

■ **GKV-FINANZEN**
Es geht um die Stabilität
des Systems

■ **GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ**
Dringend nötig: Nachhaltige
Struktur-Reformen

Editorial

Die gesetzlichen Krankenkassen erwarten für 2023 ein Defizit von mindestens 17 Mrd. Euro. Aber das Bundesgesundheitsministerium legt ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vor, das nicht hält, was sein Name verspricht. Im Gegenteil: Dieser Gesetzentwurf fördert geradezu die chronische Unterfinanzierung der gesetzlichen Kassen. Man hat den Eindruck, das Ministerium schiebt auf die Instrumente des Immerwährenden Reichstags in Regensburg mit seiner berüchtigten langen Bank. Und auf den Herbst, der zwar Energienotstand für Industrie und unsere Wohnungen bringt – aber eben auch die Chance den apokalyptischen Killervirus-Alarmton wieder anzuschlagen. Flankiert durch ein Infektionsschutzgesetz, das im Wesentlichen den Ländern die Entscheidungen überlässt und statt klarer Parameter für klare Regeln ein Gewirr von Ausnahmen bringt.

Ist der permanente Krisenmodus gesund für das Gesundheitssystem? Nein. Das deutsche Gesundheitswesen verwarlost. Es gelingt kein strategischer Zukunftsblick, die seit Bismarck sichere Säule der gesetzlichen Krankenversicherung wankt. Krankenhausreform, Pflege, Digitalisierung, Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen – Themen ohne klare Konturen. Was sehen wir im September? Die Digitalisierung unseres Gesundheitssystems hat keinen Transmissionsriemen zu den übrigen Vorhaben des Ministeriums. Leerlauf für eRezept, eAU und ePA. Ende der Zettelwirtschaft? Von wegen! Der Israel Arbeitsbesuch von Minister Lauterbach hat präzise gezeigt, wie konsequent Deutschland von eHealth entkoppelt ist. Im Hadassah Hospital können Ärztinnen und Ärzte digitale Akten von jedem ihrer Patienten einsehen. Daten fließen in die Forschung. Krankenkassen können durch effektive Datennutzung und Einsatz von KI Ihre Versicherten rechtzeitig vor Gesundheitsrisiken warnen. In Deutschland ist eine selbstbewusste Pflege und die Krankenhauslandschaft abgestellt im unaufgeräumten Keller des BMG. Zwar will die Bundesregierung die Krankenhäuser per Gesetz verpflichten, für ausreichend Pflegepersonal zu sorgen. Doch das BMG räumt dem Bundesfinanzminister bei der entscheidenden Verordnung im Pflegeentlastungsgesetz ein Vetorecht ein. Die Krankenhäuser sind mit über 37 Prozent der größte Ausgabenblock im Gesundheitssystem. Wir behandeln im Schnitt doppelt so häufig stationär wie das bei unseren europäischen Nachbarn geschieht. Nicht umsonst sagt Professor Reinhard Busse über etwa ein Drittel der Krankenhäuser: Das sind einfach nur Gebäude mit Betten. Eine echte Strukturreform bei den Krankenhäusern, die diesen Namen verdient, muss jetzt kommen. In Dänemark ist diese Reform schon umgesetzt und damit auch das Pflege-Problem gelöst. Nicht weil die Dänen mehr Pflegefachkräfte haben, sie haben weniger unnötige Betten, dafür moderne Spezialzentren und einen starken ambulanten Bereich.

Beseitigt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ein bedrohliches 17 Mrd. Defizit? Darum geht es in diesem Heft. Ein erneuter Griff in GKV-Kassen, die Belastung der Beitragszahler und Arbeitgeber sowie der Tabubruch: Kredit für die GKV statt Bundeszuschuss, eigentlich der Einstieg in eine verbotene Schuldenfinanzierung der Sozialversicherung. Der Koalitionsvertrag, der kostendeckende Beiträge des Bundes für ALG-II-Beziehende vorsieht, wird im BMG nonchalant ignoriert. Allein durch diese Unterfinanzierung gehen der GKV jährlich rund 10 Mrd. Euro verloren. Immer neue Löcher stopfen, statt endlich an die Strukturen ranzugehen, bringt das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ernsthaft in Gefahr. Eine Analyse der Boston Consulting Group zeigt: Das Defizit der Krankenkassen könnte sich bis 2025 fast verdoppeln. Lauterbachs Maßnahmen werden schnell verpuffen. Kommt das Finanzstabilisierungsgesetz anders aus dem Bundestag, als es eingebracht wurde? Vielleicht, aber die Ampel wird die echte Reform auf die lange Bank schieben. Bald könnte es dazu zu spät sein.

Ihr Franz Knieps



FRANZ KNEIPS

Vorstand des BKK Dachverbandes

GESUNDHEIT UND POLITIK

EIN LOCH IST IM EIMER

Mindestens 17 Mrd. Euro Defizit, die wir in den GKV-Finzen sehen, sind nur die Spitze des Eisbergs der immensen Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Mehr Mut zu nachhaltigen Strukturreformen für eine langfristige Stabilisierung des Systems sollte die Politik jetzt aufbringen. Löcher stopfen reicht nicht mehr. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist, so wie es jetzt vorliegt, eine Notoperation, der die langfristige Perspektive fehlt. Es geht um eine stabile Finanzierung des GKV-Systems, Leistungskürzungen und das unkontrollierte Verschwinden von Leistungserbringern sind zu verhindern. In unserem Leitartikel analysiert unsere Vorständin Anne-Kathrin Klemm die politische Herausforderung, der sich das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz stellen muss. **Seite 6**



6 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz:
Ein Loch ist im Eimer

18 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
GKV-Finzen: Nachhaltige
Reformen. Jetzt!

30 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Stimmen aus Kassen und
Selbstverwaltung

36 **GESUNDHEIT UND POLITIK**
Gefährliches Fahren auf kurze Sicht:
Fakten zu Kassenfinzen auf Twitter erklärt.

42 **DIGITALPOLITIK**
Ladenhüter DiGA: Warum hadern
Ärzte mit der App auf Zezept?



GESUNDHEIT UND POLITIK
GKV-FINANZEN: NACHHALTIGE
REFORMEN. JETZT!

Erhebliche Beitragssteigerung für Versicherte und Arbeitgeber, kaum kostendämpfende Maßnahmen durch Regelungen für Leistungserbringer, ein erneuter Zugriff auf die Rücklagen, die schon in diesem Jahr auf die Liquidität der Kassen wirkt. Wie wirkt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf das System und den Wettbewerb? Unsere Abteilung Strategisches Controlling hat genau hingesehen. **Seite 18**



LEUCHTTÜRME
INNOVATION FÜR DAS
ENTLASSMANAGEMENT

Wer das Krankenhaus nach einer Behandlung verlässt, muss vor einem Abbruch in der Versorgungskette geschützt werden. Das Innovationsfondsprojekt USER erschafft einen Meilenstein für patientenorientiertes Entlassmanagement: Betriebskrankenkassen können ihre Versicherten besser unterstützen. **Seite 54**



LEUCHTTÜRME
TRANSFER VON INNOVATIONS-
FONDSPROJEKTEN

Der Erfolg des Innovationsfonds wird daran gemessen, welche Verbesserungen dauerhaft in der Versorgung bei den Patienten ankommen. Die Erfahrungen mit den ersten abgeschlossenen Innovationsfondsprojekten zeigen die Hürden, die zwischen erfolgreich evaluierten und der Regelversorgung stehen. **Seite 64**

54 **LEUCHTTÜRME**
Das Innovationsfondsprojekt USER:
Entlassmanagement mit Routedaten

64 **LEUCHTTÜRME**
Der Weg in die Versorgung:
Hindernisse & Chancen

80 **BKK INNOVATIV**
Sporttherapie bei
Depressionen

90 **RAUS**
Impressum



GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

EIN LOCH IST IM EIMER

Von Anne-Kathrin Klemm, Vorstandin

Seit Ende Juli 2022 liegt der Gesetzentwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) vor. Hiermit soll die für 2023 erwartete Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von geschätzt mindestens 17 Mrd. Euro gedeckt werden. Doch sowohl Inhalt als auch Vorgehen erinnern frappierend an das Lied über Henry, der das Loch im Eimer stopfen muss und hilflos Karl-Otto fragt, wie und womit er es machen soll.



© Ovbelov/Stock/gettyimages

» Während der Pandemie hat die GKV sofort etliche Maßnahmen übernommen und finanziert, um die medizinische Infrastruktur und Versorgung aufrecht zu erhalten. Doch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz fördert jetzt geradezu die chronische Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. «

Noch bis kurz vor Kabinettsitzung soll es angeblich um die Inhalte des GKV-FinStG ein intensives Ziehen zwischen Finanz- und Gesundheitsministerium gegeben haben. Gleich nach der Sitzung trat der Gesundheitsminister mit stoischer Miene vor die Presse, um das Ergebnis zu verkünden. Einer der Gründe für die entstandene Finanzlücke sei das vom Vorgänger geerbte Finanzloch – ein Finanzloch, das in Zeiten sprudelnder Beitragseinnahmen durch teure Gesetzgebungen der schwarz-roten Regierung entstanden ist. Hier einige Beispiele für Reformen mit hoher Finanzwirkung vor der Corona-Pandemie.

Zur Erinnerung: 1,6 Mrd. Euro entsprechen einem Beitragssatzpunkt von 0,1 Prozent für die Beitragszahler. Alleine aus diesen Gesetzen ergibt sich also eine Beitragssatzsteigerung zur Deckung der zusätzlichen Ausgaben von 0,3 Prozentpunkten.

Während der Pandemie im Jahr 2020 hat die GKV finanziell etliches an Maßnahmen übernommen, um die medizinische Infrastruktur und Versorgung aufrecht zu erhalten. Die gestiegenen Ausgaben der Kassen in Höhe von rund 5 Mrd. Euro, die Beitragsausfälle und Corona-Hilfsmaßnahmen bezuschusste der Bund in Höhe von 3,5 Mrd. Euro. Gleichzeitig wurden die gesetzlichen Krankenkassen durch die verringerte Leistungsanspruchnahme der Versicherten finanziell entlastet.

Pflegepersonalstärkungsgesetz (01.01.2019)

Ausgliederung Pflege aus den DRGs	ca. 1,2 – 2,0 Mrd. €
Finanzierung 13.000 Pflegekräfte der Altenpflege	ca. 640 Mio. €

Terminservicestellengesetz (11.05.2019)

Extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge, Entbudgetierung	450 Mio. €
oder bessere Förderung diverser ärztlicher Leistungen	einmalig ca. 540 Mio. € (09/2020-06/2021)
Höchstpreisregelung Heilmittelerbringer	ca. 800 Mio. €
Festzuschussanhebung Zahnersatz	ca. 570 Mio. €

Digitale-Versorgung-Gesetz (19.12.2019)

Apps auf Rezept	ca. 22 Mio. €
Anschluss weiterer Leistungserbringer an die TI	einmalig ca. 400 Mio. €

MDK Reform Gesetz (01.01.2020)

Prüfquotenregelung	ca. 1,0 Mrd. €
--------------------	----------------

Im Jahr 2021 kompensiert der Zuschuss des Bundes in Höhe von 5 Mrd. Euro auch die Corona-bedingten, verringerten Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Erstattungen des Bundes an den Gesundheitsfonds fielen allerdings deutlich kleiner aus, als im Jahr 2020. Und schon 2021 wurden die Finanzreserven der Kassen in Höhe von 8 Mrd. Euro herangezogen, um den Gesundheitsfonds finanziell besser auszustatten. Für das Jahr 2022 legte der Bund nochmal nach und erhöhte seinen Zuschuss einmalig um weitere 14 Mrd. Euro – auch, um die Nachholeffekte nach der Corona-Pandemie finanziell aufzufangen. Damit war schon im Bundestagswahljahr 2021 klar, dass sich die Ausgaben und Einnahmen der GKV weiter auseinander entwickeln werden. Dabei spielten bei den Kalkulationen in den Überlegungen der Vorgängerregierung die in der Pressekonferenz des Gesundheitsministers nun als weitere Gründe für Ausgabensteigerungen angeführte demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt keine Rolle. Für das Jahr 2023 stand schnell fest: Den Bundeszuschuss in Höhe von 14 Mrd. Euro wird es nicht mehr geben. Im Frühjahr 2022 wurde daher eine Finanzlücke der GKV von 17 Mrd. Euro für 2023 geschätzt – also zu einem Zeitpunkt VOR dem Ukraine-Krieg. Damit berücksichtigen sämtliche Maßnahmen, mit denen nun das Finanzloch der GKV gestopft werden soll, keine Ausgabensteigerungen wie durch zusätzliche GKV-Versicherte, konkret auch die Ukraine-Flüchtlinge, die Inflation oder die Kosten der weiter andauernden Pandemie. Nun könnte es sich das Gesundheitsministerium eigentlich einfach machen und kurzfristig auf die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag der Ampel zurückgreifen. Immerhin sieht dieser höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln vor. Dies alleine entspräche einer Entlastung der Beitragszahlenden in Höhe von ca. 10 Mrd. Euro. Ebenfalls vorgesehen ist eine Dynamisierung des Steuerzuschusses des Bundeszuschusses Bundes in den Gesundheitsfonds. Auch hier bestünde also Gestaltungsspielraum. Und würde der Finanzminister statt mit der Gießkanne und in der Wirkung

verpuffende Maßnahmen wie Tankrabatte eine Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf 7 Prozent vornehmen, würden die Beitragszahlenden um rund weitere 6 Mrd. Euro entlastet. Ein solcher, reduzierter Mehrwertsteuersatz ist in anderen Ländern längst üblich. Da Arzneimittel in Deutschland – anders als Tiernahrung – nicht zum Grundbedarf gehören, wird hierzulande aber offensichtlich stur an den 19 Prozent Mehrwertsteuer festgehalten.

Halten wir also schon mal fest: 16 Mrd. Euro der GKV-Finanzlücke könnten alleine durch die Umsetzung eines in der Ampel geeinten Vorhabens und Umdenken bei der Steuerpolitik für Arzneimittel gedeckt werden.

Und noch etwas ist festzuhalten: Es wäre ein ehrlicher Kassensturz, wenn festgestellt würde, dass der allgemeine Beitragssatz und nicht der als Empfehlung zu verstehende Zusatzbeitragssatz um jene 0,3 Prozentpunkte angehoben würde. Schließlich ist es nicht die „Schuld“ der Kassen, dass die Ausgaben für zusätzliche Leistungen und Vergütungen gestiegen sind. Den Beitragszahlern wird aber anderes suggeriert, wenn die Kassen dann mit Start 2023 in den individuellen Anschreiben auf einen erhöhten Beitragssatz aufmerksam machen müssen.

Wie also das Loch im (Finanz-)Eimer stopfen? Die Regierung greift als Antwort tief in die Taschen der Beitragszahler der GKV. Es ist blanker Hohn, wenn der Minister von einer Lastenverteilung auf breite Schultern spricht, da alleine 12,4 Mrd. Euro aus Beitragsgeldern bestritten werden. Denn anders als dargestellt, sind neben „moderaten“ Beitragssatzsteigerungen von 0,3 Prozentpunkten auch die Finanzreserven der Kassen sowie die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von den Beitragszahlern finanzierte Finanzrücklagen. Dass Reserven, die für schlechte Zeiten aufgebaut wurden, für genau die nun anstehenden schlechten Zeiten verwandt werden, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Doch diese Reserven werden nun schon zum zweiten Mal geschöpft und zwar rückwirkend, so

dass selbst Kassen, die noch zu Beginn 2022 mit vorsichtigem Haushalten gut aufgestellt waren, sich nun plötzlich mit leeren Taschen sehen müssen. Teure oder unvorhergesehene Finanzentwicklungen im Jahr 2022 können da schnell zu einem massiven Finanzengpass werden, der kurzfristig mit weiteren Beitragssatzsteigerungen einhergehen wird. Der inzwischen von zwei auf drei Millionen angepasste, von der Abschmelzung geschützte Sockelbetrag schafft gerade für kleine Kassen etwas Entlastung. Etwas Druck aus dem Kessel hat die Politik auch durch das Streichen des Beitragssatzanpassungsverbotes bei einem bestimmten Vermögensstand für 2023 genommen. Doch das bedeutet lediglich, dass Kassen, die z.B. auf Grund der bisherigen Vermögensabschmelzungsregelungen für 2022 mit einem eingeplanten Defizit und niedrigeren Zusatzbeitragssätzen aufgestellt sind, als sie zur Kostendeckung benötigen, nun doppelt gekniffen werden: Sie kommen von einem geplanten, niedrigen Beitragssatz, müssen in Stufen nun bis zu 90 Prozent der restlichen Reserven abgeben, fallen damit unter die gesetzliche Mindestreserve und müssen dann einen großen Beitragssatzsprung nach oben machen. Einfacher formuliert bedeutet das die perverse Situation: Die Kassen müssen den Beitragssatz nach oben anpassen, um das auszugleichen, was ihnen zuvor von ihren Beitragssatz-Reserven weggenommen wurde. Und die Belastung der Beitragszahler geht noch weiter: Auch das vom Bund gewährte Bundesdarlehen an den Gesundheitsfonds müssen die Beitragszahler am Ende zurückbezahlen. Ändert sich die Wirtschaftslage nicht spürbar bis ultimo 2026, werden alleine hieraus weitere Beitragssatzsteigerungen notwendig werden. Aber dies auszubaden obliegt dann einer neuen Bundesregierung, denn 2025 ist wieder Bundestagswahl.

12,4 Mrd. Euro tragen also die Beitragszahler. Für das Erreichen der 17 Mrd. Euro-Zielinie steuert der Bund zwei Mrd. Euro durch einen weiteren Zuschuss bei. Bleiben 2,6 Mrd. Euro, die aus Einsparungen im Arzneimittelbereich und dem „Heben von Effizienzreserven“ bei den Leistungserbringern geholt werden sollen. Zu ersterem gehören richtige

Maßnahmen wie z.B. die Verlängerung des Preismoratoriums, die Veränderungen bei der Erstattung neuer Arzneimittel, bei Kombinationsarzneimitteln, bei Orphan Drugs sowie Vorgaben für wirtschaftliche Packungsgrößen. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, dass der ursprünglich von der Pharmabranche für 2023 und 2024 vorgesehene „Solidarbeitrag“ in Höhe von jeweils 1 Mrd. Euro finanziell nur noch für das Jahr 2023 vorgesehen ist. Das juristisch saubere „Vehikel“ für diesen finanziellen Beitrag der Pharmaunternehmen ist die Anhebung des Herstellerabschlages in einem Umfang, der genau diesen Betrag realisieren kann. Der Pharmabranche ist es also offensichtlich gelungen, bereits massive Nachbesserungen zu erreichen.

