgeblich vom heutigen Gesundheitsminister getrieben, der eine systematische Prüfung forderte, die sich mit der Ungleichbehandlung der Patienten befassen sollte. Ärzte müssten wegen hoher Wartezeiten für gesetzlich versicherte Patienten einer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung entgegensehen. Seine persönliche Präferenz lag zu diesem Zeitpunkt allerdings bereits fest, er machte sich für eine einheitliche Honorarordnung für privat und gesetzlich Versicherte stark, was weitgehend als „GoÄ für Alle" verstanden und entsprechend kritisch gewürdigt wurde.

Dennoch kann nicht angenommen werden, die schnelle Verabschiedung von einer alten politischen Forderung sei nur die Folge einer Begriffsverwirrung, die nicht mehr auflösbar erschien. Dies ist ebenso wenig plausibel wie die weit verbreitete kategorische Feststellung der kritischen Diskutanten, eine systemische Veränderung sei ohnehin verfassungsrechtlich ausgeschlossen. Für die eher schlichte Gegenbewegung, die, mehr oder weniger schlüssig begründet, letztlich die Verteidigung des Geschäftsmodells der PKV zu ihrem Leitmotiv bestimmt hat, bietet allerdings beides eine wirkungsvolle Handhabe zur Diskreditierung jedweder so bezeichneten Reform. Dies veranlasste aktuell den Bundesgesundheitsminister bei der PKV-Jahrestagung 2022 zu dem blumigen Bekenntnis, die PKV sei „Teil seines gesundheitspolitischen Herzens", verfehlt also seine Wirkung nicht, ungeachtet der sachlichen Haltbarkeit.

Diese historische Entwicklung einschließlich der damit einhergehenden babylonischen Sprachverwirrung war den Koalitionsverhandlern und späteren Koalitionsvertragspartnern und den wichtigsten gesundheitspoliti-

schen Protagonisten natürlich bestens bekannt, allen voran dem späteren Gesundheitsminister, der die Entwicklung in jeder Phase nicht nur begleitet, sondern maßgeblich mit vorangetrieben hat. Umso verwunderlicher mutet es an, wenn die Option und alle ihre Suboptionen als allererste vom Verhandlungstisch genommen werden, noch bevor überhaupt Positionierungen dazu laut wurden oder die Chance bekamen, politischen Streit zu initiieren.

Was ist demgegenüber derzeit konkret beabsichtigt?

Ein Gesetz zur Finanzstabilisierung der GKV wird inzwischen mit großer Ungeduld erwartet. Zumindest Eckpunkte als Einstieg in die breitere Diskussion wären längst wünschenswert gewesen, wenn nicht zu viel Zeit verloren werden soll, die das System eigentlich jetzt schon nicht mehr hat. Darauf hat das BMG nun immerhin noch im Juni reagiert und Konzeptionelles veröffentlicht.

Die Eckdaten, auf die eine Neuregelung zwingend reagieren muss, sind bekannt und werden auch kaum angezweifelt. Die erwartete Finanzierungslücke der GKV im kommenden Jahr wird auf mindestens etwa 17 Mrd. Euro geschätzt. Sie wird zum weit überwiegenden Teil durch politische Entscheidungen der Vorgängerregierung, auch als Treiber von zusätzlichen Leistungsausgaben, verursacht. Anders als in früheren Jahren wird bezeichnender Weise nicht einmal versucht, eine Debatte über Misswirtschaft bei den Krankenkassen zu führen, um ein Alibi ausfindig zu machen.

Die Folgen von Jahrhundertereignissen wie andauernde Pandemie und Ukraine-Krieg sind nicht annähernd absehbar, eine bis vor Kurzem noch für undenkbar gehaltene Inflation erreicht auch das Gesundheitswesen. Näheres dazu dürfte frühestens nach den Beratungen des Schätzerkreises, auf den Lauterbach bereits Bezug genommen hat, erkennbar werden. Der Schätzerkreis tagt allerdings erst nach der Sommerpause und legt seine Erkenntnisse in der Regel im Oktober offen, verbunden mit der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages und idealiter rechtzeitig vor Beginn der Haushaltsplanung der Krankenkassen. Damit ist schwer nachvollziehbar, wie dies zur Ankündigung eines „baldigen Gesetzentwurfes" passt.

Klare Aussagen des Bundesministers liegen allerdings bereits vor, was die Werkzeuge angeht, die er in die Hand zu nehmen gedenkt. Deutlich steigende Kassenbeiträge, ein nochmals, allerdings wenig deutlich ausgebauter Bundeszuschuss und die Auflösung von Finanzreserven der Krankenkassen unter völliger Negierung der guten Gründe für die im Gesetz verankerten Mindestreserveregelungen sollen im Wesentlichen die nötige Luft für eine auskömmliche Finanzierung der GKV schaffen, also ein Paket von Maßnahmen die allesamt auf der Einnahmenseite ansetzen; die Rückkehr zu alten Kostendämpfungsstrategien schließt er hingegen kategorisch aus, was kassenseits zumindest im Hinblick auf den Arzneimittelmarkt und die Krankenhausfinanzierung auf wenig Verständnis stößt, erwartet man sich doch dort Potenziale, die sogar nicht nur auf mehr Wirtschaftlichkeit, sondern gleichzeitig auf positive Effekte der Versorgungsqualität wirken würden. Beispiele für eine entschlossene Umfinanzierung signifikanter versicherungsfremder Leistungen zu Lasten des allgemeinen Haushalts fehlen nach wie vor, der vorsichtige Ansatz einer verbesserten Gegenfinanzierung der Versorgung von ALG-II-Empfängern erschien offenbar bereits als zu weitgehend oder vielleicht auch nur schlicht „koalitionsfriedengefährdend".

Auffällig ist in diesem Zusammenhang der gänzliche Verzicht auf eine kritische ordnungspolitische Auseinandersetzung mit den wesentlichen Ursachen des starken Ausgabendrucks, für den in den letzten Jahren politische Entscheidungen der letzten Koalition gesorgt hatten; insbesondere der abenteuerliche Umgang mit den Lasten, die sich aus der Bekämpfung der Coronapandemie ergeben haben, wird beharrlich ignoriert.

Lauterbach selbst nannte als übergeordnetes Prinzip, dem er bei seinen Neuregelungsbemühungen zu folgen gedenkt, die Verteilung der Lasten auf mehrere Schultern, also ein dezidiertes Gerechtigkeitsziel. Man darf ihm sicher zubilligen, dass ihm dabei eine Lastenverteilung vor Augen steht, die nicht nur die Zahl der Schultern, sondern vor allem auch deren Stärke abbildet. Angesichts einer Gemengelage von zu schulternden Belastungen durch Inflation, drohende Rezession, Energiepreisentwicklung, Wohnraumknappheit und ähnliche Entwicklungen, die die unteren Einkommensgruppen weit überproportional bedrohen, ließe sich zumindest eine Strategie gut begründen, die vermeidet, noch ein weiteres Belastungsszenario hinzu zu addieren.

Damit befindet sich das GKV-System und die Diskussion um seine zukunftssichere Gestaltung aktuell punktgenau in einem Biotop, in dem die Ideen einer Bürgerversicherung ideal gedeihen und Früchte tragen könnten.

Wesentliche Bestandteile einer am Modell der Bürgerversicherung orientierten Finanzreform würden auf das Prinzip der starken Schultern direkt und unmittelbar einzahlen. Der Einstieg in die Abschaffung einer Versicherungspflichtgrenze und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wären treffsichere und wirksame Schritte auf dem Weg zu einer wesentlich verbesserten Orientierung der Verpflichtung, neue Lasten in einem solidarischen System zu tragen, an der Leistungsfähigkeit.

Er beträfe auch längst nicht mehr nur einen kleinen Teil besonders privilegierter Personen, sondern könnte mitten in der Erwerbsgesellschaft ansetzen, wo der Zugang zu echter Finanzwirksamkeit zu finden ist. Die Entlastung von unteren Einkommensgruppen als derzeit zentrales politisches Anliegen fände eine Heimat nicht nur im Steuer- oder Subventionsumfeld, sondern auch in einem sozialen Sicherungssystem, zu dessen DNA der soziale Ausgleich seit jeher gehört.

Die Wiederaufnahme der kritischen Debatte um die Treffsicherheit ausschließlich lohnbezogener Maßstäbe unter Ausblendung anderer Einkommensarten und der gesamten Wertschöpfung bei Bemessung arbeitgeberseitiger Verpflichtungen eröffnet die Möglichkeit, volkswirtschaftliche Realitäten des Jahres 2022, ja des 21. Jahrhunderts unter Beibehaltung der systemstabilisierenden Parität abzubilden. Der zumindest schrittweise Rückbau der Sondersicherungssysteme bestimmter Bevölkerungsgruppen verbreitert die Basis für Lastenverteilung in einer Weise, die neue und Spitzenbelastungen wesentlich leichter zu solidarisieren hilft.

Alles das und noch manches mehr kommt nicht nur völlig ohne die Strapazierung des Begriffes der Bürgerversicherung aus, sondern erlaubt durchaus sehr wohl auch die Zukunftssicherung eines, wenn auch adaptierten Geschäftsmodells der privaten Versicherungswirtschaft.

Bei Bereitschaft zu einer rein interessenpolitisch getriggerten Überlegung, wie sich auch in der gegebenen Gemengelage die Chance finden ließe, mit wesentlichen Teilen eines Bürgerversicherungsmodells auf die Herausforderungen des Finanzierungssystems der GKV zu antworten, stellt sich am Ende die Frage nach dem realistischen Risiko für eine, so die Annahme, institutionell zu schützende PKV. Die Anmerkung, dass es eine verfassungsrechtliche Institutionengarantie für die PKV im Gegensatz zur GKV nicht gibt, ist an dieser Stelle allerdings unverzichtbar.

Auf einen einfachen Nenner gebracht: Wäre damit tatsächlich das Ende der PKV eingeläutet? Die Auffangposition bestünde in einem Ausbau der Zusatzversicherungsangebote mit kompensatorischer Wirkung für die Risiken im Geschäftszweig „Vollversicherung". Ein völlig neues Geschäftsmodell oder gar eine neue Beweglichkeit wäre darin nicht zu sehen, eher die Fortschreibung einer generischen Entwicklung schon im rechtlichen Status quo seit mehr als einem Jahrzehnt.

Im Bereich der Zusatzversicherung berichtet die Branche seit Jahren über durchschnittliche Zuwachsraten von etwas mehr als 2 Prozent und steht bei rund 37,1 Millionen Verträgen. Im Bereich der Vollversicherung ist die Entwicklung seit 2012 demgegenüber leicht rückläufig, auf derzeit etwa 8,7 Mio. Versicherte, weit überwiegend Beamte. Der Auffassung, die Zusatzversicherung sei „die neue Vollversicherung" wird allerdings von Branchenvertretern widersprochen, zu inhomogen seien die Beitragsaufkommen im Zusatzversicherungsgeschäft. Ob dies mit Blick auf die Bilanzdaten der Player auf diesem Markt noch haltbar wäre, sei einmal dahingestellt.

Damit ist allerdings die zukünftige Entwicklung keineswegs vorgegeben, die unter im obigen Sinne veränderten Rahmenbedingungen zu erwarten wäre. „Reichere" gesetzlich versicherte Personenkreise hätten ein wesentlich größeres Potenzial für Zusatzversicherungsgeschäfte zu bieten als der durchschnittliche GKV-Versicherte derzeit. Das Interesse an Leistungskomplexen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV, mit welcher Sinnhaftigkeit auch immer, wächst stetig. Auch der Ausbau von Kooperationen zwischen GKV-Kassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen bietet noch ein weites Feld an Möglichkeiten.

Warum also zögern?

Die parlamentarische Mehrheit würde mit höchster Wahrscheinlichkeit stehen, der Rückhalt in der Bevölkerung wäre nach allen demoskopischen Erkenntnissen sicher, die Frage, welche Reformschritte auf der Leistungsseite erforderlich sind und wie die einzelnen Versorgungsbereiche sich weiter entwickeln sollen, wäre problemlos abkoppelbar und die alljährlich wiederkehrende Diskussion um eine tatsächliche oder gedachte Obergrenze der Beitragsbelastung wäre auf Jahre hinaus wesentlich leichter zu führen, wenn sie denn überhaupt noch zeitgemäß wäre. Das Thema Zweiklassenmedizin schließlich könnte endgültig ad acta gelegt werden. Ja, sogar dem Anliegen des Koalitionspartners FDP, die Private Krankenversicherung als Institution und marktwirtschaftliches Symbol zu hüten wie den eigenen Augapfel, könnte Rechnung getragen werden durch die Einleitung einer unverkrampften Debatte über deren Geschäftsmodell in den nächsten Jahren und Jahrzehnten. Am Ende behielte Victor Hugo, dessen Zitat zu meiner Überschrift wurde, vielleicht doch noch Recht.

Dr. Helmut Platzer

Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern

Neu & Nützlich

MySmartHeart (MSH): Innovative EKG-Serviceplattform

In der Schweiz ist ein smartes Verfahren im Bereich Herz-Kreislauferkrankungen bereits gut etabliert. In Deutschland fasst es auch bereits Fuß. MSH erkennt einfach und sicher Herzrhythmusstörungen mit Hilfe von smarten EKG-Sensoren und künstlicher Intelligenz – bei geringen Kosten, betrieben von MSH Medical Europe. Wir haben das Device getragen und getestet und fanden die Auswertungen sehr dezidiert und nützlich.