Die nun durch Effizienzreserven zu hebenden 2,4 Mrd. Euro sollen aus der Rolle rückwärts aus den Zusatzvergütungen der Ärzte aus dem Terminservicestellengesetz für neue Patienten, dem Nachjustieren der Ausgliederung der Pflegekräfte aus der stationären Vergütungsstruktur, den DRGs, und bei den Zahnärzten gehoben werden. Bezeichnend bei der Kritik der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist die Argumentation, dass mit der Ausgliederung nun plötzlich viele Berufsgruppen wie Physiotherapeuten nicht mehr bezahlt werden könnten. Dies zeigt, dass die damalige Intention, insbesondere die Pflegefachkräfte aus dem Finanzdruck der Krankenhäuser heraus zu holen, nicht gelungen ist. Stattdessen wurden die Beitragsgelder zur Finanzierung etlicher, weiterer Berufsgruppen verwendet, die aber eigentlich durch die DRGs bereits vergütet werden. Die Ärzteschaft argumentiert ferner, dass mit der Abschaffung der Extravergütung keine Neupatientinnen mehr in den Arztpraxen aufgenommen werden können, weil die Finanzierung fehle. Sie belegt dies mit einer Auswertung, die zeigt, dass im vierten Quartal 2021 mehr Neupatienten behandelt wurden als im vierten Quartal 2019, obwohl die ärztlichen Behandlungskapazitäten in diesen zwei Jahren eher weniger als mehr geworden sind. Über eine Reduktion von Wartezeiten, die mit der damaligen gesetzlichen Regelung beabsichtigt war, könnten keine

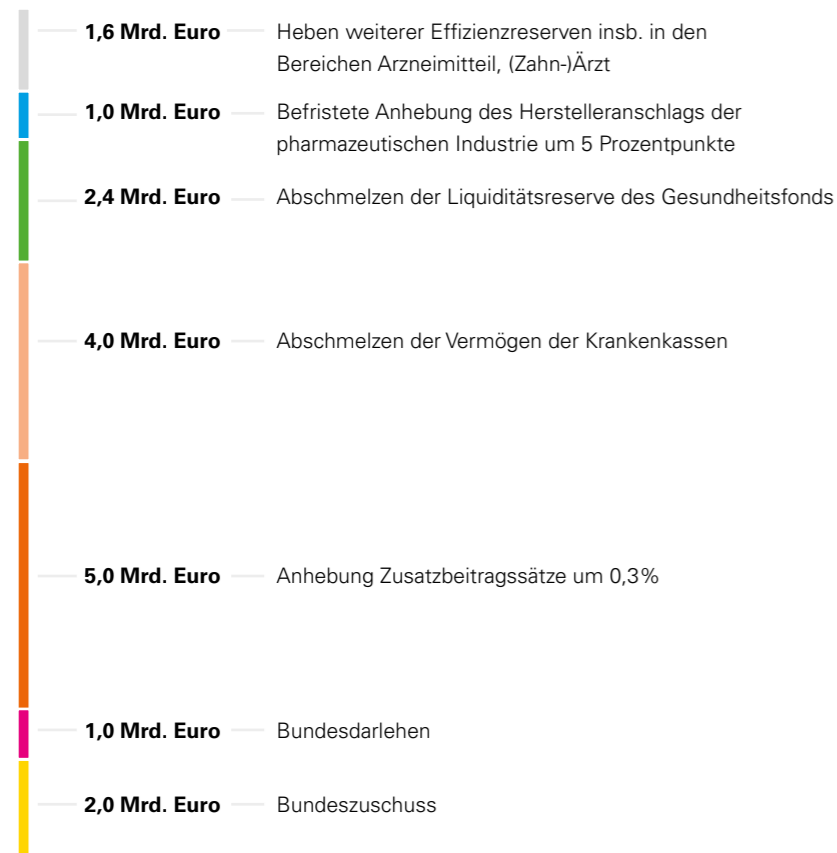
Aussagen gemacht werden. Das BMG seinerseits antwortete auf eine schriftliche Frage der Abgeordneten Kathrin Vogler (DIE LINKE.), dass die Einführung der extrabudgetären Vergütung für neue Patientinnen ohne Leistungsausweitungen blieben. Und weiter „Insofern muss davon ausgegangen werden, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neue Patientinnen und Patienten in dem Rahmen aufgenommen haben wie bisher, hierfür aber eine zusätzliche Vergütung erhalten haben, ohne den Leistungsumfang zu steigern. Damit bleiben die Auswirkungen der Regelung hinter den Erwartungen der Bundesregierung, einen schnelleren Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen, zurück.“ Diesen Eindruck bestätigt auch eine kürzlich vom Verband der Ersatzkassen durchgeführte Befragung der Versicherten.

Wenn man nun Inflation und weitere Ausgabenentwicklungen für 2022 ignoriert, dann könnten für 2023 also die angestrebten 17 Mrd. Euro zusammenkommen.

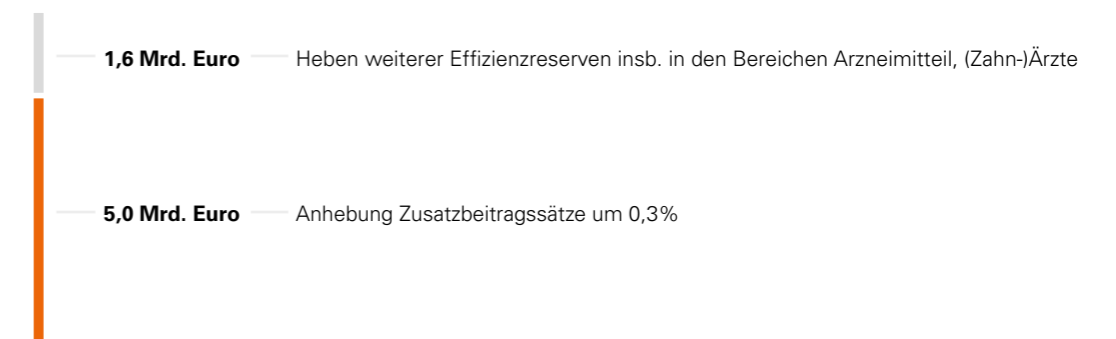
Aber was kommt danach? Wie sieht es mit 2024 aus? Von den Kassen ist dann nichts mehr an Reserven zu holen – es sei denn, die Beitragszahler, also die Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen sollen weiter belastet werden. Schon lange ist daher auch die von der Vorgängerregierung noch propagierte Sozialgarantie von 40 Prozent vom Tisch. Denn die Belastung der Beitragszahler geht ja noch weiter, wenn man die anstehenden Ausgaben- und Beitragssteigerungen in der sozialen Pflegeversicherung hinzurechnet. Und die teuren Gesetze der vergangenen Jahre wirken gleichzeitig fort.

Was also tun? Allen Akteuren sind – seit Jahrzehnten – die Defizite in der Versorgung der GKV bekannt. Alle wissen, es ist eigentlich genug Geld im System vorhanden. Reformansätze zur Behebung der Strukturdefizite sind jedoch bislang nicht in Sicht. Eine wissenschaftlich besetzte Expertenkommission arbeitet an der Krankenhausstrukturreform. Der Gesundheitsminister hätte auch gerne eine Kommission eingerichtet, die zur finanziellen Stabilisierung der GKV Vorschläge erarbeitet. Diese ist mit dem Gesetzentwurf jedoch vom Tisch, man wird also im BMG selber denken. Gute Idee! Denn auch hier sind die notwendig anzugehenden Themen ja nicht erst seit gestern bekannt. Was sind die großen Handlungsfelder?

EINEN ÜBERBLICK DER „FAIREN VERTEILUNG“ DER FINANZIERUNGSLAST ZEIGT FOLGENDE DARSTELLUNG.



UND 2024 ... WAS PASSIERT, WENN NICHTS PASSIERT?



- **Prävention neu denken** – Prävention vor Kuration: Bei allen Akteuren und im GKV-System Anreize setzen, dass der Fokus aller Maßnahmen auf der Vermeidung von Krankheiten liegt. Hierfür ist auch die Versorgung anzupassen. Dabei sind die ökologischen und digitalen Entwicklungen zu berücksichtigen.
- **Krankenhaus** – und ambulante Versorgung neu aufstellen – sektorenübergreifend und im Stufenmodell: Auf der Basis von festgestellten Versorgungsbedarfen Netzwerkstrukturen etablieren, die ambulant vor stationär bedienen. Sie müssen gleichzeitig eine qualitätsbasierte Versorgung sicherstellen und zwar dort, wo die beste Expertise zur Behandlung vorliegt.
- **Arzneimittelversorgung** – Zugang zu Innovationen mit Finanzierbarkeit vereinen: Etablierung neuer Preismodelle, die strikt auf der Basis von Evidenz statt Heilsversprechen basieren und Forschungs- und Entwicklungsausgaben berücksichtigen können.
- **Digitalisierung in allen Bereichen** – alles, was analog ist, muss auch digital erfolgen können: Schnittstellen, die Daten sinnvoll vernetzen, Echtzeitdaten, die das aktuelle Versorgungsgeschehen abbilden und daraus gezielte Versorgungsnotwendigkeiten ableiten lassen, müssen mit Hochdruck geschaffen und genutzt werden.
- **Krankenkassen als Versorgungsgestalter stärken** – vorhandene Kompetenzen nutzen und ausbauen: Krankenkassen sind prädestiniert zur (Weiter-)Entwicklung nachhaltiger Präventionsangebote und Versorgungsverträge sowie als Begleiter und Berater von Versicherten. Einschränkende, gesetzliche Rahmenbedingungen sind dringend anzupassen.
- **Gesetzgebungen der vergangenen Legislaturperiode evaluieren** – die Kriterien müssen Versorgungsverbesserung und mehr Effizienz sein: Leistungs- und Vergütungsausweitungen sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bzw. ihres Nutzens für den Versicherten zu überprüfen.
- **Lehren aus Corona ziehen** – Gesundheitssystem krisenfest machen: Klare Rollenverteilung und (finanzielle) Verantwortungsübernahme von Bund und Ländern inkl. Vorhalten der notwendigen Strukturen. Mehr Transparenz über die Versorgungsstrukturen und Versorgungssituation verhindert Maßnahmen mit „der Gießkanne“.

Zugegeben: Dies ist ein langer Katalog und sicher nicht in aller Kürze zu bewerkstelligen. Der Teufel liegt dabei natürlich auch im Detail. Und das Gesundheitssystem ist Meister darin, diese zur Verhinderung von unliebsamen Änderungen zum Elefanten aufzublasen, obwohl sich eine Maus dahinter versteckt. Doch, was ist die Alternative? Wenn nicht dieses, spätestens nächstes Jahr die notwendigen Veränderungen zumindest auf den Weg gebracht werden, schließt sich das Fenster für große Reformen wieder vor den nächsten Bundestagswahlen. Es ist in den letzten Monaten schon häufiger gesagt worden, doch noch immer stimmt die Aussage: Es ist Zeit dafür, dass die Politik mehr Mut zu nachhaltigen Strukturreformen aufbringt. Nur dann können Leistungskürzungen oder das unkontrollierte Verschwinden von Leistungserbringern verhindert und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des System stabilisiert werden. Und was passiert, wenn nichts passiert? Dann wird dieser Artikel noch in einem Jahr an Aktualität nichts verloren, die Dramatik jedoch zugenommen haben. Schließlich geht das bis dahin wieder vorhandene und in der Höhe weiter gestiegene Finanzloch nicht einfach weg. Die Reserven der Kassen sind dann erschöpft und weitere Beitragssatzsteigerungen wohl kaum noch zumutbar. Und dann wären wir beim Ende des Liedes vom Eimer und dem Loch. Sowohl „Henry“ also auch „Karl-Otto“ müssen einfach eine bessere Antwort haben, wie dieses zu stopfen ist als aktuell. ■



Anne-Kathrin Klemm
@bkkdv

GKV-FINANZEN

NACHHALTIGE REFORMEN. JETZT!

Von Dr. Thomas Schepp, Abteilungsleiter Strategisches Controlling

Die gesetzlichen Krankenkassen erwarten für 2023 eine Finanzierungslücke von mindestens 17 Mrd. Euro. Was ist aus der Forderung an die Politik geworden, nicht mehr nach Übergangslösungen zu suchen, sondern wesentliche Inhalte des Koalitionsvertrags umzusetzen, um die finanzielle Basis der GKV langfristig zu sichern? Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist ein Spargesetz geworden, das rasch Löcher stopfen soll. Erhebliche Beitragssteigerung für Versicherte und Arbeitgeber, kaum kostendämpfende Maßnahmen durch Regelungen für Leistungserbringer, ein erneuter Zugriff auf die Rücklagen, die schon in diesem Jahr auf die Liquidität der Kassen wirkt. Da braut sich was zusammen. Ukrainekrieg, dramatisch steigende Energiepreise, die Industriebetriebe bedrohen und Familieneinkommen aufzehren. Dazu überschießende Ausgaben für Arzneimittel, Unmengen von Beitragsgeldern der Versicherten, die in veralteten Strukturen der Krankenhauslandschaft versenkt werden und durch Verzicht auf sektorenübergreifende medizinische Versorgung. Halten die Dämme? Oder gehen Kassen unter in der kommenden politischen Sturmflut? Wie wirkt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf das System und den Wettbewerb? Unsere Abteilung Strategisches Controlling hat genau hingesehen.



AUSGANGSLAGE

Ab März 2020, als sich das Corona-Virus in Deutschland auszubreiten begann, startete zugleich eine Debatte rund um die Finanzierung der GKV. Auf der einen Seite wurde die Auffassung vertreten, dass man in Anbetracht der bevorstehenden Entwicklung und der damit verbundenen Unsicherheiten „auf Sicht fahren müsse“, um der neuen Lage gerecht zu werden. Andererseits wurden Forderungen nach grundlegenden systematischen Weichenstellungen immer deutlicher hörbar, um der absehbaren Finanzierungslücke und den Unwägbarkeiten für die GKV zu begegnen. Die angemahnten nachhaltigen Lösungen sollten nicht nur den pandemiebedingten Effekten begegnen, sondern waren auch eine Reaktion auf die kostenintensive Gesetzgebung der letzten Jahre, die das Gesundheitswesen betraf.

Zu Beginn des Jahres der Pandemie bestand innerhalb der GKV sehr schnell Einigkeit darin, dass es nunmehr an der Zeit sei, mit Blick auf das Jahr 2023 nicht mehr nach Übergangslösungen zu suchen, sondern die Politik aufzufordern, wesentliche Inhalte des Koalitionsvertrags umzusetzen, um damit die finanzielle Basis der Krankenkassen mittel- bis langfristig zu sichern. Um die Dimension des Problems zu verdeutlichen, sollten frühzeitig die wesentlichen Faktoren benannt werden, ohne dabei schon zu versuchen, das Ergebnis des GKV-Schätzerkreises im Oktober 2022 vorwegzunehmen. Die aktuell weiterhin diskutierte Finanzierungslücke von 17 Mrd. Euro war in der Folge Ergebnis einer GKV-internen Bewertung vom Februar dieses Jahres. Das heißt, es wurden Entwicklungen bis zur vorläufigen Jahresrechnung 2021 bei den Krankenkassen mit einbezogen. Dabei fand keine detaillierte Einschätzung zu einzelnen Leistungsbereichen statt. Aktuelle Effekte aus 2022 konnten noch nicht berücksichtigt werden, weil diese sich erst im weiteren Verlauf des Jahres verfestigen. Damit ist diese Bewertung auch nicht als „Update“ zur Sitzung des GKV-Schätzerkreises vom Oktober 2021 zu verstehen.

Der Ukraine-Krieg wird das GKV-Ergebnis wegen der Flüchtlingswelle bereits ab 2022 ausgabenseitig beeinflussen. Daneben wird sich die wirtschaftliche Entwicklung auf die Beitragseinnahmen ab dem Jahr 2023 auswirken. Auch die Pandemie wird sich mit möglichen Nach- und Aufholeffekten sowie einer möglichen neuen Infektionswelle im Herbst in irgendeiner Form noch in 2022 bemerkbar machen. Mit dem kommenden Haushaltsjahr 2023 sind zudem Leistungen im Zusammenhang mit Corona zu bewerten, die bisher vom Bund getragen wurden und deren weitere Finanzierung noch nicht geklärt ist. So drohen bspw. Mehrbelastungen für die GKV, wenn diese künftig für Corona-Impfungen und -Testungen aufkommen muss. Schließlich sind noch eine Reihe von Sondereffekten aus der Gesetzgebung der vorangegangenen Legislaturperiode zu beachten: Insbesondere die Ausgliederung des Krankenhauspflegebudgets mit der auf die verzögerten Verhandlungen zurückzuführenden Unsicherheit wird auch in 2023 noch außerordentliche Finanzwirkungen entfalten. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob die von den Krankenkassen bis dahin gebildeten Schätzverpflichtungen zu hoch oder zu niedrig waren. Möglicherweise könnten also auch entlastende Effekte eintreten.

Kassenspezifische Sachverhalte finden hierbei noch gar keine Berücksichtigung.

Insgesamt besteht derzeit kein Anlass „Horrorszenarien“ für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 aufzustellen. Die Finanzierungslücke könnte, muss aber nicht höher ausfallen, als die für 2023 avisierten 17 Mrd. Euro. Allerdings steht den Krankenkassen eine durch hohe Unsicherheiten geprägte Haushaltsplanung für 2023 bevor. Genau in dieser Phase möchte der Gesetzgeber die Krankenkassen nun zu einem massiven Vermögensabbau zwingen.

DIE AUSWIRKUNGEN DES GESETZENTWURFS EINES FINANZSTABILISIERUNGSGESETZES AUF DIE GKV INSGESAMT

- Die kostendämpfenden Maßnahmen durch Regelungen für die Leistungserbringer bewegen sich auf einem relativ niedrigen Niveau. Immerhin waren es in dem „Nichtentwurf“ eines Gesetzes zur Stabilisierung der GKV-Finzen 2023 von dem März dieses Jahres noch gut 5,3 Mrd. Euro. Nunmehr erhofft man sich Einsparungen von rund 2,6 Mrd. Euro. Mit Ausnahme der Erhöhung des Herstellerabschlags für Patentgeschützte Arzneimittel, der zumindest 1,0 Mrd. Euro „bringen“ soll, handelt es sich um eine Reihe kleinteiliger Maßnahmen, die zudem nur schwer quantifizierbar sind. Zumal der Effekt aus der Anhebung des Herstellerabschlags in 2024 wieder wegfallen soll, lässt sich an Hand der kleinteiligen Herangehensweise bei den übrigen Maßnahmen keine Struktur einer nachhaltigen Entlastung der GKV-Ausgaben erkennen.
- Das Ausschüttungsvolumen des Gesundheitsfonds wird – wie bereits im Jahr 2021 – noch einmal über die Auflösung weiter Teile der übrig gebliebenen Rücklagen bei Krankenkassen und Gesundheitsfonds erhöht. Schon bei der Einführung der ersten Vermögensabgabe über das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) hat die GKV einhellig und sehr deutlich darauf hingewiesen, dass vorhandenes Vermögen nur einmal abgebaut werden kann. Nun mag der Eindruck entstehen, dass dies nichtzutreffend gewesen wäre und scheinbar immer wieder auf vorhandene Reserven zurückgegriffen werden könne.
- Der erneute Zugriff auf die Rücklagen ist aber nur möglich, wenn die Anforderungen zur Vermögensausstattung immer weiter reduziert werden. Beim Gesundheitsfonds würde nach den Vorgaben des vorliegenden Gesetzentwurfs die Obergrenze der vorzuhaltenden Liquiditätsreserve (25% einer durchschnittlichen Monatsausgabe) exakt dem Niveau entsprechen, das der Fonds seit seiner Einführung 10 Jahre lang als

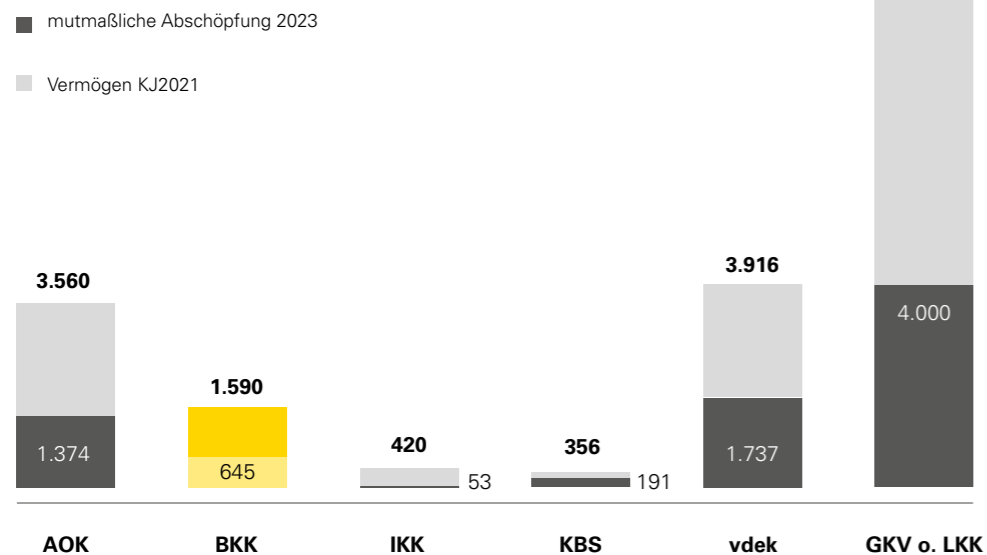
Mindestreserve vorhalten musste. Betriebsmittel und Rücklagen von Krankenkassen sollen ab dem nächsten Jahr nicht mehr als die Hälfte einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen. Erreicht das Vermögen einer Krankenkasse derzeit diese künftige Obergrenze, würde dies in dem Rating des GKV-Spitzenverbands zur Einschätzung der finanziellen Lage allenfalls zu einer mittelmäßigen Bewertung führen. Bis zum Jahr 2019 war noch das Fünffache dieses Wertes als Vermögensobergrenze zulässig.

- Wenn man davon ausgeht, dass die ursprünglichen Vorgaben zur Finanzausstattung nicht aus der Luft gegriffen waren, ist es wenig vertrauenerweckend, dass die wesentliche Antwort der Politik auf die Stabilisierung der GKV-Finzen in der Aufweichung dieser Anforderungen liegt.
- Mit dem Abbau des Vermögens der Krankenkassen sowie der Reserve des Gesundheitsfonds geht eine Verschlechterung der Liquidität zur laufenden Finanzierung der Leistungsausgaben einher. Die Ära des Gesundheitsfonds war bis in das Jahr 2021 geprägt von einem stetigen wirtschaftlichen Aufschwung verbunden mit immer weiter fallenden Zinsen und überbordender Liquidität. Ab 2023 droht eine Umkehr dieser Entwicklung, die das Mittel der Kreditaufnahme in der GKV wieder in den Vordergrund rücken könnte. Den Krankenkassen selber ist diese Möglichkeit (noch) gesetzlich untersagt. Der Gesundheitsfonds würde allerdings automatisch von Bundesdarlehen Gebrauch machen, sobald die garantierte monatliche Ausschüttung an die Krankenkassen bis zum Ende einer monatlichen Ausschüttungsperiode nicht über eigene Mittel erreicht werden kann. Zudem sieht der Gesetzentwurf sowieso schon ein Bundesdarlehen in Höhe von 1,0 Mrd. Euro, das bis Ende 2026 getilgt werden soll, zur Finanzierung von Ausgaben im Jahr 2023 vor.
- Isoliert betrachtet kann die Absenkung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds noch als die Maßnahme mit dem größten nachhaltigen Effekt für die Finanzlage der Krankenkassen betrachtet werden. Sofern die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und in der Folge auch die Beitragseinnahmen der GKV besser ausfallen, als dies vor Beginn eines Geschäftsjahres erwartet wird, kommen die zusätzlichen Einnahmen schneller bei den Kassen an. Aus heutiger Sicht ist allerdings schwer vorstellbar, dass diese Entwicklung bereits im Haushaltsjahr 2024 greifen könnte.