Smarte EKG-Sensoren und künstliche Intelligenz werden in den USA seit vielen Jahren für die Erfassung und Auswertung von EKG-Daten eingesetzt. Diese Technologie ist ideal für die effiziente Diagnose von Herzrhythmusstörungen, die jeden Tag und nicht regelmäßig vorkommen. Herzrhythmusstörungen werden auch in Deutschland zunehmend diagnostiziert und stellen die Versorgung vor Herausforderungen. Ursachen hierfür liegen in der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung, aber etwa auch – ganz aktuell – in der verstärkten Notwendigkeit der Abklärung von Folgen durch COVID-Erkrankungen und -Impfungen. Die smarten EKG-Sensoren sind klein, bequem und sammeln EKG-Daten in klinischer Qualität. Sie erfassen mühelos sehr viele EKG-Daten nicht nur über 24 Stunden, sondern über mehrere Tage und Wochen. Die gesammelten Daten werden von leistungsstarken Algorithmen auf großen Servern ausgewertet. Die immense Datenausbeute und die genaue Auswertung mit Hilfe von künstlicher Intelligenz sind entscheidend für akkurate Diagnosen und hohe Behandlungserfolge von Herzrhythmusstörungen. Die gegenüber außereuropäischen Ländern hohen Anforderungen an den Datenschutz, die fehlende technische Ausrüstung in Praxen/Kliniken, die generelle Skepsis gegenüber künstlicher Intelligenz, der erhöhte Arbeitsaufwand für die ärztliche Auswertung und das Vertrauen bezüglich der Auslagerung der Daten an Dienstleister bilden Barrieren für den Einsatz innovativer und digitaler Technologien. Hinzu kommt die fehlende Abrechenbarkeit für smarte EKG-Sensoren. Für diese neue und mit sehr hohem Nutzen behaftete Methode fehlt noch immer eine entsprechende und vor allem adäquate Erstattung. Für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erfolgt eine Erstattung nur für solche Untersuchungen, die mit traditionellen kabelgebundenen Geräten erfolgen. Diese aber eigenen sich nicht für EKG-Untersuchungen über viele Tage und Wochen hinweg. Dagegen ist der Einsatz von implantierbaren Eventrekordern wiederum mit erheblichen Kosten verbunden.

Die AOK Niedersachsen bietet seit Herbst 2021 als erste Krankenkasse in Deutschland ihren Versicherten die Untersuchung mit smarten EKG-Sensoren und künstlicher Intelligenz an – eine kosteneffiziente Alternative zu implantierbaren Eventrekordern. Mit diesem Angebot schließt die AOK Niedersachsen in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eine erhebliche Versorgungslücke bei der Untersuchung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Zentraler Partner ist die MSH Medical Europe. Die innovative EKG-Serviceplattform von MSH Medical Europe ist eine „One-Stop-Solution". Hier finden Praxen/Kliniken einen umfangreichen Dienst, der gleichzeitig mehrere Lösungen enthält und die bisherigen Barrieren gegenüber dem Einsatz von smarten Sensoren und künstlicher Intelligenz überwindet. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen können auf dieser herstellerunabhängigen

Plattform einfach und sicher den digitalisierten EKG-Service mit smarten EKG-Sensoren bestellen – und außerhalb des Sondervertrags in naher Zukunft auch mit Wearables wie Apple Watch und Co. Der Service wird fallspezifisch mit einer Pauschale pro Untersuchung («Pay-per-Use») in Rechnung gestellt, die alle Leistungen umfasst.

Worum geht es?

Die MySmartHeart AG aus der Schweiz bietet seit 2013 eine einzigartige web-basierte Serviceplattform an. Praxen/Kliniken können auf dieser herstellerunabhängigen Plattform einfach und sicher ambulante EKG-Untersuchungen mit smarten EKG-Sensoren bestellen. Zu ihren Kunden zählen die Universitätskliniken in Zürich und Genf. Seit 2021 hat das Unternehmen einen Standort in Deutschland: MSH Medical Europe (kurz: MSH). MSH hat einen ersten Sondervertrag mit der AOK in Niedersachsen unter Beteiligung der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (kurz: KVN). Sie empfiehlt die EKG-Serviceplattform von MSH für einen ersten Einsatz. Im Sondervertrag erhalten die KVN-Mitglieder die Möglichkeit, auf der Serviceplattform von MSH ambulante EKG-Untersuchungen bis zu 14 Tagen durchzuführen. Die AOK Niedersachsen bietet damit ihren Versicherten eine wirtschaftliche Alternative zu den Untersuchungen mit implantierbaren Eventrekordern.

Wer profitiert wie davon?

Versicherte

Die Versicherten stehen im Mittelpunkt der Untersuchungen auf der EKG-Serviceplattform von MSH. Die hier eingesetzten smarten EKG-Sensoren ermöglichen einen einfachen Einsatz über viele Tage und Wochen. Sie sind kabellos, klein und sogar wasserdicht. Die Akkulaufzeit beträgt bis zu 16 Tage und die Elektrodenpflaster müssen nur alle 5–7 Tage gewechselt werden. Bei Bedarf können die Sensoren erneut aufgeladen werden und EKG-Daten bis zu 30 Tage aufzeichnen. Für längere Untersuchungszeiträume können entweder mehrere Sensoren für die gleiche Untersuchungsperson eingesetzt werden oder der Sensor wird an an ein Smartphone gekoppelt und überträgt die Daten laufend an den Server. Die Sensoren bieten somit mehrere Optionen und die Aufzeichnung kann prinzipiel zeitlich unbegrenzt erfolgen. Sie zeichnen nicht nur jedes Ereignis auf, sondern jeden einzelnen Herzschlag und die Aktivität auf. Per Knopfdruck können die Versicherten bei spürbaren Symptomen Markierungen setzen. Sie können ihren normalen Aktivitäten wie gewohnt nachgehen und sammeln wertvolle ambulante EKG-Datenreihen für die Diagnose von Herzrhythmusstörungen. Selbst bei Ohnmacht zeichnen die smarten Sensoren weiter auf. 14–30 Tage sind gemäß Studien* und Empfehlungen* von internationalen Fachverbänden ein optimaler Zeitraum für die Untersuchung von Herzrhythmusstörungen. Die sehr hohe Datenausbeute in diesen Zeiträumen verbessert für die behandelnden Praxen/Kliniken die Grundlage für akkurate Diagnosen und Verlaufskontrollen. Die smarten Datalogger bieten darüber hinaus auch die Möglichkeit die Daten direkt zu übertragen. In der EKG-Serviceplattform kann die telemetrische Übertragung der Daten per Mausklick ausgewählt werden.