- Der Versuch, im Bereich der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen Einsparungen zu erzielen, indem der Anstieg der sächlichen Verwaltungskosten gedeckelt werden soll, erscheint bei all dem mehr als fragwürdig. So ist das Volumen dieser Maßnahme im Gesamtkonzept eindeutig zu vernachlässigen. Zudem stellt sich die Frage, warum gerade der Bereich der sächlichen Verwaltungskosten in den Vordergrund gestellt wird. Hiervon betroffen sind nämlich gerade auch Geschäftsprozesse, die von Krankenkassen in der Vergangenheit aus Gründen der Effizienz und Qualität nach außen verlagert wurden, also nicht mehr von eigenen Mitarbeitern ausgeführt werden. Dies nun durch eine Beschränkung des zulässigen Kostenanstiegs zu bestrafen, während die eigenen Personalkosten der Krankenkassen keinen entsprechenden Regelungen unterworfen sind, erscheint widersinnig. Nicht vergessen werden darf dabei außerdem, dass Maßnahmen des Gesetzgebers zur Begrenzung der ohnehin nicht ausufernden Verwaltungskosten aus den vergangenen 20 Jahren erkennbar wirkungslos blieben.
- Mit dem erwarteten Defizit für 2023 und den avisierten Maßnahmen im Gesetzentwurf ist klar, dass die Sozialgarantie, die bei der GKV-Finanzierung in den Jahren 2021 und 2022 die maßgebliche Rolle zur Bemessung eines besonderen Bundeszuschusses gespielt hat, nicht mehr gehalten werden kann. Ein Gesamtsozialversicherungsbeitrag von über 40% wäre bereits mit den voraussichtlichen Anstiegen in der Pflege- (+0,15 Prozentpunkte) sowie in der Arbeitslosenversicherung (+0,2 Prozentpunkte) gegeben. Der aktuell erwartete Anstieg um 0,3 Beitragssatzpunkte in der GKV kommt hier noch hinzu. Dabei sollte aber betont werden, dass letztlich der GKV-Schätzerkreis im Oktober dieses Jahres erstmals eine Prognose zur Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben der GKV in 2023 erstellen wird, die als Basis für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes dient. Es bleibt abzuwarten, welche Erkenntnisse bis dahin zur Entwicklung der Vergütung von Leistungserbringern vorliegen und ob sich dann Ausgaberrisiken aus dem Zustrom von Flüchtlingen und der weiteren Entwicklung der Pandemie quantifizieren lassen. Im Vergleich zu den beiden Vorjahren fehlt mit dem Wegfall des Bekenntnisses zur Sozialgarantie auch eine klare Vorgabe zum Zusatzbeitragssatz. Dieser könnte also auch höher ausfallen. Als die derzeit diskutierten 1,6%.

VERMÖGEN ZUR AMTLICHEN JAHRESRECHNUNG 2021 NACH KASSENARTEN

In Mio. Euro. Beträge zur Vermögensabschmelzung wurden durch den BKK Dachverband auf Basis der veröffentlichten Daten je Kassenart geschätzt.



AUSWIRKUNGEN AUF DIE WETTBEWERBSLAGE IN DER GKV SOWIE AUF EBENEN DER EINZELNEN BKK

Nach der im Verlauf des Jahres 2020 beschlossenen Vermögensabgabe über das GPVG haben sich die Vermögensreserven im Verlauf des Geschäftsjahres 2021, die bis dato sehr ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt waren, sehr aneinander angenähert. Dabei wurden die pro Krankenkasse an den Gesundheitsfonds abzuführenden Beträge in monatlichen Raten bis zum Ende des Geschäftsjahres durch den Gesundheitsfonds einbehalten. Verstärkend kam hinzu, dass das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) ab dem 01. Januar 2021 wesentlicher-finanzrelevante Änderungen im Krankenkassenwettbewerb mit sich brachte. Die Änderungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich konnten teilweise die bestehenden Über- und Unterdeckungen bei den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nivellieren.

Auch wenn sich auf Einzelkassenebene aktuell nach wie vor Unterschiede in der Höhe der finanziellen Reserven zeigen, sind die wettbewerblichen Auswirkungen bei der zweiten Vermögensabgabe in Folge des Entwurfs eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG) deutlich geringer als bei der ersten Vermögensabgabe.

Gänzlich unbeachtet bleibt im Gesetzentwurf mit Blick auf die Vermögensabgabe der komplette Geschäftsverlauf des Jahres 2022. Dies ist aus den folgenden Gründen problematisch:

- Naturgemäß enthält die Jahresrechnung 2021 Schätzverpflichtungen. Erst in der Folgezeit stellt sich heraus, ob diese ggf. zu niedrig oder zu hoch bemessen sind. Hieraus können sich entsprechend Effekte auf die Vermögenslage einer Krankenkasse ergeben, die eigentlich ursächlich noch dem Geschäftsjahr 2021 zuzuordnen wären.
- Mit der Jahresrechnung 2022 wird erstmals die im SGB V geregelte Vermögensabschmelzung wirksam, sofern die Finanzreserven einer Krankenkasse im dritten Jahr hintereinander das 0,8fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe überschreiten. Diese Regelung ist verbunden mit einem Verbot von Beitragssatzanhebungen, solange diese Obergrenze nicht unterschritten wird. Aus diesem Grund waren einzelne Krankenkassen gezwungen, dass Geschäftsjahr 2022 mit einer Unterdeckung zu planen und auf eine eigentlich notwendige Beitragssatzanpassung zum 01. Januar 2022 zu verzichten.
- Naturgemäß stellt sich der finanzielle Verlauf bei den einzelnen Krankenkassen in jedem Geschäftsjahr aus vielerlei Gründen sehr unterschiedlich dar.

Deshalb kann mit Blick auf das nächste Haushaltsjahr bei Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs bereits jetzt hinreichend sicher erwartet werden, dass Krankenkassen, die auf Grund hoher Vermögensreserven in der Jahresrechnung 2021 relativ stark durch

» Im BKK System werden Risiken der Krankenkassen durch die beabsichtigte Vermögensabgabe überproportional deutlich: Bei traditionellen BKK, oft kleinen Kassen, sind reduzierte Finanzreserven ein besonderes Risiko für Unternehmen mit Betriebskrankenkassen. «

die Vermögensabgabe, die ihre Wirkung erst in 2023 entfalten würde, belastet werden. Genau diese Kassen werden zum 31.12.2023 finanziell voraussichtlich schlechter abschneiden, als Krankenkassen, deren Finanzreserven zum Jahresende 2021 vergleichsweise niedrig waren und deshalb kaum Vermögen abgeben müssen. Letztere werden ihre Wettbewerber durch zwei erfolgreiche Jahre 2022 und 2023 finanziell überholen.

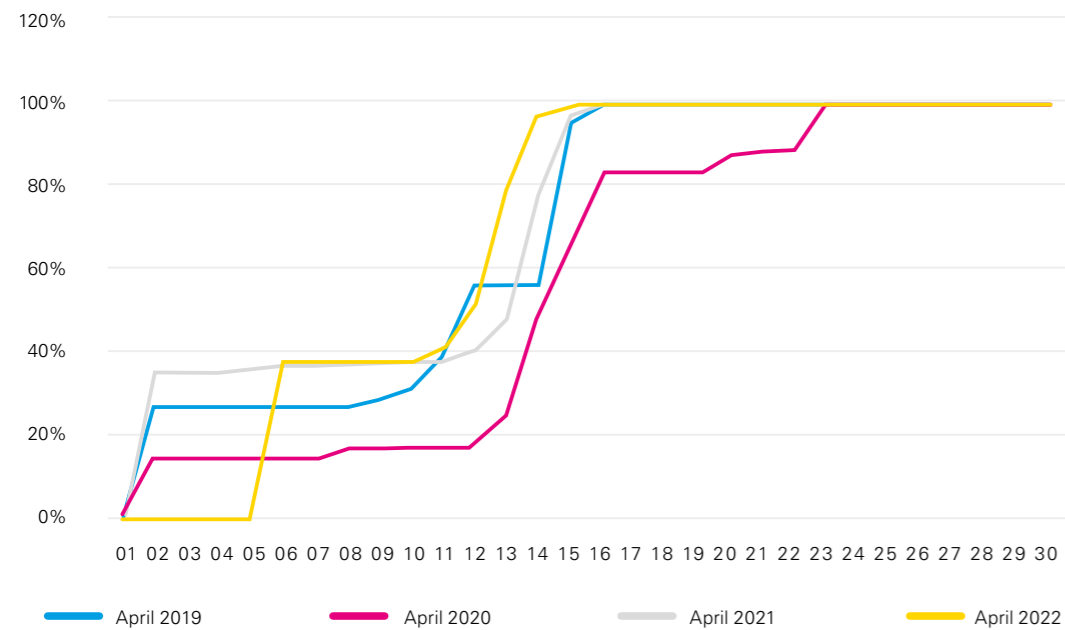
Innerhalb des BKK Systems spiegeln sich die genannten Probleme der Krankenkassen mit der beabsichtigten Vermögensabgabe in allen Facetten wieder. Dadurch, dass in dieser Kassenart auch die kleinsten Krankenkassen zu finden sind, stellen sich die Risiken, die aus weiter reduzierten Finanzreserven resultieren, hier überproportional dar. Auch wenn der Gesetzgeber sinnvollerweise beabsichtigt, wieder eine absolute Komponente in den geschützten Vermögensbestand einzurechnen, trifft die Vermögensabgabe kleine BKK oftmals besonders hart. Diese sind weiterhin darauf bedacht, zur Risikovorsorge Rücklagen deutlich oberhalb einer Monatsausgabe aufzubauen. Hierbei nutzen sie eine Ausnahmeregelung im SGB V, die es zulässt, dass Kassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern mehr Vermögen vorhalten, als es der noch gültigen Obergrenze des 0,8fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe entspricht. Dabei handelt es sich auch um eine sinnvolle Regelung, weil diese Obergrenze bei diesen kleinen Krankenkassen oft nicht ausreichen würde, um einzelne teure Leistungsfälle mit Kosten von mehreren Mio. Euro abzudecken. Auch der seit dem 01. Januar 2021 wieder eingeführte Risikopool hilft hier nicht unmittelbar, da die resultierende anteilige Erstattung erst mit erheblicher Verzögerung (frühestens im November des auf das jeweilige Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres) ausbezahlt wird. Damit droht die Illiquidität, wenn die vorhandenen Rücklagen einer Kasse nicht zur Zwischenfinanzierung ausreichen.

In besonderem Maße sind dabei die traditionellen BKK betroffen, die nur für Mitarbeitende der jeweiligen Trägerunternehmen zugänglich sind. Hierbei handelt es sich in den meisten Fällen gerade um Kassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern. Wegen der besonderen Haftungssituation besteht hier eine spezifische Interessenlage der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat der Kasse. Um Risiken vom Trägerunternehmen fern zu halten, ist ein Vermögensaufbau bei der jeweiligen BKK zu befürworten, auch wenn dieser mit höheren Kosten über die paritätisch finanzierten Beiträge der Mitglieder verbunden ist. Durch einen erneuten Eingriff in die Kassenreserven würde die Bundesregierung die betroffenen Trägerunternehmen dazu zwingen, entweder unmittelbar einen Wiederaufbau der Finanzreserven über höhere Beitragssätze der betriebsbezogenen Krankenkassen einzuleiten oder selber ein zusätzliches Risiko einzugehen, für den Fall, dass die eigene BKK in eine finanzielle Schieflage gerät.

Auch solange sich entsprechende Risiken noch nicht realisieren, kann kurzfristig mit Konsequenzen aus einer erneuten Vermögensabgabe gerechnet werden. Alleine die Unsicherheit, bei ungünstigen Ausgabeentwicklungen nur noch bedingt durch eigene Reserven gewappnet zu sein, erhöht den Fusionsdruck bei vielen Krankenkassen. Verstärkend kann dabei der Vertrauensverlust bei Trägerunternehmen geschlossener BKK gegenüber der Politik wirken: Die Motivation, die eigene Kasse zu unterstützen, könnte in Einzelfällen sinken und dazu führen, dass die betroffenen BKK geöffnet und fusioniert werden.

Durch die Finanzarchitektur des Gesundheitsfonds ist gesichert, dass Einbrüche bei den Beitragseinnahmen, die zum Beispiel durch wirtschaftliche Krisen hervorgerufen werden können, kurzfristig über den Gesundheitsfonds abgesichert sind. Getreu dem Motto „das Einnahmerisiko trägt der Fonds“, werden die Zuweisungen an die Krankenkassen vor Beginn jedes Haushaltsjahres festgeschrieben. Dennoch verbleiben auf der Einzelkassenebene Risiken, dass die Mittelzuflüsse die -abflüsse nicht ausgleichen. Neben dem nachgelagerten Ausgleich aufwendiger Leistungsfälle über den Risikopool bestehen andere

VERLAUF DER AUSSCHÜTTUNGEN DES GESUNDHEITSFONDS



Unwägbarkeiten und zeitliche Verzögerungen im Finanzausgleichssystem der GKV, dem Risikostrukturausgleich. So können Situationen für Krankenkassen eintreten, in denen zumindest Zeiträume knapper oder unzureichende Liquidität überbrückt werden müssen, bevor Ausgleichsberechnungen in der Systematik wirksam werden können. Hierbei ist es von wesentlicher Bedeutung, dass schnell reagiert werden kann.

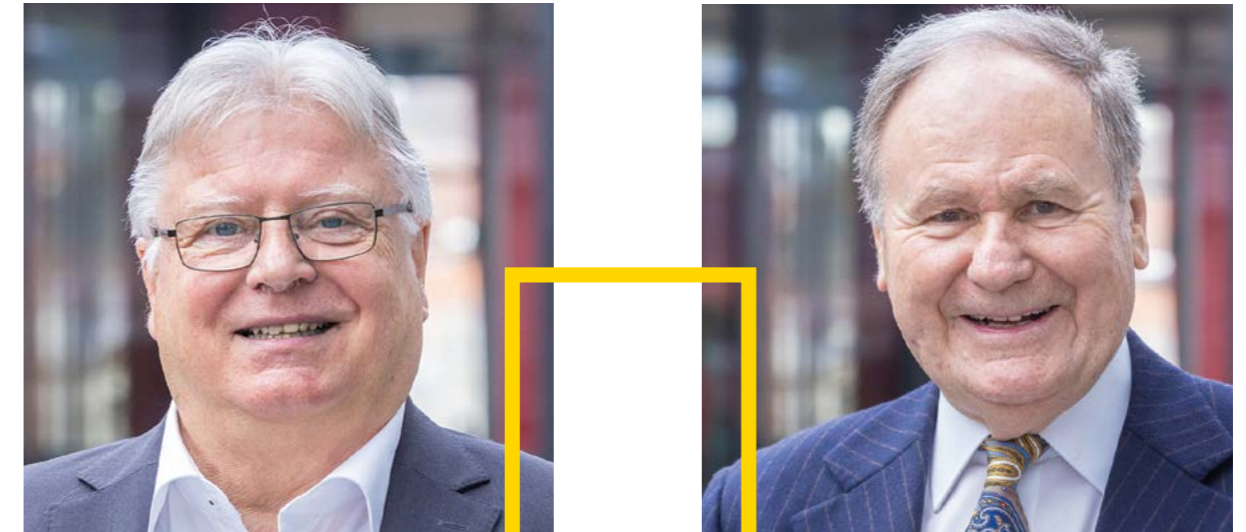
Im Frühjahr 2020 wurde beobachtet, welche Auswirkungen eine Verzögerung bei den Ausschüttungen des Gesundheitsfonds haben kann. Seinerzeit wurde die Liquidität eingeschränkt, weil der Fonds für verschiedene Pandemie-bedingte Maßnahmen in Vorleistung getreten ist, die Kompensation durch den Bund zu Beginn dagegen schleppend anließ. Die oben dargestellte Abbildung verdeutlicht den Zeitverlauf, bis zu dem die vollständige Auszahlung der monatlichen Zuweisung jeweils im April der Jahre 2019 bis 2022 erfolgte. Die Verzögerung um ca. 10 Werktage in 2020 mag geringfügig erscheinen. Dennoch waren die Alarmsignale der Kassen, die auf akute Zahlungsschwierigkeiten hinwiesen, deutlich vernehmbar.

Die Situation im Jahr 2020 normalisierte sich recht schnell wieder, weil die Kompensation durch den Bund kurzfristig sichergestellt wurde. Das Problem der Krankenkassen wurde wiederum dadurch verstärkt, dass im gleichen Zeitraum das Zahlungsziel für Krankenhausrechnungen deutlich verkürzt wurde. Zudem hatten die Kassen zeitlich keine Chance, auf das Problem mit der Auflösung von gebundenen Geldanlagen zu reagieren. Mit Blick auf 2023 können sich die Krankenkassen auf eine knappere Liquidität einstellen. Allerdings muss dabei auch berücksichtigt werden, dass spätestens zum Jahresende 2023 ein Großteil der im April 2020 noch bestehenden Geldanlagen gar nicht mehr existieren wird, weil bis dahin zwei Vermögensabgaben der GKV wirksam geworden sind.

Die Risiken, die sich für die Krankenkassen mit Blick auf eine drohende Überschuldung wie auch eine mögliche Illiquidität ergeben, erfordern frühzeitige Gegensteuerungsmaßnahmen, um Haftungsfälle (also Insolvenzen und Kassenschließungen) zu vermeiden. Über die Finanzhilfeordnung des GKV-Spitzenverbands erscheinen Darlehen zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen grundsätzlich möglich, wenn auch bezweifelt werden darf, ob diese sehr kurzfristig gewährt werden können. Eine nachhaltige finanzielle Unterstützung von sinnvoll und frühzeitig einzuleitenden Sanierungsprozessen bis hin zu freiwilligen Vereinigungen von Krankenkassen ist über dieses Instrument angesichts der Wettbewerbslage in der GKV undenkbar. Insofern wäre es unter den absehbaren Rahmenbedingungen sinnvoll, wieder freiwillige finanzielle Hilfen zwischen Krankenkassen innerhalb einer Kassenart zu ermöglichen. ■

STIMMEN AUS KASSEN UND SELBSTVERWALTUNG

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hält nicht, was sein Name verspricht. Im Gegenteil: Der Gesetzentwurf fördert geradezu eine chronische Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, auch über das Jahr 2023 hinaus. Struktur-reformen sind nun schnell notwendig, um die prognostizierte Finanzierungslücke der GKV in Höhe von 17 Mrd. Euro zu schließen. Bislang ist allerdings vorgesehen, dass die Hauptlast mit ca. 12,5 Mrd. Euro vor allem die Beitragszahler tragen sollen. In den Unternehmen sehen Arbeitgeber und Vertreter der Arbeitnehmer in den Verwaltungsräten sowie Vorstände der Betriebskrankenkassen sehr genau hin.



» Der Gesetzentwurf für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sieht eine überproportionale Belastung der Beitragszahlenden vor. Rund 12 Milliarden Euro – knapp zwei Drittel der prognostizierten Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung für 2023 – sollen mit einem tiefen Griff ins Portemonnaie der Versicherten und Arbeitgeber ausgeglichen werden. Das lehnen wir entschieden ab. Zumal Bürger und Unternehmen in Zeiten von Pandemie, Krieg und Energiekrise ohnehin übermäßige Kosten zu tragen haben.

**Berthold Maier, Vorsitzender (Versichertenvertreter) und
Jürgen Beetz (Arbeitgebervertreter) alternierender Vorsitzender
des Verwaltungsrates der vivida bkk**



- » Das Gesundheitswesen braucht zukunftsfähige Strukturen und eine verlässliche Kostenentwicklung. Leider waren die politischen Eingriffe während der letzten – wirtschaftlich stabilen – Jahre ausschließlich kostensteigernd, ohne einen nachhaltigen Nutzen für die Versicherten zu erzielen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist ein kurzfristiger, nicht nachhaltig wirkender Versuch, das Jahr 2023 nicht vollends eskalieren zu lassen. Nicht einmal die im Koalitionsvertrag angekündigte adäquate Anpassung der Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln ist umgesetzt. Es ist an der Zeit, dass Bund und Länder ihren Verpflichtungen endlich nachkommen und aufhören, staatliche Aufgaben durch die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren zu lassen.