Abb. 1: Smarter EKG-Sensor über dem Vorhof, auf dem Sternum: weniger Muskelartefakte, verbesserte Aufnahme der P-Welle.

Abb. 2: Einfacher Versorgungsweg, grosse Zeitersparnis von der Bestellung bis zum aussagekräftigen Bericht.

Praxen/Kliniken können die Daten dann «online» einsehen und auf dieser Grundlage zeitnah intervenieren. So können zum Beispiel Untersuchungen frühzeitig beendet werden, sobald die gesuchte Herzrhythmusstörung gefunden wurde. Der optionale telemetrische Service verkürzt die Zeit bis zu einer notwendigen medizinischen Behandlung. Längere Datenreihen konnten bisher nur mit implantierbaren Geräten einigermaßen komfortabel für Versicherte erreicht werden – allerdings für ein Vielfaches der Kosten und verbunden mit Im- und Explantationen.

Praxen/Kliniken

Für Praxen/Kliniken stellen sich beim Einsatz neuer digitaler Technologien sowohl wirtschaftliche als auch auch funktionale Fragen. MSH versteht sich als Serviceanbieter, unterstützt die Praxen/Kliniken partnerschaftlich bei der Lösung aller Fragestellungen und zeigt auch mögliche neue Potenziale auf.

Die EKG-Serviceplattform von MSH überwindet technische, logistische,

wirtschaftliche und datenschutzrechtliche Barrieren und stellt den hohen Nutzen von smarten EKG-Sensoren und künstlicher Intelligenz den Praxen/Kliniken einfach und sicher zur Verfügung:

Technische Ausrüstung in Praxen/ Kliniken: Praxen/Kliniken werden digitalisiert ohne den sonst notwendigen immensen Investitionsaufwand für Soft- und Hardware. Die eingesetzten Sensoren müssen nicht angeschafft werden, sondern sind Teil einer Servicepauschale pro Untersuchung. Praxen/Kliniken können die Anzahl der Kits laufend der Anzahl ihrer Untersuchungen anpassen. Die EKG-Serviceplattform stellt immer die aktuellen Modelle zur Verfügung – in naher Zukunft auch für Wearables wie Apple Watch und Co. Die Software muss nicht lokal installiert und regelmäßig gewartet werden. Das EKG-Serviceplattform ist über den Internetbrowser mit einem personalisierten Login erreichbar – von überall in der Praxis, von zuhause und unterwegs. Wartungen und Updates der EKG-Serviceplattform werden automatisch durchgeführt und lösen keinen weiteren Aufwand oder Unterbrechung im Arbeitsablauf für Praxen/Kliniken aus.

Arbeitsaufwand/ Validierung der KI-Klassifizierung: Praxen/Kliniken müssen keine langen Datenreihen auswerten. Der digitale EKG-Service von MSH spart Zeit und es können mehr Versicherte behandelt werden. Die EKG-Serviceplattform übernimmt diese Arbeit und validiert die Daten in mehreren Stufen:

(i) Selbstlernende DNN-Algorithmen (DNN steht für Deep Neural Network) und künstliche Intelligenz klassifizieren die gefundenen Ereignisse mit hoher Sensitivität.
(ii) Zertifizierte EKG-Fachpersonen sind die zweite Stufe und erstellen einen aussagekräftigen Bericht, mit Ereignisbeispielen und technischen Kommentaren.
(iii) Die Praxen/Kliniken erhalten den technischen Bericht und den Zugang zu jedem Herzschlag. Sie sind die letzte, verantwortliche Stufe und können die Klassifizierungen durch künstliche Intelligenz und selbstlernende Algorithmen sowie die Berichte der EKG-Fachpersonen überprüfen, ändern und ergänzen.

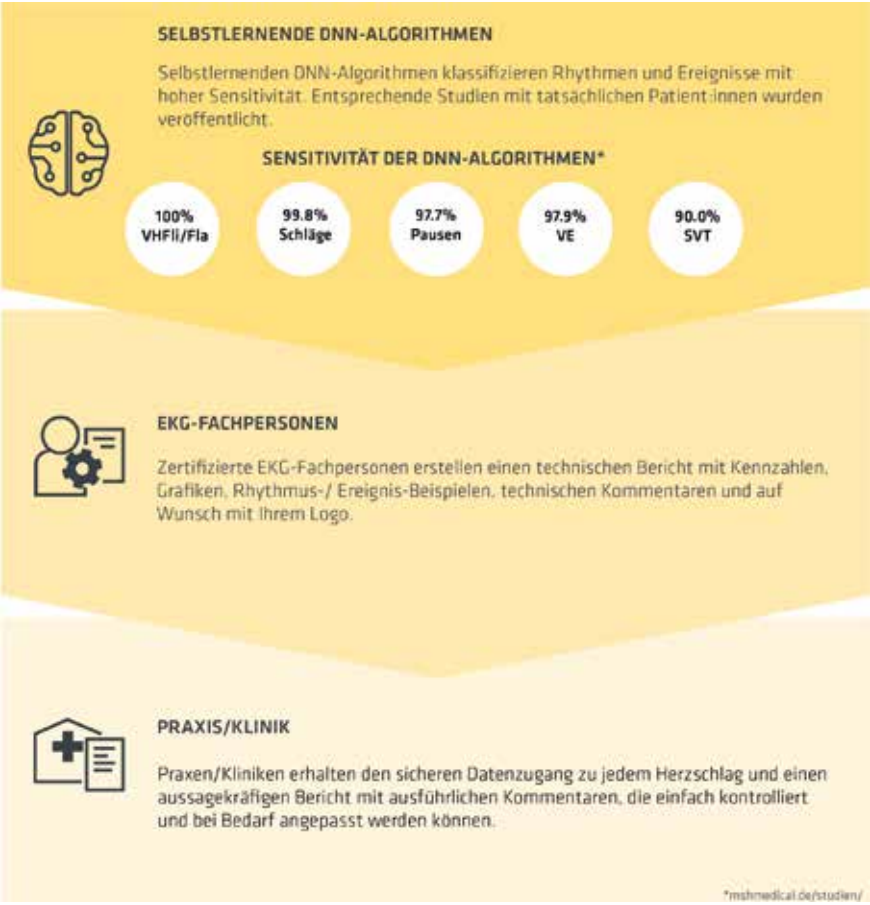


Abb. 3: EKG-Serviceplattform validiert die EKG-Aufzeichnungen in drei Stufen.

Abb. 4: Ergebnisse bezüglich der Tragedauer und Zufriedenheit.

Datenschutz/Pseudonymisierung: Die EKG-Serviceplattform verarbeitet die Daten sicher und konform zu den Vorgaben der DSGVO. Zusätzlich zu diesen Vorgaben gewährleistet sie sogar einen erhöhten Datenschutz: Sie trennt die personenbezogenen Daten von den medizinischen EKG-Daten und speichert sie in separaten Systemen – siehe auch weiter unten «Was ist zur Qualität, Sicherheit und Evidenz zu sagen?».

Risikominimierung: MSH übernimmt die Risiken für Verlust, Beschädigung und Zerstörung bei Transport und Lagerung.

Abrechnung: Praxen/Kliniken bezahlen für die Inanspruchnahme der Services eine Pauschale pro Untersuchung. Der Umfang der Services kann von der Praxis/Klinik flexibel bestimmt werden.

Versicherte und Praxen/Kliniken profitieren von der herstellerunabhängigen EKG-Serviceplattform. Lange EKG-Datenreihen in klinischer Qualität, künstliche Intelligenz und EKG-Fachpersonen liefern einfach und sicher aussagekräftige Ergebnisse. Die Serviceplattform bietet Versicherten und Praxen/Kliniken neue Chancen für akkurate Diagnosen und erfolgreiche Behandlungen von Herzrhythmusstörungen – und von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel kryptogener Schlaganfall.

Krankenversicherung

Der erste Sondervertrag mit der AOK Niedersachsen schafft die Möglichkeit, kosteneffizient eine höheres Niveau der Behandlungsqualität zu erzeugen und damit die Versorgung ingesamt zu verbessern. Er bietet dabei erhebliches Potenzial für die Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Die mögliche Übernahme des digitalen EKG-Service in den Leistungskatalog bietet den Kostenträgern folgende Vorteile:

Versorgungslücke effizient schließen: Der Vertrag mit der AOK Niedersachsen bietet den Versicherten mit der EKG-Serviceplattform eine kosteneffiziente Alternative zu Untersuchungen mit implantierbaren Eventrekordern. Die EKG-Serviceplattform von MSH soll Untersuchungen mit implantierbaren Eventrekordern nicht ersetzen, sondern helfen, ihren Einsatz zu steuern und ein notwendiges Maß zu definieren.

Reduktion der Untersuchungsanzahl: Die Anzahl vieler wiederholter 24h-EKG-Untersuchungen mit Kabel-Geräten kann durch diesen neuen innovativen Service reduziert werden. Nur 6 % der Untersuchungen mit MSH müssen wiederholt werden.

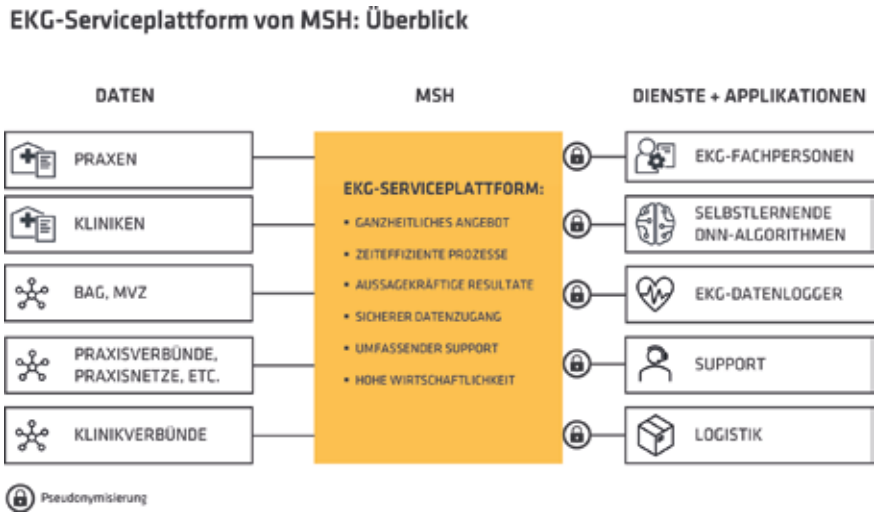


Abb. 5: EKG-Serviceplattform von MSH im Überblick

Prävention kostenintensiver Behandlungen: Die smarten EKG-Sensoren sind einfach und bequem zu tragen. Praxen/Kliniken können direkt starten und die Daten schnell auswerten. Kostenträger können die Sachkosten deutlich senken. Das Angebot von MSH ist niederschwellig und kann viele Versicherte schnell und einfach erreichen. Es verbessert die Primär- und Sekundärprävention und hilft teure Behandlung von spät erkannten Erkrankungen zu vermeiden.

Qualitätssicherung durch Verlaufskontrollen: Kostenträger und Praxen/Kliniken können diesen Service für die Verlaufskontrolle von Behandlungen einsetzen, die Qualität beobachten und Kosten senken – zum Beispiel bei Ablationen und Antikoagulation.

Neue effiziente Behandlungspfade: Die Verfügbarkeit der Daten auf web-basierenden Plattformen ermöglichen eine vernetzte Zusammenarbeit, die bisherige technische Grenzen zwischen den ambulanten und stationären Sektoren überwindet und neue, sektorenübergreifende Behandlungspfade ermöglicht. Versicherte können schneller und besser behandelt sowie gleichzeitig unnötige Überweisungen und Behandlungen vermieden werden. Die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen kann mit Hilfe der vernetzten Zusammenarbeit weiter verbessert werden.

Was ist zur Qualität, Sicherheit und Evidenz zu sagen?

Die EKG-Serviceplattform integriert smarte EKG-Sensoren und EKG-Analyseapplikationen, die als Medizinprodukte zugelassen sind. Die firmeninternen Prozesse sind gemäss DIN EN ISO 13485:2016 zertifiziert. Die EKG-Serviceplattform entspricht den strengen Vorschriften der DSGVO. Ein Zugriff auf die personenbezogenen Daten durch Drittanbieter bzw. Partner, sowie EKG-Fachpersonen ist technisch ausgeschlossen. Lediglich der Zugriff auf die EKG-Werte wird im Rahmen der Verarbeitung gewährt. Die personenbezogenen Daten sind auf separaten Servern gesichert. Insofern schirmt die EKG-Serviceplattform von MSH die Praxis/Klinik vor dem Zugriff Dritter sicher ab. Die Qualität wird systematisch über Feedback-Fragen zu jeder Untersuchung und jedem Bericht erfasst. Der Nutzen der hohen Datenausbeute mit Hilfe der smarten Sensoren und die

Genauigkeit der eingesetzten Algorithmen wurde in zahlreichen, internationalen Studien hinreichend dargelegt. *

Gibt es praktische Anwendungen und Erfahrungen?