**Ludger Hamers, alternierender Vorsitzender (Versichertenvertreter)
des Verwaltungsrates der VIACTIV Krankenkasse**



- » Dem im Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz fehlt der Mut zu strukturellen Reformen, die eine nachhaltige Gesundheitspolitik auf finanziell solide Grundlagen stellen. Allein beispielsweise die Reduzierung der Mehrwertsteuer bei Human-Arzneimitteln von 19 auf 7 Prozent würde zu einer Entlastung von rund 4 Milliarden Euro führen. Statt ineffiziente Strukturen im Krankenhaus-Sektor auch noch zu belohnen, muss eine Strukturreform für die Krankenhaus-Landschaft der Zukunft eingeleitet werden. Stattdessen schöpft Herr Lauterbach die Reserven der Krankenkassen weiter ab, zwingt ihnen ein rechtlich sehr umstrittenes Darlehen von einer Milliarde Euro auf und hebt den Zusatz-Beitrag an. Somit belastet der Gesundheitsminister Arbeitnehmer und Arbeitgeber ab 2023 zusätzlich. Eine zukunftsgerechte Gesundheitspolitik geht anders.

**Klaus-Peter Hennig, Vorsitzender (Arbeitgebervertreter)
des Verwaltungsrates der VIACTIV Krankenkasse**

» Die GKV findet derzeit in den Entlastungspaketen der Bundesregierung nicht statt. Und das, obwohl die Inflation, die Energie- und sonstigen Lebenshaltungskosten den Menschen und den Unternehmen bereits jetzt schon davongaloppieren. Die Erhöhung des Beitragssatzes spätestens Anfang 2023 bedeutet daher für Arbeitnehmer und Arbeitgeber eine deutliche Belastung. Eine Verteilung dieser Last auf breite Schultern sieht anders aus. Wir fordern deshalb, dass auch die Leistungserbringer ihren Beitrag, zum Beispiel mit einer Nullrunde in den Honorarverhandlungen, leisten und so mithelfen, die Finanzlücke zu schließen. Wir begrüßen den Vorstoß der Länder im Bundesrat, den geplanten Griff in die GKV-Reserven aus dem Gesetz zu streichen. Wenn ausreichende Rücklagen fehlen, können auch solide geführte Krankenkassen in finanzielle Schieflage geraten. Weitgehende Strukturreformen, wie die Krankenhaus- und Pflegereform müssen endlich angegangen werden, damit die Versorgung verbessert und gleichzeitig die Gesundheitskosten für Arbeitnehmer und Unternehmer kalkulierbar bleiben. Andernfalls stehen wir 2024 vor dem ganz großen Scherbenhaufen.

**Dietrich von Reyher, Arbeitgebervertreter und
Vorsitzender des Aufsichtsrates, BKK Dachverband**



» Der erneute Griff in die bereits abgesenkten Finanzreserven der Kassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist gefährliches Fahren mit kurzer Sicht: In ohnehin schon unsicheren Zeiten wird eine solide Finanzplanung enorm erschwert und Beitragszahlern drohen kurzfristige Beitragsanpassungen. Die Maßnahmen schließen weder das jährlich größer werdende Defizit, noch lösen sie dessen strukturelle Ursachen. Vielmehr wird unter steigendem Finanzdruck einmalig der letzte Notgroschen herangezogen. Sinnvoller wäre es, jetzt echte Strukturreformen und eine nachhaltige Ausgabendämpfung politisch anzugehen. Alleine eine Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 Prozent auf sieben Prozent – wie sie u.a. für Süßigkeiten und Schnittblumen gilt – würde die Beitragszahlenden jedes Jahr um rund sechs Milliarden Euro entlasten.

Siegfried Gänslar, Vorsitzender des Vorstandes vivida bkk

GEFÄHRLICHES FAHREN AUF KURZE SICHT

FAKTEN ZU KASSENFINANZEN AUF TWITTER ERKLÄRT

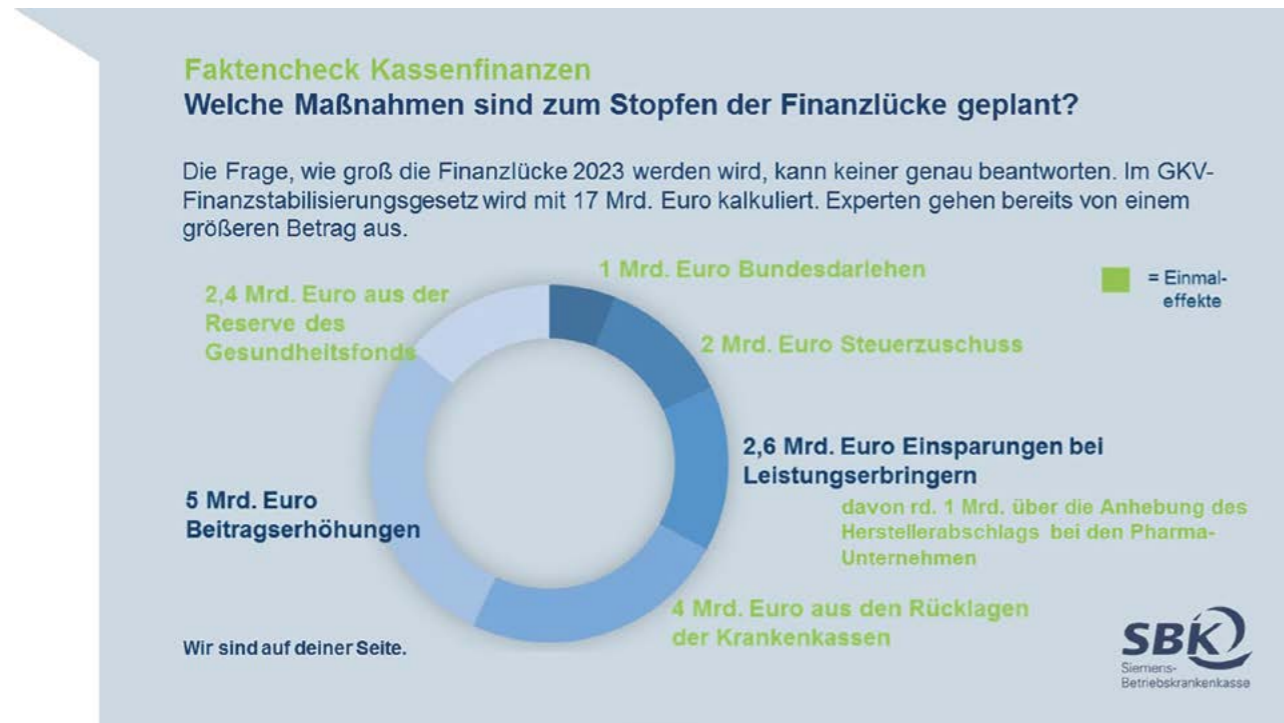
Von Stefan B. Lummer

Der Gesundheitsfonds bleibt ohne zusätzliche Bundesmittel erheblich unterfinanziert. Wie können die gesetzlichen Krankenkassen weiter pandemiefest beste Medizin und Pflege sichern? Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat vor seiner parlamentarischen Beratung für offene Empörung nicht nur bei den Kassenchefs sorgt. Auch Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Therapeuten und Apotheken blicken höchst aufmerksam auf notwendige strukturelle Lösungen, die sicherstellen sollen, dass das Gesundheitssystem weiter finanziert werden kann. Kassenfinanzen sind ein komplexes Themenfeld. Wer nachhaltige Reformen angehen will, muss dieses Thema mit dem aktuellen 17 Mrd. Euro Loch nicht nur sehr gut verstehen, sondern auch verständlich erklären können. Transparenz über nicht einfache Zusammenhänge. Das ist eine Aufgabe, der sich die Siemens-Betriebskrankenkasse mit ihrem Twitter-Account stellt. Kassenfinanzen in 280 Zeichen, geht das? Klar. Denn GKV-Finanzierung ist a matter of passion!



© Courtneyk/E+/gettyimages

Loben wir eine Twitter Serie aus der Mitte unserer Betriebskrankenkassen! Die SBK trägt in diesem Sommer dazu bei, Licht ins Dunkel zu bringen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz soll ein bedrohliches 17 Mrd. Defizit beseitigen. Ob die vorgeschlagenen Maßnahmen tatsächlich Stabilität und Sicherheit bringen, ist heftig umstritten. Ob das Alles auch im nächsten Jahr reicht, weiß keiner. Nein. Das stimmt nicht ganz. Das BMG kennt die Antwort: Bis Ende Mai des kommenden Jahres ist eine Folgegesetzgebung angekündigt. Sicher ist: Auf Dauer kann der Staat nicht mit immer mehr Geld Löcher stopfen. Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung braucht nachhaltige strukturelle Reformen. Wer für solche Reformen wirbt, muss klar und verständlich den Maschinenraum der Kassenfinanzen erklären können. Das geht nicht ohne Leidenschaft. Bei der SBK finden wir genau das. Klare Fragen, klare Graphiken, die auf den ersten Blick zeigen, was Sache ist.



Was sind die größten Kostentreiber? Was waren die auffälligsten Entwicklungen 2021? In welchen Bereichen sind Preissteigerungen zu erwarten? Müssen wir schon den Notgroschen plündern oder sollten wir zuerst Verbesserungspotenziale nutzen? 280 Zeichen flankieren diese Faktenchecks Kassenfinanzen. Kein Platz für Ornamente, also klare Botschaften: Nur, weil ein Bereich als teuer gilt, heißt es noch nicht, dass es dort am meisten Einsparpotenzial gibt. Das Gesundheitswesen muss effizienter werden: Menschliche Ressourcen da einsetzen, wo sie wirklich gebraucht werden. Digitalisierung als Unterstützungsprozesse etablieren. Und immer wieder: Mit immer mehr Geld Löcher stopfen, reicht nicht. Das kommt an: Die SBK Faktenchecks Kassenfinanzen haben inzwischen echte Liebhaberinnen und Liebhaber.

Christian Keutel liebt GKV-Finanzen. Aber es geht um mehr als Emotion: Der SBK-Finanzexperte steht souverän über einem unübersichtlichen Wust an Regelungen und einer System-Ineffizienz, die Anpassungen und Reformversuche über Jahre hinweg hinterlassen haben. Folge: steigende Kosten bei abnehmender Qualität. Und die Straße vor uns wird holprig: „Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt, Klimawandel und Ressourcenmangel stellen uns vor große Herausforderungen. Die dadurch bedingten Mehrausgaben treffen auf eine unsichere konjunkturelle Lage, die aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren zu sinkenden Einnahmen führen wird. Kurz gesagt: Mehr Geld geht raus, weniger Geld kommt rein.“ Angesichts der aktuellen Finanzdiskussion fordert Christian Keutel in einem knappen, sehr klaren Grundsatzartikel eine breit angelegte Debatte und mehr Zusammenarbeit. Und: „Raus aus dem Klein-Klein“

Faktencheck Kassenfinanzen

Welche Möglichkeiten gibt es, um kurzfristig die Finanzlage zu verbessern?

Die Rücklagen der Kassen sollen weiter reduziert, die Reserve des Gesundheitsfonds abgeschmolzen werden. Das ist riskant, denn unser Gesundheitswesen ist damit für zukünftige Herausforderungen nicht mehr gerüstet. Zwei andere, sinnvolle Maßnahmen, die im Koalitionsvertrag der Ampel genannt wurden, sind im aktuellen Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes hingegen nicht vorgesehen.

1. Anpassung des Steuerzuschusses für ALGII-Empfänger

2. Absenkung der Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln

Wir sind auf deiner Seite.



Faktencheck Kassenfinanzen

Welche Maßnahmen sind langfristig sinnvoll?

Wir müssen uns den strukturellen Problemen unseres Gesundheitswesens stellen. Wenn auf der einen Seite in den nächsten Jahren **Kostensteigerungen** unvermeidbar sein werden, müssen wir auf der anderen Seite schauen, wie wir diese **kompensieren** können oder – wenn das nicht möglich ist – wie viel wir als Gesellschaft bereit sind, für ein **Gesundheitswesen mit hoher Qualität** zu zahlen.



Wir sind auf deiner Seite.



Was treibt uns an? Auch dies beantwortet Christian Keutel in seinem Grundsatzartikel: „Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Davon bin ich überzeugt. Warum? Weil jeder, der in unserem Land krank wird, eine medizinische Behandlung erhält. Das ist ein unschätzbare Wert, den wir leider oft vergessen. Keiner wird weggeschickt, weil er nicht das nötige Kleingeld hat. Keiner muss aus finanziellen Gründen auf eine Krebsbehandlung verzichten. In anderen Teilen der Welt ist das durchaus der Fall. Ich für meinen Teil möchte nicht, dass sich diese Gewissheit, behandelt zu werden, irgendwann in Luft auflöst.“ Wir haben es nicht mit irgendeinem Gesetzgebungsverfahren zu tun. Dieses entscheidet über eine zentrale Säule des sozialen Friedens in der Mitte Europas. GKV Finanzierung ist hochpolitisch and a matter of passion! ■



LESETIPP
Raus aus dem Klein-Klein
Hier finden Sie den Artikel



von Christian Keutel
@ChristianKeutel.



Der SBK Faktencheck Kassenfinanzen auf Twitter
@Siemens_BKK

LADENHÜTER DIGA

WARUM HADERN ÄRZTE MIT DER APP AUF REZEPT?

Von Selvi Ceyhan und Leonie-Luisa Ratz, Versorgungsmanagement

Seit fast zwei Jahren können analoge Therapien nun durch Apps auf Rezept ergänzt werden, doch der große Durchbruch der digitalen Neuheit lässt bisher weiterhin auf sich warten. Halten die neuen digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, das, was sie versprechen? Wir ziehen eine Zwischenbilanz und beleuchten neben der Inanspruchnahme der Nutzenden die Bedenken der verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Dafür haben wir nicht nur Daten aus dem BKK-System analysiert, sondern auch mit einer Ärztin über mögliche Hindernisse im klinischen Einsatz von DiGA gesprochen.



Der 6. Oktober 2020 gilt als Meilenstein der digitalisierten Gesundheitsversorgung. Mit der Aufnahme der ersten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurden die sogenannten „Apps auf Rezept“ zu einer voll erstattungsfähigen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nach nun annähernd zweijährigem Bestehen können wir sagen: DiGA sind im Versorgungsalltag nur spärlich angekommen. Die Betriebskrankenkassen haben bis zum Juli 2022 insgesamt rund 28.000 Rezeptcodes an ihre insgesamt 9 Millionen Versicherten ausgegeben, mit denen diese die DiGA freischalten und nutzen können. Dafür haben die Versicherten ab Code-Ausstellung drei Monate Zeit. Bisher sind davon ca. 22.000 DiGA durch die Versicherten freigeschaltet worden. Das heißt, knapp 20% Prozent der ausgegebenen Codes wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht durch die Patienten und Patientinnen eingelöst.

Bei welchen Erkrankungen die BKK-Versicherten den größten Bedarf nach einem digitalen Tool haben, um Bewältigungsstrategien zum Umgang mit ihrer Erkrankung zu erlernen, zeigt eine Auswertung der TOP 5 der meistgenutzten DiGA im BKK-System:

TOPSELLER BKK-SYSTEM

DiGA	Markteintritt	Eingelöste Codes	Anteil	Indikationsbereich
Kalmeda	06.10.2020	5.189	24%	Tinnitus
Vivira	22.10.2020	5.017	23%	Rückenschmerzen
Zanadio	22.10.2020	4.230	19%	Adipositas
Somnio	22.10.2020	2.507	11%	Schlafstörungen
Deprexis	20.02.2021	1.740	8%	Depression
weitere DiGA	divers	3.485	15%	divers

Info zur Tabelle: Aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte des Markteintrittsdatums einzelner DiGA, ist nur ein eingeschränkter Rückschluss zur Entwicklung der Nutzungszahlen möglich. Daten des BKK-Systems vom 6. Oktober 2020 bis 7. Juli 2022.

Anhand der Zahlen wird schnell deutlich: Den größten Bedarf nach Unterstützung haben die BKK-Versicherten bei der Behandlung von Rückenschmerzen sowie Tinnitus. Gefolgt von einer DiGA, die bei Adipositas Hilfestellungen zu Verhaltensweisen in Bezug auf die Ernährung und Veränderung der Gewohnheiten leistet. Die beiden Schlusslichter bilden DiGA, die Inhalte aus dem Bereich der Psychotherapie, speziell der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) vermitteln. Der GKV-Spitzenverband erstellt jährlich einen DiGA-Bericht, in dem die Inanspruchnahme der DiGA für die gesamte GKV ausgewertet wird. Vergleicht man die „Top-seller“ der Betriebskrankenkassen mit denen der GKV, zeigt sich ein sehr ähnliches Bild, die Top 3 sind sogar identisch.

Insgesamt haben es 33 DiGA in die Versorgung geschafft. Annähernd die Hälfte der DiGA im Verzeichnis des BfArM beziehen sich auf den Indikationsbereich der psychischen Erkrankungen. Aber auch für Krankheiten des Herz-, Kreislauf- und Nervensystems sowie für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und vermehrt auch im onkologischen Bereich gibt es Apps auf Rezept. Die Spannweite zeigt, dass vor allem für Indikationen mit einer hohen Fallzahl und damit einhergehend einer hohen potenziellen Nutzerzahl DiGA entwickelt werden. Es gibt jedoch auch DiGA auf dem Markt, die als digitale Helfer beim Umgang mit selteneren Erkrankungen wie z. B. der Impotenz oder dem Vaginismus Unterstützung leisten sollen. Obwohl es eine Vielzahl an DiGA gibt, bei denen der Schwerpunkt im Bereich der psychischen Erkrankungen liegt, werden diese im Verhältnis viel seltener genutzt als in anderen Anwendungsgebieten. Dabei versprechen DiGA gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen einen erkennbaren Mehrwert indem z. B. lange Wartezeiten für Therapieplätze überbrückt werden können. Besonders unter Psychotherapeuten führte die Einführung der DiGA jedoch zu kontroversen Diskussionen. Oft wurde angemerkt, dass eine App bei psychischen Erkrankungen eine Psychotherapie nicht ersetzen und maximal als Ergänzung dienen könne. Das Problem der mangelnden Kassenzulassungen für Psychotherapeutinnen und der damit knappen Therapieplätze würde durch DiGA nicht gelöst. Vielmehr würden durch den Einsatz von DiGA zusätzliche Kosten entstehen. Das Geld hierfür sähen viele Psychotherapeuten jedoch lieber in der Schaffung von zusätzlichen Psychotherapiepraxen mit Kassenzulassung investiert. Ähnliche Stimmen werden auch aus der Ärzteschaft laut. Sie kritisieren häufig,

»Was ist aus dem Anspruch geworden: „Das DiGA-Verzeichnis der BfArM soll für Ärztinnen und Ärzte zum Digital-Lexikon werden“?«

dass DiGA vor allem einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand für Ärztinnen und Ärzte darstellen und dadurch bisher eher eine zusätzliche Belastung als die erhoffte Entlastung von ihnen ausgeht. Hinzu kommt, dass es für eine medizinische Indikation teilweise mehrere verschiedene DiGA zur Auswahl gibt. Stand August 2022 gibt es 33 DiGA auf dem Markt. Allein für Depression stehen beispielsweise fünf verschiedene Anwendungen zur Verfügung, für Diabetes mellitus Typ II drei, eine davon sogar speziell für depressive Diabetiker. Doch wie soll man nun als Arzt eine passende Auswahl treffen? Wir haben hierfür einen Praxistest gewagt und eine approbierte Ärztin gebeten, eine passende DiGA für einen Typ-II-Diabetiker auszuwählen und im Anschluss über ihre Erfahrungen und Eindrücke zu berichten. „Zur Auswahl standen mir bei der Diagnose ‚Diabetes Typ II‘ drei verschiedene DiGA. Doch wie entscheide ich mich nun für eine der drei Anwendungen? Als Entscheidungshilfe benutzte ich die beiden offiziell bereitgestellten Informationsquellen: das DiGA-Verzeichnis des BfArM sowie den KV-App-Radar. Am KV-App-Radar hat mir besonders gut gefallen, dass die Informationen kurz und knapp gebündelt aufbereitet waren und auch direkt ersichtlich war, wie hoch der Preis der DiGA ist und wie ich sie verordnen kann. Vermisst habe ich allerdings die auf der Webseite versprochenen Bewertungen von Ärzten oder Psychotherapeuten zu der jeweiligen DiGA. Leider war keine der drei Apps für Diabetes mit einer solchen Bewertung versehen. Erfahrungsberichte wären jedoch sehr hilfreich als Entscheidungshilfe.“

Das DiGA-Verzeichnis des BfArM ist für mein Empfinden etwas unübersichtlicher, stellt dafür allerdings auch weitaus mehr Informationen zur Verfügung. So findet man hier beispielsweise auch Angaben zur Wirksamkeit/Evidenz und eine Übersicht durchgeführter oder laufender Studien zum Produkt. Generell bleibt es meiner Meinung nach trotz der beiden offiziellen Informationsquellen schwierig, sich für eine App zu entscheiden, da diese oft in ihren Funktionen und Anwendungen zu einer Indikation sehr ähnlich scheinen. Dabei verkündete der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in Bezug auf das DiGA-Verzeichnis

der BfArM: ‚Dieses Verzeichnis soll für Ärztinnen und Ärzte zum Digital-Lexikon werden. Hier finden sie, welche Apps und digitalen Anwendungen verordnet werden können. Die Wirkung dieser digitalen Hilfsmittel wird genau überprüft.‘ Die Lexikonfunktion wird meines Erachtens nach zwar erfüllt, die Recherche bleibt jedoch zeitaufwändig und eine wirkliche Lotsenfunktion, welche der angebotenen Apps für meinen Patienten die richtige sein könnte, vermisse ich weiterhin. Dazu würde ich mir eine digitale Vergleichsfunktion mit spezifischen Filtern, analog zu bekannten Vergleichsportalen wünschen, um für meinen Patienten schnell und effektiv die passende App finden zu können. Toll wäre es auch, wenn man als Ärztin die Möglichkeit hätte, einen direkten Einblick in die App zu erhalten, um sich einen groben Überblick verschaffen zu können, was das jeweilige Programm alles beinhaltet. Zwar ermöglichen dies einige Anbieter schon auf ihren eigenen Webseiten oder bieten sogar Testzugänge für Ärzte und Ärztinnen an, viel nutzerfreundlicher wäre es allerdings einen Einblick in die jeweilige DiGA direkt im DiGA-Verzeichnis oder im KV-App-Radar zu implementieren. Im stressigen Praxisalltag, unter ständigem Zeitdruck wünsche ich mir gut aufbereitete und schnell zugängliche Information. Die aktuell vergüteten 2 € für die Erstverordnung einer DiGA wirken hier auch im Hinblick auf den betriebenen Mehraufwand (Recherche, Patientenaufklärung, Verordnung, Therapiebegleitung) wenig motivierend.