Die AOK Niedersachsen ist mit der Zusammenarbeit sehr zufrieden. Der Zwischenbericht von Juni diesen Jahres enthält folgende Rückmeldungen von Praxen und Versicherten:

- Durchgehend positive Resonanz (Bewertung 4,38 Sterne von 5 Sternen) der Ärzte bezüglich der Handhabung der Sensoren, des Service und der generierten Berichte bzw. Daten – Erhebung durch Telefonanrufe und Feedbackbögen.
  - EKG-Auswertung sehr präzise und bedarfsgerecht – Berichtsqualität
  - Telefonischer Support wird von Praxen primär in Anspruch genommen
- Durchgehend positive Resonanz Patienten bezüglich des Tragekomfort und der einfachen Handhabung – Erhebung durch Feedbackbögen:
  - 70 % der Patienten sind begeistert vom Tragekomfort und der unkomplizierten Handhabung
  - Einführung des sensitiven Pflasters zur Vermeidung von Hautirritationen geplant
  - 100 % der Patienten würden MSH weiterempfehlen
- Wenig Schwierigkeiten bei dem Anmeldeprozess in der Zusammenarbeit zwischen Praxis und MSH
  - Der papierlose Anmeldeprozess führte selten zu Schwierigkeiten
  - Bedingt durch Krankenstände Verzögerungen in der Umsetzung und Unterzeichnung der notwendigen Unterlagen

Ein Zwischenbericht der SELPHE-Studie[1] am Universitätsklinikum in Rostock kommt im April 2022 zu folgenden Ergebnissen:

- Die Handhabbarkeit ist sehr benutzungsfreundlich. Die Organisation der Behandlung (Anlegen und Verwaltung) ist einfach. Das System ist benutzerfreundlich und wird häufig durch medizinische Fachangestellte übernommen.
- Die Bewältigung des Aufwands für die anfallende Masse an Daten bei so langer kontinuierlicher EKG-Diagnostik und das genaue Beurteilen ist unproblematisch. Die detaillierte statistische Aufarbeitung und Anschaulichkeit im technischen Bericht und sensitiver Algorithmen, erhöhen für die Ärzte die Anwenderfreundlichkeit.
- Das Anlegen des Gerätes und die Einweisung gehen schnell und sind daher gut mit dem oft hektischen klinischen Alltag kompatibel.
- Ein hohes positives Versicherten-Feedback bezüglich der Kompaktheit des kabellosen Sensors und kaum vorhandene Einschränkungen während des langen Tragens im Untersuchungszeitraum.
- Die Untersuchungen mit MSH wurden auch bei ausgewählten Versicherten außerhalb der Studie im klinischen Alltag durchgeführt, da sie viele Vorteile in der Diagnostik bieten, v. a. das Füllen einer diagnostischen Lücke durch verlängerte Untersuchungsdauer zwischen klassischem Holter (max. 72h) und implantierten Event-Recordern (dauerhaft).
- Sehr positiver direkter persönlicher Kontakt zur Firma und guter Support von Anfang an, d. h. von der Idee über die technische Inbetriebnahme, Fragen und Feedbacks bei Untersuchungsbefunden, sowie individuelle Unterstützung bei auftretenden Herausforderungen (beispielsweise Stellung von angepassten Aufklärungsmaterialien für betagte Versicherte etc.).

Wer sind die Macher und wie kann man mit MSH in Kontakt treten?

Gründer sind Christian Geers, Dr. David Hürlimann und Dr. Thomas Billeter. Alle drei bringen unterschiedliche Profile mit, die sich hervorragend ergänzen. Christian Geers, ehemaliger Gesellschafter und CEO von Geers Hörakustik, ist Unternehmer, Netzwerker und Spezialist im Bereich Hilfsmittel. Dr. David Hürlimann ist Kardiologe und arbeitet an der Herzklinik Hirslanden in Zürich. Als medizinischer Leiter von MSH setzt er sich für «Smarte Medizin» ein und stellt den medizinischen Nutzen der Serviceplattform sicher. Dr. Thomas Billeter ist Ingenieur und IT-Spezialist der ETH Zürich und ehemaliger McKinsey Berater. Das Team kann unter folgender E-Mail-Adresse erreicht werden: happy2help@mshmedical.de.

Siehe Studien unter folgendem Link: https://mshmedical.eu/studien/

Christian Geers

CEO, Founder MSH, Zürich

Dr. med. David Hürlimann

Founder MSH, Facharzt für Kardiologie, Zürich

Dr. Thomas Billeter

MSH, Zürich

1 Interner Zwischenbericht der Universität Rostock, liegt der Redaktion vor; die SELPHI-Studie umfasst 250-300 Patienten; aktuell sind 100 Patienten eingeschlossen; voraussichtlicher Studienabschluss 2024.

Leistungs- & Vertragswelt

Medizinische Dienste unterstützen Gesundheitsämter und Versorgung

Die Corona-Pandemie stellt eine große Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für die medizinische und pflegerische Versorgung dar. Daher haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ihre Unterstützung zur Bewältigung der Krise angeboten. Über 800 MDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind derzeit in den Gesundheitsämtern sowie in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auf freiwilliger Basis tätig. 210 Ärztinnen und Ärzte, 540 Pflegekräfte und 60 weitere Mitarbeiter aus den MDK arbeiten in den unterschiedlichsten Bereichen, die in der Corona-Krise besondere Unterstützung benötigen. Mehr als die Hälfte unterstützt die Gesundheitsämter beim Infektionsschutz vor Ort: Die MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter spüren Infektionsketten auf, sie verfolgen Kontakte von Infizierten und begleiten die Quarantänemaßnahmen. Ärzte und Pflegekräfte sind außerdem in Fieberambulanzen und Abstrichzentren für Corona-Tests tätig. Weitere Mitarbeiter sind in Krisenstäben auf Landesebene eingesetzt und bauen regionale Netzwerke zur Versorgung von Covid-19-Patienten auf. MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter helfen zudem in Pflegeeinrichtungen aus, wenn dort infiziertes Personal ausgefallen ist. Weitere Mitarbeiter sind in Krankenhäusern tätig. Die Beanspruchung der Medizinischen Dienste ist je nach Problemlage und Bedarf in den Bundesländern, Landkreisen und Kommunen unterschiedlich ausgeprägt. Die Koordination der Unterstützung ist auf Landesebene organisiert. Einrichtungen, die Corona-bedingt Hilfe benötigen, können sich an die zuständigen Stellen vor Ort wenden.

Media4Care und der Computerhersteller Lenovo stellen kostenlos Tablets mit besonderer Software für Senioren zur Verfügung

Die Corona-Krise und die mit ihr verbundenen Einschränkungen haben alle in bislang nicht gekanntem Ausmaß getroffen. Das gilt insbesondere für Menschen mit Demenz, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung leben, sowie ihre betreuenden und pflegenden Angehörigen. Durch Kontaktbeschränkungen und fehlende Betreuungs- und Unterstützungsangebote sind sie häufig auf sich allein gestellt und isoliert. Media4Care, seit Jahren erfahren mit Tablets in der Betreuung von Menschen mit Demenz, und der Computerhersteller Lenovo, stellen deshalb in einer Corona-Hilfsaktion Tablets für Senioren kostenlos bis zum 31. Dezember 2020 zur Verfügung. Auch die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg unterstützt diese Aktion. Neben Beschäftigungs- und Unterhaltungselementen bietet das Tablet auch die sehr einfach zu bedienende Möglichkeit zur Videotelefonie – gerade in Corona-Zeiten ein wichtiges Mittel, um Kontakte zu pflegen und mit der Familie zu sprechen. Das seniorengerechte Tablet, das in enger Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen entwickelt wurde, bietet nicht nur eine mediale Unterhaltungsmöglichkeit, sondern fördert zudem die mentale Fitness von Demenzkranken durch spielerische Denksportaufgaben. Technische Vorkenntnisse sind für die Nutzung des Tablets nicht notwendig. Die Programme sind einfach und ohne Barrieren entwickelt worden und sollen vor allem Freude machen. Für Teilnehmende an dieser Aktion entstehen keine Kosten und weiteren Verpflichtungen. Nach Ende der Aktion am 31. Dezember 2020 wird das Tablet einfach über den beigelegten Retourenschein kostenlos an Media4Care zurückgeschickt. Weitere Informationen zum Tablet und das Teilnahmeformular: www.Media4Care.de/corona-hilfsaktion.

G-BA: Interstitielle Glukosemessung als Leistung der Behandlungspflege gemäß HKP-RiLi

Die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) ist künftig unter bestimmten Voraussetzungen eine Leistung der Behandlungspflege. Bei den CGM-Geräten wird über einen fadenförmigen Sensor kontinuierlich der Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes an Bauch oder Oberarm gemessen und an ein Empfangsgerät gesendet. Um den Sensor zu platzieren, muss eine dünne Nadel in die Haut eingestochen und der Sensor an der betroffenen Hautstelle fixiert werden. Bei Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeiten so eingeschränkt sind, dass sie bei Durchführung der Messung, beim Wechseln des Sensors oder bei der Gerätekalibrierung Hilfestellung benötigen, kann künftig die Behandlungspflege-Leistung 11a verordnet werden. Der Beschluss vom 18. Juni 2020 tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. (AM)

Erstmalige Honorarvereinbarung für das Impfen in Apotheken, bundesweit erstes Modellprojekt

Der Apothekerverband Nordrhein hat mit der AOK Rheinland/Hamburg ein Modellvorhaben über Grippeschutzimpfungen in Apotheken abgeschlossen. Wenn sie die persönlichen und räumlichen Voraussetzungen für das Impfen nach den gesetzlichen Vorgaben erfüllen, können demzufolge die Apotheken in vier Modellregionen dem Modellvorhaben beitreten. Allerdings sei derzeit noch kein Beitritt möglich, weil vor dem endgültigen Abschluss der Verträge die Stellungnahmen abzuwarten seien. Etwaige Anmerkungen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts seien zu berücksichtigen, welche zu Stellungnahmen aufgerufen sind. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehöre unbedingt eine ärztliche Schulung eines Apothekers aus der jeweiligen Apotheke. Die Schulungen würden spätestens nach der Sommerpause angeboten. Außerdem müsse für die Impfungen ein geeigneter Raum in der Apotheke zur Verfügung stehen. Dieser müsse über Sitzmöglichkeiten und eine Liege verfügen. Nach Angaben des Apothekerverbands Nordrhein erhalten die Apotheken für die Impfung eine pauschale Vergütung von 12,61 Euro netto. Damit seien der Impfvorgang, die Verbrauchsmaterialien und die Erhebung der Daten für die notwendige Evaluation des Projektes abgegolten. Der Impfstoff werde zusätzlich gemäß Arzneimittelpreisverordnung orientiert an 10er-Packungen abgerechnet. Der Aufschlag betrage 1 Euro pro Dosis. In einem Gutachten wurde dagegen eine pauschale Vergütung in Höhe von 15 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer empfohlen, denn der angesetzte Stundenlohn solle die Honorierung eines hochqualifizierten Heilberufs widerspiegeln. Inwieweit die nun getroffene Honorarvereinbarung Signalwirkung für andere Modellvorhaben haben wird, bleibt abzuwarten. Es soll evaluiert werden und es ist eine Laufzeit von drei Jahren vereinbart worden.

§ Recht & Gesetz

Krankenkassen dürfen keine Werbung für Apotheken veröffentlichen

Werbung für Apotheken dürfen Krankenkassen nicht mehr machen. Dies ist „eine rechtswidrige Beeinflussung" der Mitglieder, wie das Bundessozialgericht (BSG) kürzlich entschied. Eine Werbebeilage der niederländischen Versandapotheke DocMorris in der Mitgliederzeitung der DAK-Gesundheit war danach unzulässig (Az: B 3 KR 5/21 R). Der Hamburger Apothekerverein hielt dies für unzulässig und klagte auf Unterlassung. Dagegen verwies die DAK auf den Hinweis im Impressum der Mitgliederzeitschrift, wonach Anzeigen und Beilagen „keine Empfehlungen" seitens der Krankenkasse sind. In den Vorinstanzen bekam die Krankenkasse noch Recht. Das BSG hob diese Urteile nun jedoch auf und verpflichtete die DAK zur Unterlassung. Zur Begründung verwiesen die Kasseler Richter auf das gesetzliche „Beeinflussungsverbot". Dies sei im Oktober 2020 in das Sozialgesetzbuch eingefügt worden, habe entsprechend aber auch schon vorher gegolten. Zweck sei es insbesondere, die freie Apothekenwahl zu schützen. Dafür sei es nicht erforderlich, dass Krankenkassen „selbst und gezielt ihre Versicherten auf eine bestimmte Apotheke hinweisen". Eine Werbebeilage wie hier reiche aus, um die Neutralitätspflicht der Kasse zu verletzen. Die Werbung von DocMorris gehe zulasten der ortsansässigen Apotheken, die nicht in gleicher Weise in einer bundesweiten Mitgliederzeitung werben könnten. Mit der Beilage habe die DAK eine „Auswahlentscheidung" im eigenen wirtschaftlichen Interesse getroffen. „Dies rechtfertigt es, der Krankenkasse die Werbebotschaft der Versandapotheke zuzurechnen", befand das BSG. Nach dem Kasseler Urteil kommt es dabei nicht darauf an, ob die Leser und Kassenmitglieder die Werbung tatsächlich als Empfehlung der DAK verstehen. Denn die Krankenkassen seien schon gesetzlich zur „Neutralität im Apothekenwettbewerb" verpflichtet.