Gerade in Anbetracht der teilweise horrenden Kosten für das Gesundheitssystem mancher Gesundheitsanwendungen möchte ich meine Entscheidung gewissenhaft und fundiert treffen. Als Beispiel: Die aktuell teuerste DiGA auf dem Markt kostet stolze 952 € für einen Nutzungszeitraum von 90 Tagen. Das Angebot zur psychischen Unterstützung nach einer Brustkrebserkrankung soll mindestens eine Stunde pro Woche genutzt werden. Umgerechnet wären das ca. 13 Stunden minimale Nutzungszeit innerhalb der 90 Tage. Das ergibt Kosten von 73 € für eine Stunde App-Nutzung und übersteigt damit sogar den Preis einer Stunde Psychotherapie in der Gruppe. Ein solcher Preis für ein automatisiertes Programm ist für mich nicht nachvollziehbar. Dementsprechend würde ich in Anbetracht der anfallenden

WIE BEWERTEN SIE DIE IDEE DER MEDIZINISCHEN APPS AUF REZEPT?

Zustimmung in Prozent („stimme voll zu“ / „stimme eher zu“)



Quelle: Befragung der Stiftung Gesundheit zu DiGA von 569 Ärzt:innen, 2021

Kosten in diesem Fall definitiv lieber eine persönliche Psychotherapie verordnen, da ich diese durch reale und hochqualifizierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durchgeführte Therapieform als wirksamer und wirtschaftlicher erachte. Beispiele wie dieses, schüren selbstverständlich das Misstrauen und die Unsicherheit der Ärzteschaft gegenüber den Apps auf Rezept.“

Diese Skepsis deutscher Ärzte zeigt sich auch in aktuellen Umfragen zum Thema Akzeptanz von DiGA in der Ärzteschaft und unter Psychotherapeutinnen. Die Befragung von 569 Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit, welche 2021, ein Jahr nach Einführung der DiGA durchgeführt wurde, ergab folgendes Ergebnis: 19 Prozent der befragten Ärzte kannten ein Jahr nach Markteinführung die Anwendungen nach wie vor nicht. 71 Prozent gaben außerdem an, noch nie eine der Apps empfohlen zu haben. Der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten, die schon mal eine DiGA verschrieben haben, lag 2021 bei bescheidenen 14 Prozent.

Immerhin 41 Prozent der Ärzteschaft glaubten, dass DiGA signifikante Risiken bergen könnten, die bisher noch nicht ausreichend erforscht sind. Fast genauso viele Medizinerinnen hielten die Apps sogar für Verschwendung von Geldern der Solidargemeinschaft. Andererseits hielten laut der Befragung 66 Prozent der Behandelnden DiGA allgemein für sinnvoll in der Behandlung, 62 Prozent erhofften sich einen positiven Effekt auf ihre ärztliche Arbeit.

59 Prozent gaben eine Bereitschaft zur Verordnung von DiGA „mit Augenmaß“ an, wenn Patienten den entsprechenden Wunsch äußerten. Interessant ist dabei, dass aktuell 70% der genutzten DiGA durch die drei Facharztgruppen Allgemeinmedizin, HNO und Orthopädie verordnet werden. Allgemein zeigt ein Vergleich mit der Befragung von 2020 (s. Grafik) einen Trend der Ernüchterung in den Erwartungen an die Apps auf Rezept.

Besonders oft wurden datenschutzrechtliche Bedenken (70% Prozent der Befragten) geäußert. Knapp die Hälfte der Mediziner hat außerdem Zweifel sowohl an der Wirksamkeit, als auch an der Motivation der eigenen Patienten. Wie auch von der durch uns befragten Ärztin schon angemerkt, wünscht sich außerdem jede zweite Ärztin, die entsprechende App vor der Verordnung vorab testen zu können. Um DiGA dauerhaft als Therapieoption erhalten zu können, scheint eine Motivation und Überzeugung des ärztlichen Personals von der Innovation unumgänglich.

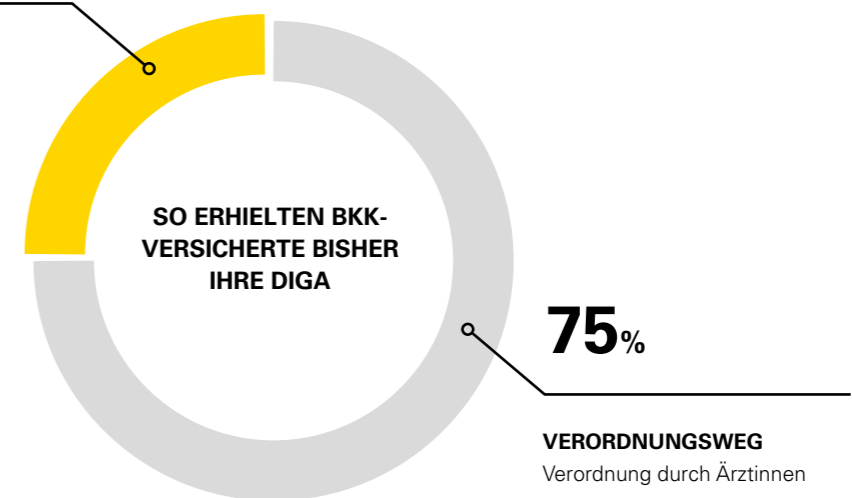
Was viele nicht wissen: um eine DiGA zu erhalten, können Patientinnen zwei Wege gehen. Entweder den klassischen Weg der Verordnung mittels eines gesonderten Rezept bei der behandelnden Ärzt:in oder durch direkte Antragstellung bei ihrer Krankenkasse. Für den zweiten Weg ist also nicht zwingend ein Arztbesuch nötig. Es genügt wenn die entsprechende Diagnose zu passenden DiGA schon mal bei der Krankenkasse abgerechnet wurde. Bei

einer Datenauswertung im BKK-System wurde deutlich, dass knapp drei Viertel der aktivierten DiGA Codes von Ärztinnen verordnet wurden. Diese Daten decken sich auch mit den Daten des DiGA-Berichts.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Leistungserbringenden einen maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg der Apps auf Rezept haben. Doch wie kann man die Ärzteschaft von der Innovation überzeugen und deren Verordnung vorantreiben? Dreh- und Angelpunkt scheint hierbei aus Sicht der Medizinerinnen die nachgewiesene Wirksamkeit (Evidenz) durch klinische Studien zu sein. Nach einem jahrelangen naturwissenschaftlichen Studium verlassen sich die meisten Ärzte in ihrem Arbeitsalltag auf fundierte Daten und Fakten. Der DiGA-Hersteller hat zwar bereits bei Antragsstellung etliche Evidenzbelege zu liefern, jedoch ist einer der Kritikpunkte aus Sicht der Ärztinnen die mangelnde Transparenz im Genehmigungsverfahren des BfArM.

Um als DiGA gelistet zu werden, haben die Hersteller ein Bewertungsverfahren beim BfArM zu durchlaufen. Dafür ist neben umfangreichen Qualitäts- und Sicherheitsparametern auch ein positiver Versorgungseffekt (pVE) nachzuweisen. Ein pVE liegt vor, wenn die App oder Webanwendung einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leistet, z. B. als Beitrag zur Linderung von Krankheitssymptomen, zur Unterstützung in der Diagnosefindung oder zur Steigerung der Therapietreue bei chronisch Kranken. Erfolgt die dauerhafte Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis, liegt bereits eine Studie vor, die den pVE der Anwendung belegt. Bei der vorläufigen Aufnahme muss die Wirksamkeit häufig noch durch die Herstellerinnen nachgewiesen werden. Der Nachweis hat innerhalb des Erprobungszeitraums von zwölf Monaten zu erfolgen, welcher einmalig auf Antrag des Herstellers um weitere 12 Monate verlängert werden kann. Oft bemängelt am Bewertungsverfahren beim BfArM wird, dass die Schwelle zum Markteintritt einer DiGA niedrig sei. So sind retrospektive vergleichende Studien

25%

GENEHMIGUNGSWEGGenehmigung durch
Krankenkasse

75%

VERORDNUNGSWEG

Verordnung durch Ärztinnen

grundsätzlich ausreichend, um die Evidenz einer DiGA nachzuweisen. Ein Blick in die gelisteten DiGA zeigt jedoch, dass bei den meisten dauerhaft gelisteten Anwendungen die Evidenz sogar auf Grundlage von randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Diese Studien sind zum Nachweis von Evidenz am besten geeignet. Dennoch gilt es, den in Studien nachgewiesenen Versorgungseffekt für die verschreibenden Leistungserbringer leichter einsehbar und nachvollziehbar zu machen.

Hierzu könnte es hilfreich sein, Informationen zu DiGA über weitere Kanäle zu verbreiten, beispielsweise regional durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Gerade über neue DiGA könnte somit effektiv informiert werden, da die Unbekanntheit der Apps auf Rezept vielerorts nach wie vor groß ist. Um dem entgegenzuwirken, schalten einige Hersteller bereits große Werbekampagnen. Auch die Krankenkassen bemühen sich, den Bekanntheitsgrad der Gesundheits-Apps durch Informationen in etlichen Kommunikationskanälen zu steigern.

Einen Großteil der Überzeugungsarbeit und der Selbstvermarktung werden die App-Hersteller jedoch selbst leisten müssen. Die Wirkung zu beweisen, wird allein nicht ausreichen, um die Apps flächendeckend in die Versorgung zu bringen. Einen innovativen Anreiz zur Auseinandersetzung mit seinem Produkt schafft beispielsweise ein Hersteller für DiGA bei psychischen Erkrankungen. Er bietet Fortbildungen für Ärzte zu den entsprechenden Krankheitsbildern (z.B. Burn-Out) an, welche CME zertifiziert sind. Das heißt Ärztinnen, die an diesen Fortbildungen teilnehmen, können einerseits Fortbildungspunkte sammeln, andererseits können sie durch die CME-Zertifizierung sichergehen, dass die präsentierten Inhalte den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen und es sich nicht um eine reine Werbeveranstaltung eines App-Herstellers handelt.

Zusammenfassend können DiGA nur erfolgreich werden, wenn Ärztinnen und Psychotherapeuten besser in die App-Nutzung einbezogen werden. DiGA sind nicht als alleinstehende Behandlungsmöglichkeit, sondern als eine zusätzliche Ergänzung zur bestehenden Therapie zu verstehen. Durch eine Integration in den Versorgungsprozess können Doppel- und/oder Fehlversorgung vermieden werden. Folglich haben Ärztinnen nicht nur die Rolle der Verschreibenden, sondern auch eine Schlüsselrolle bei der Integration von DiGA in die bestehende Gesundheitsversorgung. Bisher sind jedoch nur DiGA zugelassen, die unabhängig von Ärzten oder Psychotherapeutinnen eingesetzt werden können. Wann oder wie Patientinnen die Programme nutzen, entscheiden sie selbst. Eine Brücke könnte hier ein neues Versorgungsmodell namens Blended Care bilden. Dabei handelt es sich um Online-Interventionen, die in eine ärztliche Therapie integriert werden. Ein Beispiel für eine DiGA mit Blended-Care-Konzept ist eine App für physiotherapeutische digitale Anwendungen, in der Übungen individuell zusammengestellt werden können. Patienten können Schmerzen bei der Ausführung über einen Chat zurückmelden. Daraufhin werden die Übungen von den Behandelnden individuell angepasst. Auch in der Psychotherapie senken hybride Therapien die Krankheitssymptome stärker als alleinstehende Apps. Das deckt sich auch mit Studienergebnissen. Die digitalen Therapien werden beim Blended-Care-Ansatz seltener abgebrochen, wie eine Analyse der Universitäten Ulm und Potsdam zeigt.

Auch die führende Interessenvertretung der DiGA-Hersteller, der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung, wünscht sich eine engere Verzahnung der DiGA mit der Ärzte- und Psychotherapeutenchaft. So steht in dem Papier 'Zusammenspiel von DiGA mit Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen': „Häufig anders diskutiert, gesetzlich aber klar formuliert: Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sieht ein Zusammenwirken von Leistungserbringer:innen und DiGA explizit vor.“

Trotz der guten Evidenzlage können Blended-Care-Modelle bisher noch nicht als DiGA zugelassen werden. Aktuell interpretiert das BfArM den entsprechenden Passus im DVG so, dass die Hauptleistung von der App und nicht von dem Arzt erbracht werden muss. Bei Blended Care ist es aber schwierig zu beweisen, dass die positive Wirkung ausschließlich von der App ausgeht.

Die Apps auf Rezept werden vermutlich erst eine breite Akzeptanz finden, wenn eine Zusammenarbeit gemeinsam mit den Behandelnden erfolgt und DiGA als ein integraler Teil der Gesundheitsversorgung verstanden werden. So bleibt abzuwarten, ob das BfArM seine Interpretation bezüglich des Blended-Care-Ansatzes einer erneuten Prüfung unterzieht. Unabhängig vom BfArM ist die enge Auslegung der DiGA als eigenständige Leistung ohne Einbindung der Leistungserbringenden und ohne die Verzahnung mit weiteren digitalen Anwendungen nicht zeitgemäß und wenig zielführend. Um eine erfolgreiche Digitale Transformation des Gesundheitswesens in allen Ebenen zu erreichen, ist in zukünftigen Versorgungsmodellen von Anfang an eine Vernetzung als Schwerpunkt bei der Umsetzung zu berücksichtigen. ■

DAS INNOVATIONSFONDSPROJEKT USER

ENTLASSMANAGEMENT MIT ROUTINEDATEN

Von Matthias Kretzler, Versorgungsmanagement

Wer das Krankenhaus nach einer Behandlung verlässt, hat oft weiterführenden Versorgungsbedarf. Damit es hier nicht zu Brüchen kommt, hat der Gesetzgeber im Jahr 2015 ein Recht auf Entlassmanagement eingeführt. Seither müssen Krankenhäuser – unterstützt durch die Krankenkassen – bereits mit der Aufnahme ihrer Patientinnen und Patienten damit beginnen, die Zeit nach dem Aufenthalt zu planen, um z. B. Rehabilitationsmaßnahmen oder Heilmittel rechtzeitig beantragen zu können. Doch wie gelingt es, eine zutreffende Prognose über künftige Behandlungsbedarfe aufzustellen? Ein zu diesem Zweck entwickelter Algorithmus, der auf den Routinedaten der Krankenkassen basiert, wurde im Rahmen des Innovationsfondsprojekts „USER – Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten“ getestet – und könnte den Blick aller Beteiligten auf das Entlassmanagement nachhaltig verändern.



ENTLASSMANAGEMENT ALS TEIL DER SEKTORÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG

Eine funktionierende sektorübergreifende Versorgung ist seit vielen Jahren eines der meistgenannten Ziele in der gesundheitspolitischen Debatte. Über verschiedenste Ansätze und Anreize sollen die unterschiedlichen Leistungserbringer entlang der Patientenpfade zur Zusammenarbeit bewegt werden. Die Partner von Selektiv- und Qualitätsverträgen greifen dieses Ziel durch die Bündelung der verschiedenen Akteure bei einer bestimmten Behandlung auf. In Modellvorhaben nach § 64b SGB V für psychisch erkrankte Menschen hantieren sie mit gemeinsamen Budgets für die ambulante und die stationäre Versorgung im Krankenhaus. Im Innovationsfondsprojekt „ESV - einheitliche sektorübergreifende Vergütung“ wird der Anreiz ausgeschaltet, die Leistung im Sektor mit dem höchsten finanziellen Erlös zu erbringen. All das geschieht immer motiviert durch das Ziel, die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Bedarfen in den Mittelpunkt des Geschehens zu stellen.

»Wer das Krankenhaus nach einer Behandlung verlässt, muss vor einem Abbruch in der Versorgungskette geschützt werden.«

Wenn es jedoch um die Regelversorgung geht, sticht ein Baustein bei der Realisierung der sektorübergreifenden Versorgung derzeit besonders hervor: Das Entlassmanagement.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde im Jahr 2015 die Krankenhausbehandlung um das so genannte Entlassmanagement erweitert. Nach § 39 Abs. 1a SGB V handelt es sich hierbei um die „Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“. Zu den nach der Krankenhausbehandlung erforderlichen Leistungen zählen insbesondere die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Haushaltshilfen sowie die Kurzzeit- und Langzeitpflege, die Anschlussversorgung in anderen Krankenhäusern, aber auch die Verordnung von z. B. Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Dabei haben die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass ihre Krankenkassen das Entlassmanagement unterstützen. Die konkrete Ausgestaltung des Entlassmanagements wird in einem Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) festgelegt, der seit 1.1.2017 erstmals in Kraft getreten ist und seither von den Vertragspartnern kontinuierlich weiterentwickelt wird.

OPTIMAL: DIE ZEIT DANACH WIRD SCHON BEI DER AUFNAHME ORGANISIERT

Wie könnte ein optimaler Patientenverlauf bei gutem Entlassmanagement aussehen? Hier ein Vorschlag: Die 80-jährige Marika Muster wurde zur Operation infolge eines Bandscheibenvorfalles an ein geeignetes Krankenhaus überwiesen. Als Frau Muster die Klinik erreicht, haben sich die Ärztinnen und Ärzte schon ein umfassendes Bild von der neuen Patientin machen können, um die Operation vorzubereiten. Zum gleichen Zeitpunkt beginnen sie aber auch bereits damit, die Zeit nach dem stationären Aufenthalt vorzubereiten. Dabei ist noch vieles unsicher: Wird Frau Muster ein Hilfsmittel benötigen, z. B. einen Rollstuhl? Braucht Sie vielleicht sogar einen Platz in einem Pflegeheim? Dies alles müsste rechtzeitig bei der Krankenkasse beantragt und vor allem müssten entsprechende Angebote gefunden werden. Das Krankenhaus wirft darum einen Blick – zusätzlich zum persönlichen Anamnesegespräch – in die Routinedaten, die die Krankenkasse zu diesem Zweck über ihre versicherte Patientin bereitgestellt hat. Frau Muster war bislang vergleichsweise mobil und nicht pflegebedürftig. Das Ergebnis der Routinedatenauswertung weist für sie jedoch auf eine hohe individuelle Wahrscheinlichkeit für eine Pflegegraderhöhung hin.

Noch vor der OP nimmt daher eine Mitarbeiterin des Krankenhauses nach Rücksprache mit der Patientin Kontakt mit der Kranken- bzw. Pflegekasse auf. Ähnlich verhält es sich mit dem Platz in der Reha, der gleich für Frau Muster reserviert werden kann – gut so, denn sonst wäre es wohl zu Wartezeiten für die Patientin gekommen. Eine Übergangspflege im Krankenhaus ist damit nicht nötig. Nach dem überstandenen Eingriff kann sie für ihre Anschlussbehandlung direkt in die Rehaklinik gefahren werden. So ist es allen Beteiligten gemeinsam gelungen, Frau Muster nahtlos zu versorgen – und sie mit ihrem Bedarf als Patientin „in den Mittelpunkt zu stellen“.

Leider ist dieses Szenario in der Realität oft nicht anzutreffen. Mangels Digitalisierung bedeutet Entlassmanagement für die Kliniken vor allem Telefonate mit Nachsorgern neben dem dicht getakteten Versorgungsalltag zu führen und Faxe zu verschicken. Führt ein Krankenhaus im Einzelfall gar kein Entlassmanagement durch, hat dies keine Konsequenzen für die Klinik, zumal auch Versicherte selten um ihr Recht hierauf wissen. Doch selbst hochmotivierte Leistungserbringende sowie Krankenkassen, die das Entlassmanagement gewissenhaft umsetzen, können einen Aspekt im oben genannten Szenario heute noch nicht regelhaft bieten: Den Blick in die Routinedaten der Versicherten, um mit diesen den individuellen Nachsorgebedarf optimal zu prognostizieren. Eine einheitliche Schnittstelle, die hierfür notwendig wäre, existiert bislang nicht.

ERPROBUNG EINER PROGNOSE-SCHNITTSTELLE IM PROJEKT USER

Wenn es nach den Konsortial- und Kooperationspartnern im Innovationsfondsprojekt „Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten“, kurz „USER“ (Förderkennzeichen 01NVF18010) geht, soll genau dies in möglichst naher Zukunft für alle Kliniken möglich sein. Angeführt wird das von April 2019 bis Juli 2022 mit 3,5 Mio. EUR geförderte Projekt vom aQua Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Konsortialpartner sind der BKK Dachverband, das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI), die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (KBS) samt der KNAPPSCHAFT Kliniken GmbH mit sechs Standorten in Nordrhein-Westfalen, das Uniklinikum Heidelberg als unabhängiger Evaluator sowie die BITMARCK Service GmbH. Letztere zeichnete dafür verantwortlich, dass die Routinedaten der Versicherten der Kooperationspartner BAHN-BKK, SBK, Novitas BKK und pronova BKK in die von der KBS entwickelte „elektronische Behandlungsinformation“ (eBI) übermittelt werden konnten. Auch der Deutsche Pflegerat unterstützt das Konsortium als Kooperationspartner.

Vorläufer des Projekts war das ebenfalls vom Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderte Versorgungsforschungsprojekt „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ (EMSE, Förderkennzeichen 01VSF16041), in dem der Prognosealgorithmus vom aQua-Institut in Zusammenarbeit mit dem BKK Dachverband und dem DKI entwickelt worden war. Hierzu wurden fünf poststationäre Versorgungsbedarfe identifiziert, die zum einen nach Ansicht der Forscher ein erweitertes Entlassmanagement erfordern und sich zum anderen auch gut aus den Abrechnungsdaten der Krankenkassen abbilden lassen. Dabei handelt es sich um:

- Notfallwiederaufnahme
- Hilfsmittelbedarf
- Rehabilitation
- Pflegegraderhöhung
- Stationärer Pflegebedarf

Für jeden dieser Bedarfe sowie für die Wahrscheinlichkeit des Versterbens (Mortalität) wurden Vorhersagemodelle entwickelt. Diese können mit den individuellen Daten der Patientinnen und Patienten, bspw. Alter, Geschlecht, Pflegegrad uvm. bestückt werden. Im Ergebnis steht die individuelle Eintrittswahrscheinlichkeit für jeden einzelnen dieser sechs Parameter in Prozent sowie eine übergeordnete Wahrscheinlichkeit für einen erweiterten Versorgungsbedarf.

In USER wurde dieser nun im Versorgungsalltag an den teilnehmenden Standorten der KNAPPSCHAFT Kliniken GmbH in der Interventionsphase zwischen September 2020 und Juli 2021 produktiv eingesetzt. Aus den Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen wurden die Wahrscheinlichkeiten für die verschiedenen Nachsorgebedarfe automatisch ermittelt und den Krankenhausmitarbeitenden über das eBI-Dashboard als zusätzliche Informationen zu ihren Patientinnen und Patienten bereitgestellt. Der übergeordnete Score sowie die Darstellung in Ampelfarben (vgl. Abb. 1) ermöglichen hierbei einen schnellen Überblick und erlauben dem behandelnden Klinikpersonal, Prioritäten bei der Entscheidungsfindung zu setzen.

Das USER-Prognosemodell ergänzt das initiale Assessment, also die Ersteinschätzung der Patientin oder des Patienten bei ihrer oder seiner Aufnahme ins Krankenhaus, ersetzt dieses jedoch nicht. Das liegt zunächst einmal am Zeitverzug: Zwar können die für den Algorithmus benötigten Abrechnungsdaten fast in Echtzeit aus den Bestandsystemen der BKK und der KBS an die eBI-Schnittstelle geliefert und somit für die Prognose vom Krankenhaus abgerufen werden. Zwischen einer Behandlung und dem Vorliegen der Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse verstreichen jedoch, je nach Sektor (z. B. aus Arztpraxen oder von Krankenhäusern), bis zu 10 Monate, bevor diese für weitere Auswertungen genutzt werden können. Des Weiteren sind z. B. Laborwerte oder Daten über die Einnahme von rezeptfreien Medikamenten nicht auf diese Weise verfügbar und müssen ebenso Erwähnung bei der Ersteinschätzung finden, wie Informationen zur individuellen Lebenssituation des Patienten, die sich erst im persönlichen Gespräch offenbaren. Aus diesem Grund, aber auch wegen der sehr unterschiedlichen Prozesse in den verschiedenen Krankenhäusern, folgt aus dem USER-Score keine direkte Handlungsempfehlung. Vielmehr soll er die Basis für ein differenziertes Assessment erweitern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im Entlassmanagement stärken.

ERSTE ERGEBNISSE STIMMEN POSITIV

Eine während und nach dem Interventionszeitraum durchgeführte Befragung der Mitarbeitenden in den beteiligten Kliniken brachte ein vorsichtig optimistisches Bild hervor. Dort wurde der Score oft verwendet, um Patientinnen und Patienten mit besonders kritischen Bedarfen zu erkennen und die eigene Ersteinschätzung und Entscheidungen über Maßnahmen zusätzlich abzusichern. In mehreren Fällen konnten aber auch kritische Bedarfe aufgedeckt werden, die durch das herkömmliche Assessment allein im Verborgenen geblieben wären, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit verminderter Ausdrucksfähigkeit. Dieser Vorteil geht teilweise dadurch verloren, dass diverse Einwilligungserklärungen (u. a. zur Nutzung von Routinedaten) zu unterzeichnen sind. Zudem wurde die geringe Aktualität der Routinedaten als Nachteil gesehen, ebenso wie die Anforderung, mit eBI eine separate Software nutzen zu müssen, die nicht in das Krankenhausinformationssystem (KIS) integriert ist.

Unterm Strich, so das Fazit der Befragten, überwiegen jedoch die genannten Vorteile. Zudem weisen vorläufige (Stand: Juni 2022) Ergebnisse der Auswertung der Daten von im Rahmen des USER-Projekts behandelten Patienten auf eine signifikante Reduktion des Risikos ungeplanter Wiedereinweisungen hin.

WIE GEHT ES WEITER?

Wie alle besonderen Versorgungsformen leidet auch das Innovationsfondsprojekt USER unter der Tatsache, dass nur ein kleiner Kreis von Versicherten auf diese Weise behandelt werden konnte. Dies wurde auch von den Mitarbeitenden der beteiligten Krankenhäuser als Nachteil angegeben. Um ein Prognosemodell auf Grundlage von Routinedaten in der Regelversorgung zu verankern, wären entsprechende Schnittstellendefinitionen notwendig. Wie eine solche aussehen kann, wurde in USER gezeigt. Die Hürde des Datenschutzes konnte als eigenes Ergebnis des Projekts festgehalten werden. Hier gilt es, bürokratieärmere Wege zu finden, z. B. indem Einwilligungen zur Routinedatennutzung und zum Entlassmanagement gebündelt in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden. Mit solchen Themen könnten sich die Vertragspartner des Rahmenvertrags



Abbildung 1:
eBI Dashboard
Quelle: Knappschaft,
grafisch angepasst

Entlassmanagement in Zukunft ebenso beschäftigen, wie der Gesetzgeber bei der Weiterentwicklung nicht nur des § 39 Abs. 1a SGB V.

Im Hinblick auf die Kommunikation zwischen Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung und Krankenkasse besteht ebenfalls zusätzlicher Bedarf. Die Betriebskrankenkassen haben hier bereits erste Schritte unternommen und im vergangenen Jahr einen Rahmenvertrag mit der digitalen Plattform „Recare“ geschlossen. Damit soll sich die Beantragung von Rehapläätzen durch die Kliniken und das Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen beschleunigen. Weitere Nachsorgeeinrichtungen werden sukzessive integriert.

Und auch das Prognosemodell wird weiterentwickelt: Im Innovationsfondsprojekt KI-THRUST (Förderkennzeichen 01VSF20014) erweitert das aQua-Institut zusammen mit der Universitätsmedizin Göttingen und dem BKK Dachverband das regressionsbasierte Prognosemodell aus dem Projekt EMSE um Algorithmen, die sich Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) zunutze machen. Damit können komplexere Eingabedaten verwendet und, so die Hoffnung, noch präzisere Prognosen berechnet werden. Bedingung dabei ist, dass die Ergebnisse der hochkomplexen Modelle weiterhin für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten erklärbar bleiben.

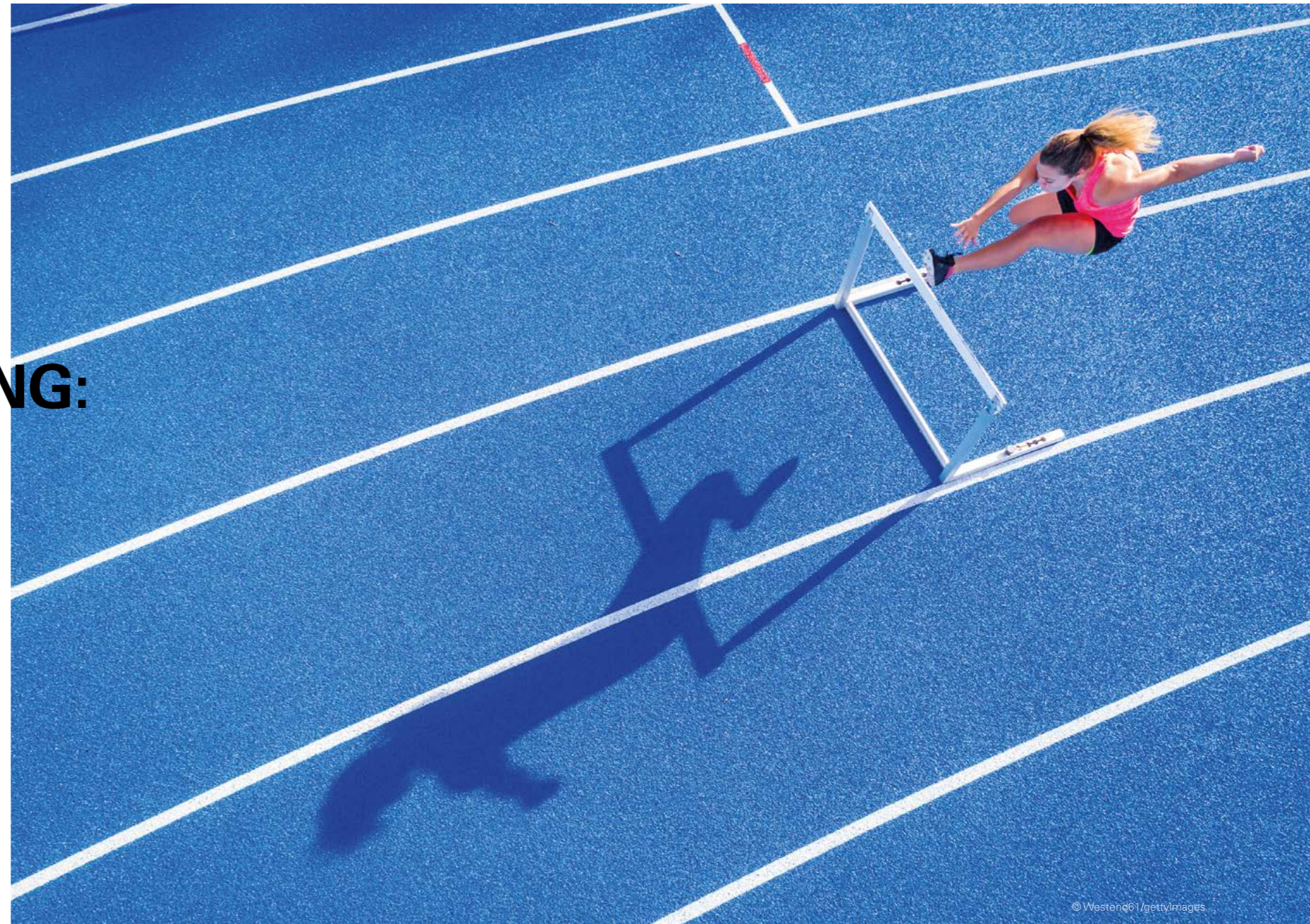
Für die BKK-Gemeinschaft liegen die Vorteile dieser Forschung klar auf der Hand. Die Betriebskrankenkassen haben den Anspruch, ihre Versicherten im Entlassmanagement proaktiv zu unterstützen und wollen hierzu nicht auf Anfragen der Kliniken warten. Die vorgenannten Innovationsfondsprojekte dürfen somit als wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem funktionierenden patientenorientierten Entlass- und Versorgungsmanagement angesehen werden. ■

TRANSFER VON INNOVATIONSFONDSPROJEKTEN

DER WEG IN DIE VERSORGUNG: HINDERNISSE & CHANCEN

Von Dr. Roland Leuschner und Claudia Schönfelder, Versorgungsmanagement

Der Erfolg des Innovationsfonds wird sich in erster Linie daran messen lassen müssen, was an Verbesserungen dauerhaft in der Versorgung ankommt. Wie schwer es ist und welche Hürden überwunden werden müssen, um erfolgreich evaluierte Projekte zügig in die Regelversorgung zu überführen, zeigt sich erst in der Realität anhand der Erfahrungen mit den ersten abgeschlossenen Innovationsfondsprojekten



© Westend61/gettyimages

ZIEL DES INNOVATIONSFONDS

Die Überführung erfolgreich evaluierter Projekte oder wirksamer Teile daraus in die Regelversorgung ist das Ziel des Innovationsfonds. Hierbei stellt sich als erstes die Frage wie Regelversorgung zu definieren ist. Nach dem Verständnis der Autoren kann dies neben der kollektivvertraglichen Umsetzung auch eine kassenartenübergreifende selektivvertragliche Umsetzung sein. Die Reichweite selektivvertraglicher Umsetzungen ist sehr unterschiedlich. Die Umsetzung in nur einer Region mit nur einem Teil der Krankenkassen markiert das untere Ende des möglichen Spektrums, die flächendeckende Umsetzung unter Beteiligung aller Kassenarten markiert das obere Ende des Spektrums. Ein Projekt, das dem oberen Ende einer flächendeckenden Umsetzung relativ nahekommt, ist TRANSLATE NAMSE. Inhaltlich geht es hier um die koordinierte Zusammenarbeit von Zentren für seltene Erkrankungen. Zu der neuen Versorgungsform gehören insbesondere Fallkonferenzen und ein Fallmanagement mit Einbindung überregionaler Expertise mit

dem Ziel, die Zeit bis zur Diagnosestellung und der richtigen Behandlung zu verkürzen. Dass es sich bei diesem Thema aus Sicht der Kassen nicht um ein wettbewerbliches Thema handelt, hat eine kassenartenübergreifende Umsetzung über § 140a SGB V befördert. Damit eine neue Leistung jedoch garantiert allen Versicherten zur Verfügung steht, ist eine kollektivvertragliche Lösung notwendig. Dafür ist in einigen Fällen die Verabschiedung einer Richtlinie durch den G-BA oder die Schaffung oder Anpassung gesetzlicher Grundlagen notwendig.

Viele Projekte führen ihre neue Versorgungsform auf Grundlage von Selektivverträgen weiter, weil dies einige Vorteile bietet. So können über Selektivverträge auch Leistungen angeboten werden, die noch nicht Teil des Leistungskatalogs der GKV sind. Notwendige Partner für eine Kooperation können in einer Region schneller gefunden werden als flächendeckend und bundesweit. Für einige Versorgungsformen sind auch strukturelle Voraussetzungen (z.B. Ärztenetze) notwendig, die nur in bestimmten Regionen aber nicht überall in der Fläche vorhanden sind. Das bedeutet jedoch gleichzeitig, dass diese selektivvertraglich vereinbarten Leistungen auch nur Versicherten in bestimmten Regionen und über die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen zur Verfügung stehen. Ein weiterer Nachteil von Selektivverträgen ist ein höherer administrativer Aufwand, etwa durch die notwendige Einschreibung der Patientinnen und Patienten.

Ist die selektivvertragliche Transferlösung daher nur die Second-Best Lösung? So pauschal lässt sich diese Frage nicht beantworten, da die Projekte sehr unterschiedlich sind und etliche Projekte aufgrund fehlender Strukturen, inklusive des Fehlens williger Umsetzungspartner in der Fläche, kollektivvertraglich keine Umsetzungschancen hätten. Die kurzfristig umsetzbare Weiterführung eines erfolgreichen Projekts über einen Selektivvertrag kann daher auch ein Zwischenschritt auf dem Weg zu einer flächendeckenden, kollektivvertraglichen Umsetzung sein. Diese benötigt mehr Zeit, da Strukturen neu aufgebaut und Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, inklusive einer ggf. notwendigen neuen Legendierung im EBM bzw. Berücksichtigung im DRG-System, der Verabschiedung einer Richtlinie durch den G-BA oder einer möglicherweise anzupassenden gesetzlichen Grundlage durch den Gesetzgeber. Es ist deshalb fraglich, ob wie im Koalitionsvertrag vorgesehen ein starrer und einheitlicher Pfad zur Überführung von Projekten in die Regelversorgung beschrieben werden kann.

Die selektivvertragliche Fortführung eines Innovationsfondsprojektes kann einen großen Beitrag dazu leisten, eine neue Versorgungsform kurzfristig in einzelnen Regionen einzuführen, sie verglichen mit der Projektsituation einer größeren Zahl von Versicherten verfügbar zu machen und sinnvolle Weiterentwicklungen zu gestalten.

PROBLEME BEIM TRANSFER IM SELEKTIVVERTRAGLICHEN BEREICH

Um den Transfer in selektivvertraglichen Strukturen zu stärken, hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) wesentliche Erleichterungen für die Fortführung von Innovationsfondsprojekten über Selektivverträge geschaffen. So gelten z.B. bei Innovationsfondsprojekten die Voraussetzungen für Verträge nach § 140 ff. SGB V automatisch als erfüllt, so dass eine erneute Prüfung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entfällt. Zudem wurden die Möglichkeiten der vertraglichen Einbindung von Leistungserbringern erweitert, was die Gestaltungsspielräume vergrößert. Auch die Möglichkeit digitale Versorgungsinnovationen in Selektivverträgen umzusetzen, ist eine sinnvolle Erweiterung, da viele Innovationsfondsprojekte digitale Lösungen nutzen. Trotz der Erweiterungen und Erleichterungen ist ein Selektivvertrag nicht die Lösung für viele Projekte. So sind z.B. die Vergütungsstrukturen in solchen Verträgen immer noch an die Logik des Morbi RSA gekoppelt. Eine sektorenübergreifend erbringbare Leistung wird häufiger über eine stationäre Kostenposition abgerechnet, da die Kasse sonst geringere Zuweisungen aus dem RSA erhält. Einfache Pauschalpositionen sind dadurch nicht möglich.

Ein weiteres Problem für die Kassen ist der hohe administrative Aufwand bei der Umsetzung von Selektivverträgen. Dazu gehört oft die vergaberechtliche Erfordernis, Leistungen auszuschreiben und diesen Prozess alle 4 Jahre zu wiederholen, was Unsicherheiten

auf Seiten der Leistungserbringer und auf Seiten der Krankenkassen darüber erzeugt, ob die Vergabesituation dann noch die Auswahl der bewährten Partner zulässt.

Der Aufwand setzt sich fort durch die notwendige aktive Rekrutierung, um die Versicherten in die Verträge einzusteuern. Dazu kommt die datenschutzrechtlich zwingend erforderliche Einschreibung der Versicherten in den jeweiligen Vertrag, und der Aufwand kulminiert schließlich in der oft notwendigen Bereinigung der Vergütung, wenn der Vertrag Bestandteile der Regelversorgung sowie zusätzliche Bestandteile enthält. In diesen Fällen muss aufwändig der Vergütungsbestandteil für die Leistungen der Regelversorgung rausgerechnet und von der an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgezogen werden, um doppelte Bezahlung zu vermeiden. Die Ausweitung des Leistungsumfangs außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung hat auch Auswirkungen auf die Verhandlungen der Leistungen und Gebührenpositionen im Rahmen der regulären Kollektivversorgung. Häufig werden in Selektivverträgen – auch im Rahmen des Innovationsfonds- neue Leistungen, die noch nicht Teil der Regelversorgung sind, relativ hoch vergütet. Die Erwartungen der Leistungserbringer orientieren sich dann auch im kollektivvertraglichen Bereich daran.

Um Selektivverträge weiter zu befördern, ihnen eine langfristige Perspektive zu ermöglichen und um nicht eine Situation wie 2008 mit dem Auslaufen der Anschlussfinanzierung im Bereich der integrierten Versorgung zu kommen, müssen insbesondere beim administrativen Aufwand bestehende Herausforderungen angegangen werden, wie z.B.:

- Erleichterungen bei Vergabeprozessen
- Vereinfachung bei der Einschreibung von Versicherten
- Sektorenübergreifende pauschale Vergütungslösungen

GRENZEN DES INNOVATIONSFONDS

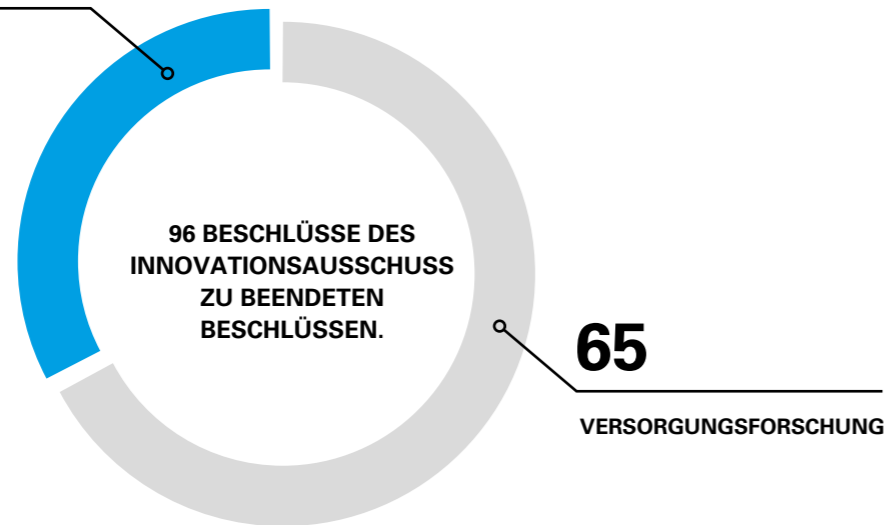
Die Wirkung des Innovationsfonds hat dort seine Grenzen, wo Projekte mit den bekannten strukturellen Problemen unseres Gesundheitssystems konfrontiert werden. Um diese Probleme zu lösen, braucht es den politischen Willen und gesetzgeberische Initiativen. Innovationsfondsprojekte können die Probleme nur aufzeigen, komplizierte oder nur schwerlich in die Regelversorgung übertragbare Bypässe ermöglichen, oder sie können theoretisch mögliche Einsparpotentiale aufzeigen, die sich aber unter den aktuellen strukturellen Gegebenheiten nicht heben lassen. Hier zu nennen sind etwa Projekte, in denen unnötige Hospitalisierungen oder Wiederaufnahmen vermieden oder reduziert werden können. Mühen die dadurch erreichten Rückgänge stationärer Leistungen jedoch nicht in konkreten Kapazitäts- bzw. Strukturanpassungen und werden durch ökonomisch motivierte Mengenausweitungen an anderer Stelle aufgefüllt, können die theoretisch möglichen Einsparpotentiale nicht gehoben werden.

WELCHE ROLLE SPIELT DER INNOVATIONSAUSSCHUSS BEIM TRANSFER?

Der Innovationsausschuss beschließt spätestens 3 Monate nach dem vollständigen Vorliegen der Abschlussberichte über eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung. Wenn ein Projekt keine Empfehlung bekommt, ist dies zu begründen. Bisher gibt es im Bereich der Versorgungsforschung 65 Beschlüsse und im Bereich der neuen Versorgungsformen 31 Beschlüsse, die man auf der Homepage einsehen kann.

Hier fällt auf, dass es keine Übersicht über die getroffenen Empfehlungen gibt, so dass man jedes Projekt einzeln betrachten muss. Dabei ist nun neben dem Ergebnisbericht und dem Evaluationsbericht auch der Beschluss und die jeweilige Begründung zu finden.

31

NEUE
VERSORGUNGSFORMEN

Eine strukturierte Übersicht und erweiterte Filtermöglichkeiten über die Projekte und den dazu gehörenden Beschlüssen – sowie die Veröffentlichung der Rückmeldungen der angeschriebenen Akteure – wäre hier eine sinnvolle Erweiterung der Transparenz im Innovationsfonds und könnte umsetzungswilligen Akteuren die Arbeit erleichtern und somit den Transfer befördern.

In den meisten Fällen empfiehlt der Innovationsausschuss die Weiterleitung an verschiedene Akteure, die sich in ihrer Konkretisierung jedoch deutlich unterscheiden können. Die Empfehlungen erfolgen abgestuft: Neben der klaren Formulierung, dass keine Empfehlung zur Überführung ausgesprochen wird, gibt es die Variante, dass aufgrund positiver Tendenzen die Projektergebnisse weitergeleitet werden, um bei einer möglichen Weiterentwicklung der Versorgung Berücksichtigung zu finden. Die nächsthöhere Stufe ist die Empfehlung, Ansätze der neuen Versorgungsform zu überführen. Diese wird oft gewählt, wenn aussagekräftige Ergebnisse nur für Teile eines Projekts vorliegen. Die bisher stärkste Formulierung empfiehlt die Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung.

Im Zuge der Verlängerung des Innovationsfonds hat der Gesetzgeber auch eine konkrete Vorgabe zur Überführung von Projektergebnissen gemacht. Sofern der G-BA in der Umsetzungsverantwortung ist, kann dieser vom Innovationsausschuss aufgefordert werden ,innerhalb von 12 Monaten die Voraussetzungen für eine Umsetzung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung zu schaffen. Die bisher stärkste Transferempfehlung in Richtung G-BA ist in Form von Prüfbitten erfolgt. Demzufolge wurde der G-BA bisher noch nie konkret mit der Umsetzung eines Projekts in die Regelversorgung beauftragt. Während der G-BA vom Innovationsausschuss einen verbindlichen Auftrag bekommen kann, haben die Weiterleitungen an die anderen Akteure nur Empfehlungscharakter und bleiben damit im Vagen. Unklar bleibt, wie die angeschriebenen Akteure die

Projektinformation verwerten. Die Umsetzungsverantwortung nach dem Empfehlungsschreiben liegt nicht beim Innovationsausschuss, aber eine Umsetzungsverpflichtung der angeschriebenen Akteure gibt es auch nicht. Die Rückmeldungen der angeschriebenen Institutionen werden bisher nicht veröffentlicht. Der weitere Umgang mit den Empfehlungen ist dann abhängig von den Strukturen und vom Good Will der beteiligten Akteure und Leistungserbringenden.

KANN EIN TRANSFERBUDGET DEN TRANSFER BEFÖRDERN?

Die Projektnehmer sind nach dem Projektende damit konfrontiert, dass finanzielle und personelle Ressourcen nach Ablauf der Förderung nicht mehr zur Verfügung stehen. Ein Transferbudget würde den Projekten zwar die Fortführung erleichtern, allerdings endet die Versorgung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten meist mit Ende der Interventionsphase, so dass das Transferbudget bereits zu diesem Zeitpunkt bewilligt worden sein müsste, um einen Versorgungsbruch zu vermeiden. Da endgültige Ergebnisse eines Projekts erst mehrere Monate nach dessen Beendigung vorliegen, müssten Trends und Zwischenergebnisse die Grundlage für die Bewilligung eines solchen Budgets sein. Die Fortsetzung der finanziellen Förderung der Intervention ist zudem kein Garant für einen erfolgreichen Transfer. So müsste dieses Budget mindestens an die Bereitschaft einer größeren Anzahl von Krankenkassen und der entsprechenden Leistungserbringer geknüpft sein, um das Projekt fortzuführen. Eine andere und möglicherweise sinnvollere Ausgestaltung eines Transferbudgets könnte sein, in begründeten Fällen zur besseren statistischen Absicherung von Ergebnissen mit einem solchen Budget eine Weiterführung der Evaluation zu finanzieren, wenn feststeht, dass die Projektnehmenden das Projekt nach Projektende fortsetzen wollen. Damit wäre es auch möglich, langfristige Effekte

der neuen Versorgungsformen wissenschaftlich zu untersuchen. Für diese Gelder müsste allerdings ebenfalls vor Projektende eine Zusage erteilt werden, um sicherzustellen, dass die Evaluatoren über das Projektende hinaus zur Verfügung stehen. Zudem wäre es denkbar, die Initiatoren ähnlicher Projekte mit einer Transferumsetzungsphase zu beauftragen und diese zu fördern. Es ist kaum vorstellbar und auch nicht sinnvoll, dass jedes Projekt, welches sich beispielsweise mit Lotsen auseinandersetzt, eine eigene Transferlösung dafür entwickelt. Über eine solche Clusterung, die auch von der Prognos AG in dem Evaluationsbericht zum Innovationfonds befürwortet wird, könnten sinnvolle Synergien und einheitliche Lösungen geschaffen werden.

Grundsätzlich muss eine neue Versorgungsform natürlich auch ohne weitere Transfergelder weitergeführt werden können. Unabhängig davon, ob Transfergelder für eine Weiterfinanzierung zur Verfügung stehen oder nicht, muss ein Projekt sehr früh die Entscheidung treffen, ob die Intervention fortgeführt werden soll, um allen Beteiligten eine klare Perspektive zu geben und bestehende Strukturen zu erhalten. Einige Projekte haben sich für eine Fortführung der Intervention entschieden, so z.B. das Projekt step.de, welches Sporttherapie bei Menschen mit depressiven Erkrankungen auch dauerhaft als Versorgungslösung anbietet. Andere Projekte möchten Erfahrungen aus der Projektlaufzeit für eine Weiterentwicklung der Versorgungsform nutzen wie z.B. das Projekt Oscar, bei dem speziell ausgebildete Lotsen Tumorkranke während ihrer Erkrankung begleiten und unterstützen.

WELCHE WEITEREN ASPEKTE KÖNNEN DEN TRANSFER VON PROJEKTERGEBNISSEN STÄRKEN?

Die Gründe für freiwillige Fortführungen sind genauso vielfältig wie die Gründe dagegen. Belegen die Projektergebnisse z.B. ökonomische Vorteile, eine bessere Patientensteuerung oder auch eine Reduktion bestehender Versorgungslücken, ist im besten Fall das ganze Konsortium von der Maßnahme überzeugt und daher motiviert, Mittel und Wege für eine Weiterführung zu finden. Die Akzeptanz der Beteiligten ist der wichtigste Treiber für Transferprozesse.

Es lohnt sich auch noch einmal einen Blick auf die Gründe gegen eine Fortführung zu werfen. Einige Projekte entscheiden sich bewusst dagegen, ihr Vorhaben mit den Limitationen der selektivvertraglichen Regelung fortzuführen und hoffen vielmehr auf eine positive Transferempfehlung verbunden mit dem Wunsch nach einer generischen Lösung über die die neue Versorgungsform allen Versicherten zur Verfügung stehen kann. Diese Hoffnung und Erwartungshaltung im Hinblick auf eine positive Transferempfehlung wurde bei einigen Projekten enttäuscht. Das größte Hemmnis für eine freiwillige Projektfortführung ist jedoch die fehlende Akzeptanz im Konsortium, z.B., weil Uneinigkeit über die Finanzierung der Maßnahme besteht oder weil schlichtweg das Personal für eine Umsetzung bzw. Weiterführung nicht vorhanden ist. Werden etwa in einem Projekt durch zusätzlichen personellen Aufwand geeignete Teilnehmer identifiziert und zu einer Teilnahme motiviert, kann dieser personelle Aufwand nach Projektende nicht immer fortgeführt werden, weil das Personal hierfür dauerhaft nicht zur Verfügung steht. Ohne diesen Aufwand seitens der Kassen oder der Leistungserbringenden für die Akquise müssen die Patienten selber den Weg in die neue Versorgungsform finden. Wenn ohne aktive Rekrutierung deutlich weniger Patientinnen und Patienten die neue Leistung in Anspruch nehmen, wird der Aufwand für die Kassen und Leistungserbringer schnell zu hoch, so dass ein Selektivvertrag nicht mehr funktioniert bzw. nicht mehr lohnt.

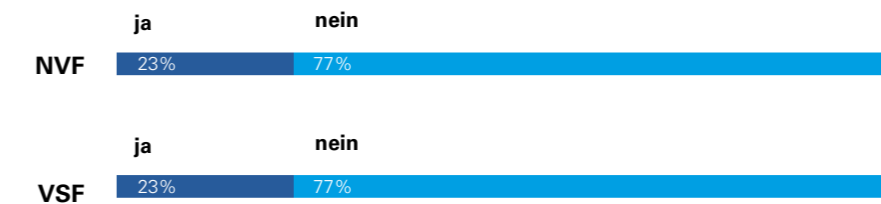
Wie kann also eine freiwillige Fortführung erleichtert werden? Dazu beitragen könnten verbesserte Möglichkeiten für Projekte mit ähnlichen Inhalten oder Zielgruppen, die ihre Erkenntnisse miteinander zu teilen und durch mögliche Synergien mit weniger Ressourcenaufwand eine Fortführung zu organisieren. Normalerweise spielen gerade im selektivvertraglichen Bereich wettbewerbliche Betrachtungen eine große Rolle und hemmen Transparenz und Austausch untereinander. Der große Vorteil des Innovationsfonds ist, dass Informationen zu den Projekten inklusive der Projektergebnisse der Öffentlichkeit

zur Verfügung stehen, so dass hier eine bessere Transparenz und Nutzbarkeit über einzelne Projekte und deren Beteiligte hinaus gegeben ist. Derzeit müssen die Konsortien jedoch teilweise sehr aufwändig danach suchen, ob und in welcher Art und Weise andere thematisch ähnliche Projekte ihre Transferprozesse gestalten. Hier würde eine freiwillige Meldung zu weiterlaufenden Projekten und die Zusammenführung in einer Übersicht helfen, eine Vernetzung zu erreichen. Die zur Schaffung von Transparenz im selektivvertraglichen Bereich eingeführten Vertragstransparenzstellen eignen sich für diese Zwecke leider nicht.

Die Vernetzung der Projekte ist nicht nur wichtig um Synergien zu schaffen, sondern trägt auch insgesamt dazu bei, Projektergebnisse einem größeren Kreis interessierter Leistungserbringer und anderen Stakeholdern bekannt zu machen. Einige Plattformen wie z.B. der BMC (Bundesverband Managed Care) vernetzen bereits seit einiger Zeit Akteure und bringen einen Diskussionsprozess in Gang. Der Innovationsausschuss sollte hierfür weitere Möglichkeiten schaffen und ggf. auslaufenden Projekten die Möglichkeit geben, ihre Ergebnisse nicht nur in Form von Ergebnisberichten, sondern praxisnah in Form von Veranstaltungen zu präsentieren. Als Beispiel kann hier die Veranstaltungsserie BKK Innovativ dienen, die bereits mehrere Innovationsfondsprojekte vorgestellt hat.

Um dem Problem der fehlenden Akzeptanz bei der Fortführung zu begegnen, ist es wichtig, bereits alle relevanten Stakeholder vor Projektbeginn an Bord zu holen. Bestenfalls bereits im Ideenstadium, so dass bei der Entwicklung eines Projekts alle Blickwinkel und Bedürfnisse der Beteiligten mitberücksichtigt werden können. Die Einbindung von Patientenorganisationen ist ebenfalls ein wichtiger Punkt und wird auch von den Projekten gefordert. Gerade in der Phase der Überführung in die Versorgung können diese Organisationen einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Betroffene über die neue Versorgung informieren und damit einen Teil der Öffentlichkeitsarbeit übernehmen. Die folgende Grafik zeigt, dass Patientenorganisationen noch besser in Projekte eingebunden werden können.

SIND VERTRETUNGEN DER SELBSTHILFE ODER PATIENTENORGANISATIONEN TEIL DES PROJEKTKONSORTIUMS?



n=138 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle, 203 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu 39 NVF sowie 58 VSF-Projekten liegen keine Angaben vor.

Quelle: Befragung der Förderempfänger, © Prognos AG, 2021

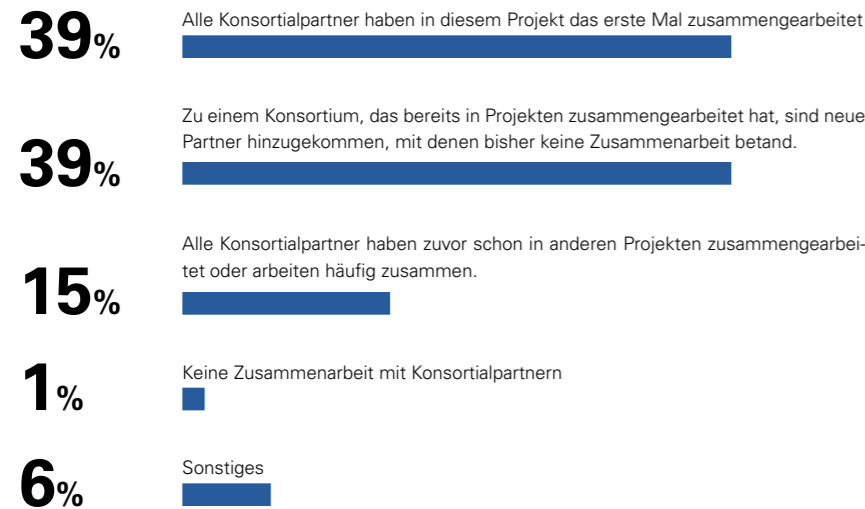
Zwischenergebnisse sollten als Entscheidungsgrundlage genutzt werden, insbesondere bei der frühzeitigen Entscheidung, ob eine neue Versorgungsform freiwillig fortgeführt wird. Das bedeutet natürlich gleichzeitig, dass auf die Entscheidung des Innovationsfonds über eine Förderempfehlung nicht immer gewartet werden sollte.

Zwischen Projektidee und Vorstellung der Ergebnisse vergeht oft eine lange Zeitspanne. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass einige Projekte von der Regelversorgung überholt werden, wie z.B. das Projekt Mundpflege. Ob die neue Regelversorgung dann wichtige Erkenntnisse der Projekte mit übernimmt und Hürden abbaut (wie in dem Projekt z.B. die Akzeptanz der Zahnärzte Hausbesuche durchzuführen) ist fraglich. Durch das neue zweistufige Verfahren ist diese Zeitspanne nochmal deutlich länger geworden. Die Vorteile wie z.B. die Finanzierung der Ausarbeitung des Antrages können die Nachteile nicht aufwiegen, das zweistufige Verfahren sollte daher wieder abgeschafft werden.

Ein nicht unerheblicher Faktor bei den Überlegungen, ob ein Projekt fortgeführt wird oder nicht, ist der gesundheitsökonomische Effekt. Gerade in Zeiten angespannter Finanzen und nicht gelöster Fragen bei der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es wichtig, dass Projekte des Innovationsfonds auch ökonomisch überzeugende und belastbare Ergebnisse liefern können. Es ist daher zu begrüßen, dass künftig gesundheitsökonomische Analysen ein obligater Teil der Evaluation von Innovationsfondsprojekten sein sollen.

INNOVATIONSFONDS FÖRDERT DIE ZUSAMMENARBEIT

Welche Aussage trifft auf Ihre Konsortialpartner zu?



n=134 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 43 NVF liegen keine Angaben vor. Unter „Sonstiges“ wurden bereits bestehende Selektivverträge zwischen den Partnern angegeben, einfache Zuordnungen der Projekte.

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger, © Prognos AG, 2021

FAZIT

Der Innovationsfonds hat eine deutlich bessere Vernetzung zwischen GKV, Leistungserbringern, Versorgungsforschern und den anderen Sozialversicherungsträgern bewirkt. Die untenstehende Grafik zeigt, wie oft in Projektkonsortien Akteure in neuen Konstellationen zusammengearbeitet haben.

Viele Projekte haben sich mit bekannten Problemen im Gesundheitswesen beschäftigt. So hat sich etwa das Projekt ESV (Einheitliche Sektorengleiche Vergütung) der sektoralen Trennung aufgrund unterschiedlicher Vergütungsmodelle und damit einhergehenden finanziellen Fehlanreizen gewidmet. Es wurden sektoreinheitliche Vergütungsmöglichkeiten für Leistungen erarbeitet, die sowohl ambulant als auch stationär erbringbar sind. Sektorengrenzen erschweren oft auch eine bedarfsgerechte Versorgung. Das Projekt

IGiB StimMt hat daher in der Region Templin in Brandenburg versucht, ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen so miteinander zu verzahnen, dass regionalen und demografischen Herausforderungen in der Versorgung möglichst optimal Rechnung getragen wird. Zur Erleichterung der Umsetzung bedarfsgerechter, wohnortnaher und sektorenübergreifender Versorgungsansätze wären rechtliche Anpassungen erforderlich. Notwendig wären nicht nur einheitliche Finanzierungslösungen, sondern vor allem auch eine gemeinsame Bedarfsplanung sowie einheitliche Qualitätsstandards. Entsprechende Prüfbitten wurden vom Innovationsausschuss an das BMG weitergeleitet.

Eine echte Überwindung der vorhandenen Sektorengrenzen und der durch die Sozialgesetzbücher festgeschriebenen Abgrenzungen von Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger konnte durch Projekte des Innovationsfonds nicht erreicht und auch nicht erwartet werden. Allenfalls komplizierte und nur im Projektmaßstab umsetzbare Bypässe dieser bestehenden strukturellen Probleme waren möglich.

Auch Projekte, die sich mit Prozessverbesserungen innerhalb von Sektoren beschäftigt haben, können oft nur erfolgreich in die Regelversorgung überführt werden, wenn Paragraphen im SGB V geändert oder erweitert werden. Das Projekt Inno_RD (Integrierte Notfallversorgung: Rettungsdienst im Fokus) beispielsweise zeigt auf, an welchen Stellen Anpassungen nötig sind, um eine bessere und zielgerichtete Notfallversorgung zu gestalten.

Ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Adressat von Transferempfehlungen des Innovationsausschusses, ist daher die Politik und hier konkret das BMG. Die Politik hat den Erfolg des Transfers und damit des Innovationsfonds zu einem nicht unwesentlichen Teil selbst in der Hand.

FÖRDERNDE MASSNAHMEN FÜR SELEKTIVVERTRAGLICHE TRANSFERWEGE

- Erleichterungen bei Vergabeprozessen
- Vereinfachung bei der Einschreibung von Versicherten
- Sektorenübergreifende pauschale Vergütungslösungen

VERBESSERUNGSOPTIONEN IM TRANSFERPROZESS

- Gesetzliche Grundlage für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung
- Gleiche Bezahlung für gleiche Leistung unabhängig vom erbringenden Sektor
- Transferbudget mit der Verpflichtung mehrere Krankenkassen einzubinden, um die Leistung einem größeren Teil von Versicherten zur Verfügung zu stellen und ggf. weitere Evidenz zu generieren
- Portal mit der Nennung aller fortgeführten Innovationsfondsprojekte zur besseren Transparenz für Leistungserbringende und Patienten
- Weitere Vereinfachungen im selektivvertraglichen Bereich
- Mehr Transparenz durch Veröffentlichung der Rückmeldungen der angeschriebenen transferrelevanten Akteure
- Wissenstransfer durch Ergebnispräsentation der Projekte und thematisch passenden Veranstaltungen
- Verknüpfung und Clusterung ähnlicher Projektansätze
- Obligate gesundheitsökonomische Evaluation

Die Entscheidung, die Befristung des Innovationsfonds aufzuheben und ihn als dauerhaftes Instrument zur Förderung von Innovationen einzuführen, ist zu einem Zeitpunkt getroffen worden, zu dem eine Tendenz, aber noch keine abschließende Bewertung des Erfolges bzw. Nutzens möglich ist. Zu wenige Projekte sind abgeschlossen und in die Transferphase gelangt, als dass man hierzu eine abschließende Einschätzung vornehmen könnte. Einige Probleme und Schwächen des Fonds sind jedoch durch die zahlreichen Iterationen der Prozesse deutlich geworden. Erste Anpassungen, wie die Reduktion des Fördervolumens sind bereits erfolgt. Die Fortführung des Fonds sollte genutzt werden, um weitere zusätzliche Anpassungen z.B. in Bezug auf die Organisation, die administrativen Prozesse und die Ausgestaltung des Transferprozesses vorzunehmen. Das bietet die Chance den Fonds schlanker – mit weniger Verwaltungsaufwand- und effektiver – mit noch mehr Outcome im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln – zu machen. ■



BKK INNOVATIV AUF VIMEO
vimeo.com/user152640935



BKK INNOVATIV
www.bkk-dachverband.de

BKK INNOVATIV

SPORTTHERAPIE BEI DEPRESSIONEN

Von Andrea Röder, Politik und Kommunikation

Jedes Jahr erkranken 1 bis 2 Prozent der Deutschen erstmals an einer Depression. Neben dem persönlichen seelischen Leid, das mit einer Depression einhergeht, ist sie auch für den Arbeitsmarkt eine hohe Belastung und somit eine der meist unterschätzten Erkrankungen überhaupt. Laut aktueller Datenauswertung des BKK Dachverbandes gehen 6,8 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsdaten auf Depressionen zurück und belegen Platz sechs aller AU-Indikationen. Ausschlaggebend dabei ist, dass die Dauer der Erkrankung sehr hoch ist. Hinzu kommt, dass die Betroffenen sehr lange auf einen Psychotherapie-Termin warten müssen. Bei leichter bis mittelschwerer Ausprägung kann eine Sporttherapie die Psychotherapie wirkungsvoll ergänzen und bei frühzeitigem Beginn sogar eine effiziente Alternative darstellen. Ziel des Innovationsfondsprojekts [step.de – Sporttherapie bei Depressionen](#) – ist es, Sporttherapie zu fördern und zu etablieren, um bestehende Versorgungsengpässe in der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung zu reduzieren.



Die 38-jährige Stefanie Waßmann, Dipl. Kauffrau, ist Beisitzerin im Vorstand der Deutschen Depressionsliga e. V. Sie ist verheiratet und Mutter eines 8-jährigen Sohnes. Frau Waßmann hat schwere Depressionen mit suizidalen Absichten bereits hinter sich. So stark, dass Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken und einer ambulanten Tagesklinik nötig waren, um weiter, wie sie sagt, „leben zu können“. Auslöser waren starker Alltagsstress, die Diplomarbeit oder auch schwierige Situationen bei der Arbeit.

„Ich hatte immer wieder das Gefühl, dass ich es nicht schaffe. Habe mir immer gesagt, ich darf mich nicht amüsieren, sondern muss durchhalten und weitermachen. Eine persönliche Auszeit oder einen Ausgleich zur Arbeit habe ich mir nicht genehmigt. Das Schlimmste aber waren die negativen Gedanken über mich und meine Umwelt“, erzählt sie.

Heute ist Stefanie Waßmann gesundheitlich stabil. Seit 2020 ist sie nicht mehr in therapeutischer Behandlung, aber noch immer von ihrer Psychiaterin in geringer Dosierung medikamentös eingestellt. Wichtig geworden in ihrem Leben ist Sport und die Teilnahme an dem Innovationsfondsprojekt step.de – Sporttherapie bei Depressionen.

„Die Anmeldung und die Wartezeit bei step.de ist mit viel weniger Bürokratie und kürzeren Wartezeiten verbunden. Die Anmeldung für eine Psychotherapie ist schwieriger und dauert bis zur Bewilligung wesentlich länger. Der individuelle Trainingsplan und die Atmosphäre erinnert mich an eine kleine Selbsthilfegruppe. Hier habe ich Handwerkszeug gelernt, um bei einer Abwärtsspirale in meiner Depression handeln zu können. Step.de hilft mir, mich in belastenden Situationen herunterzufahren, destruktive Gedanken aufzulösen“, so Frau Waßmann.

Auch Armin Rösl, Journalist und stellvertretender Vorsitzender in der Deutschen Depressionsliga e. V., leidet seit Jahren an Depressionen. Auch er hat einige Klinikerfahrungen hinter sich, weil er mit seinem Leben nicht mehr zurechtkam. Schlafprobleme, Angst und Panikattacken gehörten zu seinem Alltag.

„Ich fühlte mich wert- und nutzlos“, so Armin Rösl. Was ihm geholfen hat, aus dem Teufelskreis der negativen Gedanken herauszukommen, war unter anderem Sport. Er ist überzeugt von der Sporttherapie und erklärt sich den Erfolg des Projekts vor allem durch den Sport in der Gemeinschaft.

„Man motiviert sich als Depressiver nicht allein“, weiß der Journalist, der bei einem Klinikaufenthalt vor elf Jahren die Sporttherapie anfangs, vor allem die Gymnastik früh am Morgen, nur als „Hölle“ empfand. Gelernt hat er daraus: „Man muss sich aufraffen. Hinlegen und Medikamente nehmen allein, das reicht nicht.“



PODCAST

Hören Sie sich auch die ganze Geschichte über den Krankheitsverlauf und den Therapieerfolg von Frau Waßmann und Herrn Rösl im Podcast an.
www.bkk-dachverband.de

Das Programm step.de ist ehrgeizig: Insgesamt umfasst die Sporttherapie 32 Einheiten zu je 60 Minuten. Trainiert werden soll bestenfalls zweimal pro Woche über vier bis sechs Monate hinweg. Ein Kurs beginnt mit 20 Minuten Ausdauersport, gefolgt von 20 Minuten Krafttraining und zum Abschluss 20 Minuten Entspannungstechniken. Außerdem begleiten Psychotherapeuten ihre Patientinnen und Patienten durch regelmäßige Telefonate.

Nach Abschluss der Sporttherapie folgt ein Abschlussgespräch beim Sporttherapeuten, um erlerntes Wissen der Übungen zu verstetigen. Ergänzend dazu erfolgt ein Gespräch beim Psychotherapeuten, ein sogenanntes Nachsorgegespräch, um auszuloten, welche Bedürfnisse die Patientinnen oder die Patienten noch haben und ob ggf. eine weiterführende Behandlung benötigt wird. Sport- oder Physiotherapeuten haben eine spezielle Schulung absolviert zu Themen wie Erkennen von Notfällen, Symptomatik bei Depressionen oder auch zu einem motivierenden Umfeld.

„Die Verknüpfung zwischen Psycho- und Sporttherapeuten ist ein wichtiger Faktor in dem Programm von step.de. Denn die Versorgungslandschaft für Psychotherapie ist schlecht, so dass nicht allen Menschen, die einen Bedarf an einer sofortigen Therapie haben, diese auch angeboten werden kann. Einen Vorteil hat hier die Sporttherapie, denn sie kann schnell aufgebaut werden und Menschen helfen, die Zeit bis zum Therapieplatz zu überbrücken. Sporttherapie ist eine sinnvolle Ergänzung zur Psychotherapie bei einer Depression und keine Konkurrenz“, meint Univ.-Prof. Dr. Stephan Heinzel, Leiter AG Neurobiologische Mechanismen therapeutischer Interventionen an der FU-Berlin.

ECKDATEN: INNOVATIONSFONDSPROJEKT STEP.DE – SPORTTHERAPIE BEI DEPRESSIONEN

An dem Innovationsfondsprojekt step.de – Sporttherapie bei Depressionen beteiligen sich die Betriebskrankenkassen BAHN-BKK, BMW BKK; BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sowie die BKK VBU als Konsortialführerin. Begleitet und evaluiert wird es von der Freien Universität Berlin, der Universität Potsdam, vom Sport-Gesundheitspark-Berlin und der Firma Convema Versorgungsmanagement. Gefördert wurde das Projekt zwei Jahre lang mit zwei Millionen Euro vom Innovationsausschuss des G-BA.

„Ziel unseres Projekts Step.de war es, ein Versorgungsangebot für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Depression zu etablieren, das auf der Theorie fußt, dass Bewegung nicht nur bei körperlichen Beschwerden, sondern auch bei seelischer Belastung heilend wirken kann“, sagt Marlen Du Bois, Projektleiterin und Referentin der BKK VBU. Mit dem Versorgungskonzept soll ein bekannter Versorgungsengpass bei der Psychotherapie aufgefangen werden.

„Die Wartezeiten bis zum tatsächlichen Behandlungsbeginn einer Psychotherapie wurden bereits 2018, also vor der Pandemie, auf drei bis sechs Monate beziffert. Wir gehen jedoch davon aus, dass sich diese Situation durch eine Vielzahl der derzeitigen Krisen in den nächsten Monaten weiter verschärfen wird“, so Du Bois.

„Wir als BKK VBU wollen dem Anspruch gerecht werden, dass wir unseren Kundinnen und Kunden ganzheitliche Lösungen anbieten. Zu unserem Selbstverständnis gehört, dass wir aktiv im Gesundheitssystem der GKV mitgestalten möchten und dabei gern auch mal einen unkonventionellen Weg gehen, wie es uns im Projekt step.de ganz hervorragend geglückt ist“, erklärt Andrea Galle, Vorstandin der BKK VBU und Konsortialführerin des Innovationsfondsprojektes step.de.

EVALUATIONSERGEBNISSE UND STUDIENDESIGNS

Im Projekt step.de wurde untersucht, wie Sporttherapie bei leichter bis mittelschwerer Depression die psychische Versorgung verbessern, eventuell sogar die Notwendigkeit einer Psychotherapie reduzieren oder sogar überflüssig machen kann. Dabei geht es auch darum, Eigeninitiative und Motivation zu stärken und eine Chronifizierung der Depression zu verhindern.

Insgesamt wurden 393 Patientinnen und Patienten randomisiert, davon haben 251 in der Gruppe der Sporttherapie und 142 in der Gruppe der Psychotherapie teilgenommen. Über das Fall- und Versorgungsmanagement der beteiligten Betriebskrankenkassen wurden betroffene Versicherte angesprochen. Zertifizierte Sporttherapeuten mit sportwissenschaftlichem Studiengang oder einer äquivalenten Ausbildung haben nach einem Erstgespräch durch approbierte Psychotherapeuten und einem Sporteignungstest kleine Gruppen zusammengebracht, um mit gezielten Sporteinheiten der Depression zu begegnen.

Dr. Andreas Heißel, Sport- und Gesundheitswissenschaftler an der Universität Potsdam, hat zusammen mit seinem Team die Sporttherapie für step.de entwickelt. Die Uni Potsdam betreute die Schulungen der Sporttherapeutinnen und begleitete auch die Evaluation. Das Ergebnis kann sich sehen lassen. Bereits nach vier Monaten hat sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert.

„Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Gruppen (Sporttherapie und Psychotherapie) sind bei einer mittelschweren Depression gestartet. Der gesundheitliche Zustand der Erkrankten hat sich nach nur vier Monaten sichtlich verbessert. In den meisten Fällen wurde den Probanden danach nur noch eine leichte Depression diagnostiziert“, so Dr. Andreas Heißel. „Fasst man die vorläufigen Ergebnisse zusammen, so können wir feststellen, dass die Sporttherapie im Vergleich zur Psychotherapie gleichwertige positive

Effekte auf die Depressionssymptomatik hat. Wichtig ist, dass die körperlichen Aktivitäten auch nach der Sporttherapie in den Alltag eingebaut und fortgesetzt werden“, so der Gesundheitswissenschaftler.

Das Programm step.de ist auch online verfügbar und jeder kann sowohl virtuell als auch hybrid an der Sporttherapie teilnehmen. Recherchen haben gezeigt, dass es eine gute Infrastruktur an ausgebildeten Sporttherapeuten in ganz Deutschland gibt.

„Kraft meines Amtes bin ich ein großer Fan der Sporttherapie, da dadurch zahlreiche Erkrankungen verbessert werden können“, meint Prof. Dr. Bernd Wolfarth, Sportmediziner an der Charité und Leitender Olympiaarzt des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB). „In den letzten Jahren hat die Wissenschaft gelernt, dass auch bei den psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere bei der Depression, Sport eine große Rolle spielt. Noch sind die Wirkmechanismen nicht in der Tiefe bekannt. Man weiß aber, dass Sport die Resilienz fördert, gegen psychosoziale, aber natürlich auch insgesamt gegen gesundheitliche Belastungen. Wir sehen bei sportlich Trainierten tatsächlich in Vergleichsstudien größere Hippocampus-Volumina, und wir sehen auch erhöhte Werte für Wachstumsfaktoren für Nervenzellen. Man kann sich sicherlich nicht nur auf den Sport verlassen und auch nicht nur auf die Medikation, aber, wenn wir diese Wirkmechanismen durch unterschiedliche Ansätze versuchen zu bespielen, werden wir die richtigen Effekte erreichen“, erklärt Prof. Dr. Bernd Wolfarth.

Am Ende gehe es darum, dass für jeden und jede die bestmögliche Versorgung angeboten werden kann. Deshalb ist es auch wichtig, immer wieder Strukturen und Prozesse zu hinterfragen, die es in der heutigen Regelversorgung gibt. Hilfreich dabei ist, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Blick genommen werden.



© Thomas Trutschel

STATEMENT

von Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis90/DIE GRÜNEN),
MdB und amtierende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses:

„Seelische Gesundheit und Bewegung, einschließlich Sporttherapie und Prävention sind richtungsweisende Themen. Unsere seelische Gesundheit ist aktuell sehr unter Druck. Drei große Krisen zerran an unseren Nerven: Die Klimakrise, die Pandemie und der schreckliche Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine. Wir erleben zurzeit hohe seelische Belastungen in unserer Bevölkerung. Bereits jetzt ist etwa ein Fünftel der Bevölkerung in ihrem Leben mindestens einmal von Depressionen betroffen, Frauen häufiger als Männer. Die WHO geht davon aus, dass diese Zahlen noch deutlich anwachsen werden und dies sehen wir auch hier in Deutschland, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Wir müssen davon ausgehen, dass die seelischen Drucksituationen und dadurch die seelische Behandlungsbedürftigkeit in Zukunft steigen werden. Deshalb müssen wir darüber nachdenken, wie wir die Menschen bei steigendem Bedarf bestmöglich versorgen können. Das Innovationsfondsprojekt step.de ist dabei richtungsweisend. Wir wissen, dass regelmäßige Bewegung und Sport Schutzfaktoren für seelische Gesundheit sind und therapeutische Wirkungen bei seelischen Erkrankungen haben können. Menschen mit Depressionen sind häufig weniger körperlich aktiv, insbesondere, wenn sie starke Symptome haben.

Was können wir also tun? Prävention, insbesondere verhältnispräventive Ansätze stärker verfolgen. Es sollte gelingen, dass Menschen sich im Lebensverlauf von ganz klein bis hochbetagt, gerne und viel bewegen und zwar mehr als dies aktuell der Fall ist. Wir müssen Bewegung in jedem Alter leichter machen. Das ist eine Aufgabe der Stadtentwicklung ebenso wie der Verkehrspolitik, aber auch die Sporttherapie sollte als Regelleistung implementiert werden.

Das Innovationsfondsprojekt step.de – Sporttherapie bei Depressionen hat das Ziel Sport und Bewegung zu fördern, zu etablieren und Evidenz zur Wirksamkeit von Sporttherapie zu generieren. Es zeigt sich, dass Sporttherapie, je nach Schweregrad der Erkrankung, ergänzend oder anstelle von Medikamenten oder Psychotherapie eingesetzt werden kann. Noch ist die Studienlage, ob Bewegung und Sport auch bei schwer chronisch seelisch kranken Menschen hilft, unzureichend. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen geraten viel zu oft aus dem Blickfeld des Versorgungsalltags. Ich halte es für elementar, dass wir auch diese Personengruppe mehr beachten und in den Blick nehmen. Hier braucht es noch mehr Forschung, denn wir dürfen davon ausgehen, dass die Sporttherapie auch für schwer und chronisch psychisch Kranke gesundheitsförderlich ist.“

.....
Kirsten Kappert-Gonther
@KirstenKappert

„Das Projekt geht weiter. Nach Ablauf des Innovationsfondsprojektes step.de – Sporttherapie bei Depressionen im März 2022 haben wir mit allen Beteiligten einen Selektivvertrag nach § 140 a geschlossen. Ziel ist es, dass das Programm in die Regelversorgung überführt wird. Ich bin fest davon überzeugt, dass jede Investition nach dem Motto: ‚ambulant vor stationär‘ gut ist. Wir brauchen mehr Mut und weniger Hürden. Wir müssen ausprobieren können und nicht in der Kultur leben ‚Alles, was nicht erlaubt ist, ist verboten‘“, so Andrea Galle.

FAZIT DER BETROFFENEN

„Step.de ist in meinen Augen einfach ein wichtiger Baustein einer ganzheitlichen Behandlung von Betroffenen“, bestätigt Stefanie Waßmann.

„Das körperliche Auspowern wurde zum Erfolgserlebnis, Anstrengung gehörte dazu. Ich habe wieder gelacht und mehr Selbstvertrauen gewonnen“, erklärt Armin Rösl. „Ich habe mein Gefühl für mich selbst wiedergefunden, was zuvor, trotz Unterstützung durch einen Psychologen, so nicht gelungen ist.“ ■



BKK INNOVATIV
Step.de – Sporttherapie bei Depressionen



.....
Andrea Röder
@andrea_c_roeder

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN 3 | 2022

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

Herausgeber/Verlag:
BKK Dachverband e.V.
Franz Knieps | Vorstand

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

TEL 030 2700 406 303 | redaktion@bkk-dv.de

Redaktionsschluss: 9. September 2022
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10707 Berlin
www.brettingham.de

Druck:
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin
www.koenigsdruck.de

Bildnachweis:
Titelbild: © Brandstaetter Images/Hulton Archive/gettyimages und © Tomek Budujedomek/Moment/gettyimages,
S. 7, 19, 37, 43, 55, 65, 81: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 37–41: SBK, @Siemens_BKK