Europa & Internationales

EU-Krisenvorsorge sieht drei grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren

Die Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA) der Kommission hat eine Prioritätenliste erstellt: die drei wichtigsten Gesundheitsbedrohungen, gegen die medizinische Gegenmaßnahmen auf EU-Ebene koordiniert werden müssen. Geeinigt hat man sich auf die drei folgenden Gefahrenkategorien:

1. Krankheitserreger mit hohem Pandemiepotenzial: dazu gehört auch die Untersuchung spezifischer besorgniserregender Virusfamilien. Zu dieser Kategorie gehören hauptsächlich Atemwegs-RNA-Virusfamilien.

2. Chemische, biologische, radiologische und nukleare Bedrohungen: diese Gefahren können absichtlich oder unbeabsichtigt herbeigeführt werden, wobei der Zusammenhang mit geopolitischen Spannungen im Blick zu halten ist. CBRN-Stoffe wurden auf der Grundlage ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und ihrer potenziellen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit ermittelt.

3. Bedrohungen aufgrund antimikrobieller Resistenzen: sie stellen eines der größten Risiken für die menschliche Gesundheit dar. Allein antibakterielle Resistenzen verursachen weltweit schätzungsweise über 1,2 Millionen Todesfälle.

Ziel ist es, gemeinsam gegen die grenzüberschreitenden Bedrohungen vorzugehen. Es geht um Entwicklung, um Produktionskapazität und die Ausweitung der Herstellung, um Beschaffung und potenzielle Bevorratung von Arzneimitteln, Diagnostika, Medizinprodukten und persönlichen Schutzausrüstungen. ●

EU: Künstliche Intelligenz (KI) kann Ungleichheit in der Versorgung sowohl verschärfen als auch verbessern

Eine Studie im Auftrag der Europäischen Kommission kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass der Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) das Verhältnis von Arzt und Patient in Zukunft grundlegend verändern könnte. Dennoch sei dies angesichts des Standes automatisierter Medizin noch ein entferntes Zukunftsszenario. In Zukunft dürfte sich das Arzt-Patienten-Verhältnis zu einem Arzt-Patient-KI-Verhältnis entwickeln. Die Folgen hingen von vielen Unbekannten ab. So könnten KI-basierte Anwendungen beispielsweise dabei helfen, Ungleichheiten in der Versorgung abzubauen – oder sie noch vergrößern. Speziell in ländlichen Gebieten mit schlechter haus- und fachärztlicher Versorgung kann Patienten der Zugang durch eine Kombination aus Telemedizin und KI-basierten Diagnosetools erleichtert werden. Damit könnten Versorgungslücken geschlossen werden aber zwangsläufig nicht auf einem Niveau wie die bestehende analoge Versorgung. Außerdem sei bei KI-gesteuerten Anwendungen stets zu bedenken, dass sie meist nur so gut sind wie die Daten, mit denen sie trainiert werden – und die hätten oft einen oder mehrere Bias. So sei bekannt, dass medizinische Datensätze weißer Männer in vielen Bereich überrepräsentiert seien. Die Tatsache, dass gerade hoch entwickelte KI-Anwendungen, namentlich solche, die auf Machine Learning basieren, oftmals Mechanismen entwickeln, die auch ihre Erschaffer nicht mehr nachvollziehen können, befeuere das noch. Schließlich lasse sich ein Bias in einer Blackbox kaum ausfindig machen. ●

Schadstoffbelastung verursacht 10 Prozent aller Krebsfälle in Europa

Die Belastung durch Luftverschmutzung, Passivrauchen, Radon, ultraviolette Strahlung, Asbest, bestimmte Chemikalien und Schadstoffe verursacht etwa 10 Prozent aller Krebsfälle in Europa. Das geht aus einem kürzlich veröffentlichten Bericht der Europäischen Umweltagentur (EUA) hervor. Diesen Risiken kann vielfach vorgebeugt werden. Eine Verringerung der entsprechenden Risiken durch Umwelt- und Arbeitsschutzmaßnahmen könnte daher die Zahl der Krebs-Erkrankungen europaweit wesentlich vermindern. Zu beachten ist, dass viele Krebserkrankungen eine lange Latenzzeit haben – d. h. sowohl die Folgen der Belastung durch Risikofaktoren als auch die Wirkung von Maßnahmen zu deren Reduktion zeigen sich erst sehr viel später. Zahlreiche Krebspräventionspläne und -initiativen der EU beziehen die Verringerung umweltbedingter Krebsrisiken in ihre Präventionsstrategien ein. Dazu gehören z. B. der europäische Plan zur Krebsbekämpfung oder das Aktionsprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Krebserkrankungen sowie auch EU-finanzierte Forschungsprojekte, die sich mit verschiedenen Aspekten der Krebsprävention und den Auswirkungen der Verringerung umwelt- oder berufsbedingter Krebsrisiken befassen. Diese werden flankiert von anderen Maßnahmen zum Umweltschutz, wie dem Null-Schadstoff-Aktionsplan oder der Chemikalienstrategie für Nachhaltigkeit. ●

Epilog

Probleme aufschaukeln

Problemsichten auf die Welt und ihre Herausforderungen nehmen eher zu. Bei Lösungsvorschlägen werden ebenfalls viele Bedenken und neue Probleme geäußert. Das Negative und Problematische gewinnt viel zu viel Aufmerksamkeit. Albert Einstein sagte einst: „Halte dich fern von negativen Menschen. Sie haben für jede Lösung ein Problem." Wir meinen, Probleme sind die Flucht- und Ruheorte der Beharrlichkeit, des Festhaltens und des Schaukelns um sie herum. Wir sollten uns ihrer schnell entledigen und Lösungen nach vorne bieten.

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 Ge-sprächspartnern 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
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
Kombi-Abo Print + Online: € 174,–* Online-Abo: € 112 ,– ** Schnupperabonnement Print (3 Ausgaben): € 39,– (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 (1-2 und 7-8).

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

Rechtseinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein.

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Überset-zung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroform-ausgabe, 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 Erfas-sung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) …

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

Jetzt abonnieren und sparen!*

Ihr Gutscheincode für 30 % Jubiläumsrabatt:

WDK-J30

*Bei der Bestellung des **Welt der Krankenversicherung Jahresabonnement Inland Print + Online** erhalten Sie mit dem Gutscheincode in unserem Online-Shop (www.medhochzwei-verlag.de) 30 % Rabatt auf das erste Jahr. Danach verlängert sich das Abonnement zum regulären Preis von 174,00 €. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes.