

McKinsey
& Company

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up

Trends und Perspektiven, Edition 2020



Vorwort

Seit Anfang des Jahres erleben wir eine der größten Krisen der vergangenen Jahrzehnte. Noch sind die gesundheitlichen, humanitären und wirtschaftlichen Auswirkungen der COVID-19-Krise – in der Welt und im GKV-Markt – kaum absehbar. Zumindest eines steht jedoch fest: Bislang eher abstrakte Themen wie die Digitalisierung von Kundenreisen, die Einführung neuer Arbeitsmodelle und -welten sowie der Ausbau von digitalen Versorgungsmodellen, z.B. Telemedizin, treten jetzt abrupt in den Alltag von GKV-Versicherten und -Mitarbeitenden ein und werden greifbar. Im besten Fall kann die Krise jedoch auch eine große Chance für die weitere Digitalisierung des Gesundheitssystems sein. Denn sie macht dessen Akteuren bewusst, wie relevant und dringlich es ist, Digital Health und E-Health gemeinsam voranzutreiben und schnellstmöglich als „neue Normalität“ zu etablieren.

Die Edition 2020 unserer Publikation *Der GKV-Check-up* ist daher dem Zukunftsthema Digital Health gewidmet und enthält Informationen und Anregungen, die Sie nutzen können, um Ihre Rolle in der digitalen Zukunft zu finden und einzunehmen sowie Handlungsoptionen abzuwägen. Ergänzt wird die Ausgabe durch eine digital erhältliche Sonderbeilage zur Einschätzung der finanziellen Auswirkungen der COVID-19-Krise auf den GKV-Markt.¹ Hierbei handelt es sich um eine annahmenbasierte Analyse, die auf Grund von Änderungen, Ergänzungen und Konkretisierungen, insbesondere aus dem gesetzgeberischen Kontext, in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Auf diese Weise wollen wir Sie dabei unterstützen, sich kontinuierlich einen Überblick über die finanziellen Implikationen der Krise auf Ihr Unternehmen zu verschaffen.

Der erste Teil von *Der GKV-Check-up* enthält Praxisperspektiven zu aktuellen Digital-Health-Themen im deutschen Gesundheitswesen. Diese werden abgerundet durch Interviews mit Akteuren der Krankenkassen und der Start-up-Szene im Gesundheitswesen. Das Spektrum der Beiträge reicht von Implikationen des Digitale-Versorgung-Gesetzes für GKVen über Erfolgsvoraussetzungen und Potenziale hybrider Versorgungspfade bis hin zum Aufbau eines Gesundheitsökosystems.

Die Marktsituation für die GKVen bleibt schwierig – unabhängig von der COVID-19-Pandemie. Verantwortlich dafür sind vor allem umfassende Reformen (u.a. TSVG, Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz) und Reformvorhaben (u.a. Patientendaten-Schutzgesetz) sowie der kontinuierliche Kostendruck, der auf dem Gesundheitssystem lastet. Der zweite Teil von *Der GKV-Check-up* liefert deshalb fundierte Analysen zu den jüngsten Entwicklungen des Wettbewerbs und den Kassenergebnissen im GKV-Markt.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre – und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Stuttgart, im Mai 2020



Florian Niedermann
Leiter des deutschen
Healthcare-Sektors



Thomas Rudolph
Leiter des deutschen Sektors
Pharma und Medizintechnik



Manuela Martin
Herausgeberin

¹ Unsere Publikation „COVID-19 und die finanziellen Folgen für die GKV“ finden Sie auf unserer Webseite unter bit.ly/mckgkv

Inhalt

A Praxisperspektiven	6
A1 Neue Spielregeln im Markt für Gesundheits-Apps – was Kassen zum Digitale-Versorgung-Gesetz wissen sollten	8
+ Kurzinterview mit Heike Thielmann, Unternehmensberatung Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen	18
A2 Wenn Offline und Online ineinandergreifen – hybriden Behandlungspfaden gehört die Zukunft	22
+ Kurzinterview mit Regina Vettters, Leiterin Digital und Innovation bei der BARMER	30
+ Kurzinterview mit Rainer Kasan, Gesellschafter von Telepaxx, und Thomas Pettinger, Head of Business Development von Telepaxx	34
A3 Aufbau eines Gesundheitsökosystems – Durchbruch für die Digitalisierung im Gesundheitswesen	38
+ Kurzinterview mit Katharina Jünger, Gründerin von TeleClinic	50
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	54
B1 Wettbewerbstrends	58
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	66
Ausblick	84
Methodik und Definitionen	86
Impressum	90

Praxisperspektiven



A

Entsprechend dem Schwerpunktthema dieses Buchteils – Digital Health im deutschen Gesundheitswesen – beleuchten wir im Folgenden Zielbild, Grundvoraussetzungen und gesetzliche Anforderungen für die digitale Weiterentwicklung der aktuell noch immer weitgehend analogen medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland. Die drei Fachartikel greifen eine Auswahl der wichtigsten und am meisten diskutierten Themenbereiche, Aspekte und Fragen dazu auf:

- Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Was bedeutet das DVG ganz übergreifend für die Gesundheitsbranche? Welche Neuerungen bringt das DVG konkret mit sich? Welche Chancen, Risiken und abgeleitete Handlungsempfehlungen ergeben sich dadurch für die Kernakteure?
- Hybride Behandlungspfade. Wie sieht die Gesundheitsversorgung der Zukunft aus? Welche Rolle spielen dabei digitale Lösungen? Wie kann ein effizientes Zusammenspiel mit den „klassischen“ Versorgungsformen sichergestellt werden? Was sind Zusatznutzen für Einzelpersonen und das System im Ganzen?

- Digitale Gesundheitsökosysteme. Wie lässt sich ein ganzheitlich funktionierendes Ökosystem umsetzen? Wer ist der beste Treiber für einen solchen Ansatz? Was sind Risiken und Fallstricke? Welche Rolle spielen dabei Krankenkassen, der Staat, aber auch Ärzte und Patienten?

Perspektivisch abgerundet werden die Artikel jeweils durch ein oder zwei (Kurz-) Interviews, die eine ebenso persönliche wie praxisnahe Sicht – zum Beispiel eines App-Entwicklers oder des Digitalisierungsverantwortlichen einer GKV – auf den jeweiligen Themenbereich eröffnen.



Neue Spielregeln im Markt für Gesundheits-Apps – was Kassen zum Digitale-Versorgung-Gesetz wissen sollten

A1

Die Regelversorgung von gesetzlich Versicherten in Deutschland wird künftig auch Gesundheits-Apps einschließen. Dies sieht das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vor, das am 19. Dezember 2019 in Kraft getreten ist. Das DVG hat erhebliche Auswirkungen auf fast alle Akteure im Gesundheitssystem, vor allem aber auf die App-Entwickler, die nun eine direkte Vergütung durch die Krankenkassen erhalten können. Dazu muss die jeweilige App allerdings vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und durch einen Arzt oder Psychotherapeuten verschrieben werden. Schon heute gibt es mehr als 300.000 Gesundheits- und Wellness-Apps mit einem weltweiten Umsatz von mehr als 40 Mrd. EUR. Das DVG macht den deutschen Markt – dank standardisierter Prozesse und vereinfachter Vergütung – nun noch deutlich attraktiver und könnte hierzulande einen Boom auslösen. Krankenkassen sollten daher wissen, wie das DVG den Markt für Gesundheits-Apps verändert und wie sie die großen Chancen der Apps auf Rezept realisieren, sich aber zugleich für die daraus resultierenden Risiken und Herausforderungen wappnen können.

Prosperierender Markt für Gesundheits-Apps

Der Markt für Gesundheits-Apps ist auf Grund seines wirtschaftlichen und medizinischen Potenzials sowohl für Unternehmen als auch für staatliche Institutionen von großem Interesse. In den kommenden Jahren wird sich dieser Markt stark verändern – und spürbar wachsen. Grund dafür ist das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (Digitale-Versorgung-Gesetz, kurz DVG), das Ende 2019 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz ermöglicht es erstmals, Gesundheits-Apps in die Regelversorgung von Patienten aufzunehmen. Damit eröffnet es den Akteuren auf dem Gesundheitsmarkt – App-Entwicklern/Start-ups, Krankenkassen, Pharma- und Medizintechnikunternehmen – eine Vielzahl neuer Perspektiven.

Hohes medizinisches Potenzial für die Gesundheitsversorgung

Das medizinische Potenzial von Gesundheits-Apps ist enorm. Sie können die herkömmlichen Ver-

sorgungsvorgänge ergänzen und nachhaltig verbessern. Verschiedene Apps haben ihren Nutzen bereits unter Beweis gestellt. Zu den drei bekanntesten und meist genutzten zählen: Happify Health bei psychischen Krankheiten (insbesondere als Begleiterscheinung von Multipler Sklerose) mit mehr als vier Millionen registrierten Nutzern weltweit und neuerdings Zusammenarbeit mit Sanofi; mySugr für Diabetiker mit mehr als zwei Millionen Nutzern und teilweise bereits Unterstützung durch Selektivverträge mit der AOK Bayern¹; Kaia bei Rückenschmerzen mit mehr als 250.000 Nutzern und Unterstützung durch Selektivverträge mit der AOK Nordost und mit der BARMER².

Für die allgemeine Gesundheitsversorgung bieten solche Apps vor allem zwei Vorteile:

- *Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität.* Digitale Lösungen bieten Patienten eine völlig neue Art der Versorgung, weil z.B. bei psychischen oder chronischen Krankheiten statt einzelner Arztbesuche eine permanente Betreuung möglich wird. Für oben genannte

¹ <https://www.aok.de/pk/bayern/inhalt/diabetes-coaching-mit-mysugr/>

² <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/aok-nordost-und-das-startup-kaia-health-helfen-versicherten-mit-rueckenschmerzen/>;
<https://www.barmer.de/unsere-leistungen/apps-skills/kaia-ruecken-app>

Apps wurde der medizinische Nutzen bereits in Studien nachgewiesen.³ So hat Happify Health Angstzustände und Depressionen um jeweils etwa ein Viertel reduziert. Bei einem Sechstel der Nutzer von mySugr haben sich hyperglykämische Problemzustände verringert und das durchschnittliche Blutzuckerlevel hat sich statistisch stark verbessert. Für Kaia ließ sich eine Reduzierung der (Rücken-)Schmerzintensität von mehr als 40% über mindestens zwölf Wochen belegen. Das medizinische Potenzial ist auch deshalb so groß, weil bewährte Apps mit extrem geringen Kosten im gesamten Gesundheitssystem eingeführt werden können.

- *Effizienzgewinne in der medizinischen Versorgung.* Die Digitalisierung ermöglicht im deutschen Gesundheitswesen laut unseren Berechnungen Einsparungen von jährlich bis zu 34 Mrd. EUR. Davon entfallen 3,8 Mrd. EUR auf digitale Lösungen zur Selbstversorgung von Patienten. Die weiteren Effizienzgewinne werden im Artikel A3 „Aufbau eines Gesundheitsökosystems – Durchbruch für die Digitalisierung im Gesundheitswesen“ behandelt. Von diesen 3,8 Mrd. wiederum entfallen 2,0 Mrd. EUR auf das Management chronischer Erkrankungen, auf die sich die Gesundheits-Apps im Sinne des DVG konzentrieren. Die relevantesten chronischen Erkrankungen für die digitale Selbstbehandlung sind psychische Erkrankungen (1,1 Mrd. EUR Potenzial), Diabetes (0,5 Mrd. EUR), Atemwegserkrankungen (0,3 Mrd. EUR) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (0,1 Mrd. EUR).⁴ Die Einsparungen beruhen auf Effizienzsteigerungen und haben mehrere Ursachen: Beispielsweise stehen Daten zur Behandlung auf Knopfdruck zur Verfügung, Arztbesuche sind dank App-Unterstützung seltener notwendig und Doppeluntersuchungen entfallen. Außerdem können Folgeschäden durch bessere Behandlungsqualität minimiert werden. Diese Effizienzgewinne lassen sich wie-

derum nutzen, um z.B. Schwerkranken intensiver zu betreuen als bisher.

Ein flächendeckender und zielgerichteter Einsatz von Gesundheits-Apps hat also das Potenzial, die öffentliche Gesundheit zu verbessern. Dies führt zu weiteren positiven gesundheitspolitischen und sozialen Effekten: Medizinischer Versorgungsbedarf und -aufwand sinken, die Infrastruktur wird entlastet. Die individuellere, patientenzentriertere Versorgung verringert zudem den Krankenstand.

Attraktives wirtschaftliches Potenzial für die Gesundheitsbranche

Schon heute sind Gesundheits-Apps ein wichtiges und stark wachsendes Segment im Gesundheitsmarkt. Die Apple und Android App Stores bieten mehr als 300.000 Apps zu Gesundheit und Wellness und jeden Tag kommen mehr als 200 neue Anwendungen hinzu.⁵ Die Mehrzahl davon sind allerdings Wellness-Apps, auf die sich das DVG nicht erstreckt, weil sie keinen direkten Bezug zur medizinischen Versorgung der Versicherten haben. Der Gesamtumsatz gesundheitsbezogener Apps weltweit wird sich voraussichtlich zwischen 2017 und 2020 ungefähr verdoppeln – von rund 20 auf mehr als 40 Mrd. EUR.⁶ Diese rasante Entwicklung mit künftigen jährlichen Wachstumsraten zwischen 15 und 45% wird laut Studien in den kommenden Jahren anhalten.⁷

Acht von zehn Apps werden nach dem Freemium-Modell oder kostenlos angeboten. Freemium-Apps bieten eine kostenlose Basisversion und eine kostenpflichtige Premiumversion mit zusätzlichen Funktionen.⁸ Diese Gratisökonomie schafft allerdings auch Probleme: Durch die Vielzahl kostenloser Apps sind Nutzer oft nicht bereit, Geld für eine App auszugeben. Infolgedessen ist die Arbeit der App-Entwickler wirtschaftlich häufig nicht tragfähig und nur 9% der kostenpflichtigen Apps erreichen über-

³ J. Carpenter, P. Crutchley, R.D. Zilca, H.A. Schwartz, L.K. Smith, A.M. Cobb, A.C. Parks, Seeing the „Big“ Picture: Big Data Methods for Exploring Relationships Between Usage, Language, and Outcome in Internet Intervention Data, *J Med Internet Res*, 2016. <https://www.jmir.org/2016/8/e241/>; F. Debong, H. Mayer, J. Kober, Real-World Assessments of mySugr Mobile Health App, *Diabetes Technology & Therapeutics*, 2019. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/dia.2019.0019>; T.R. Toelle, D.A. Utpadel-Fischler, K. Haas, J.A. Priebe, App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial, *Digital Medicine*, 2019. <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0109-x>

⁴ S. Hehner, S. Biesdorf, M. Möller, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, *Digital McKinsey*, 2018. <https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2018/2018-09-25-digitalisierung%20im%20gesundheitswesen/mckinsey92018digitalisierung%20im%20gesundheitswesendownload.ashx>

⁵ IQVIA Institute, *The Growing Value of Digital Health: Evidence and Impact on Human Health and the Healthcare System*, Institute Report, 2017. <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/the-growing-value-of-digital-health>

⁶ Statista, *Projected size of the global mHealth market from 2017 to 2025*, 2019. <https://www.statista.com/statistics/1014589/worldwide-mhealth-market-size/>

⁷ R2G, *The mHealth app market will grow by 15% to reach \$31 billion by 2020*, 2015. <https://research2guidance.com/themhealth-app-market-reaches-31-billion-by-2020/>; GVR, *mHealth Apps Market Size, Share & Trends Analysis Report By Type (Fitness, Lifestyle Management, Nutrition & Diet, Women's Health, Medication Adherence, Healthcare Providers/Payers), And Segment Forecasts, 2019-2026*, 2019. <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/mhealthapp-market>; Statista, siehe Fußnote 6

⁸ R2G, *mHealth Economics – How mHealth App Publishers Are Monetizing Their Apps*, Institute Report, 2018. <https://research2guidance.com/product/mhealth-economics-how-mhealth-app-publishers-are-monetizing-their-apps/>

haupt ein Umsatzvolumen von über 1 Mio. EUR.⁹ Einige Einnahmequellen (z.B. individuelle finanzielle Unterstützung von Krankenhäusern und -kassen) sind zudem selten vorhanden und teils schwer zu erschließen. Andere sind wegen des Datenschutzes oder des sensiblen Themas Gesundheit kaum auszuschöpfen (z.B. Werbung innerhalb der Apps). Außerdem werden bislang nur ausgewählte Apps vereinzelt durch Krankenkassen vergütet (Stichwort Selektivverträge).

Der Markt ist insgesamt also durch eine starke Diskrepanz gekennzeichnet: Die geradezu explodierende Entwicklung bei Angebot von und Nachfrage nach Gesundheits-Apps kontrastiert mit dem (häufig) ausbleibenden wirtschaftlichen Erfolg aufseiten der Anbieter. Diese mangelnde Monetarisierung und Vergütung hemmen die inhaltliche und technische Weiterentwicklung der Apps – nicht zuletzt in Deutschland.¹⁰



Interview mit Heike Thielmann, ab Seite 18
Unternehmensberatung Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen

„Digitalisierung ist das Zauberwort der zweiten Dekade des 21. Jahrhunderts. Das DVG eröffnet den Weg für digitale Anwendungen.“ #SchlüsselrolleGKV

Neuerungen durch das DVG

Das Inkrafttreten des DVG am 19. Dezember 2019 hat den Markt für Gesundheits-Apps verändert: Patienten können sich Apps jetzt als erstattungsfähige Regelleistung der GKV per Rezept verschreiben lassen. Das DVG hat dafür die neue Leistungskategorie der „digitalen Gesundheitsanwendungen“ geschaffen (§ 33 a SGB V) – in Abgrenzung zu traditionellen Hilfsmitteln (§ 33 SGB V). Die Situation im Markt verbessert sich damit erheblich:

- *Die Verfahrens-/Rechtssicherheit nimmt zu.* Das Gesetz schafft den rechtlichen und organisatorischen Rahmen für die breite Anwendung und Nutzung von Gesundheits-Apps, indem es das Zulassungsverfahren standardisiert und die Verschreibung durch den Arzt bzw. Psychotherapeuten ermöglicht.
- *Die Monetarisierung wird vereinfacht.* Auch schafft das Gesetz die Voraussetzung für eine rentable Vermarktung von Gesundheits-Apps, indem es die Vergütung durch GKV formell

ermöglicht. Dank dieser gesetzlich geregelten Vergütung und Integration in die Versorgungsleistung des Arztes hemmt die geringe Zahlungsbereitschaft der Nutzer nicht länger die (Weiter-)Entwicklung von Gesundheits-Apps. Damit wird auch ein Teil des zwar sinnvollen, aber komplexen und kleinteiligen Systems von Selektivverträgen einzelner Krankenkassen in diesem Bereich ersetzt, das nur ausgewählten Patienten zugutekam.¹¹

- *Ein schneller Marktzugang wird möglich.* Ein neues „Fast-Track“-Zulassungsverfahren beschleunigt die Monetarisierung zusätzlich. Somit entstehen Anreize zur Entwicklung von Gesundheits-Apps sowie zusätzliche Weiterentwicklung- und Wachstumsmöglichkeiten für Entwickler.
- *Der medizinische Nutzen rückt in den Fokus.* Das Gesetz sorgt dafür, dass es neben den vielen Lifestyle- und Fitnessangeboten vermehrt reine Gesundheits-Apps geben wird (z.B. Nischenprodukte für Risikogruppen wie Diabetiker, Schwangere oder Bluthochdruckpatienten). Krankenkassen können die Entwicklung des Angebots zudem durch gezielte Förderung direkt oder indirekt beeinflussen.

Transparenter Markteinführungsprozess im Sinne des DVG

Das Inkrafttreten des DVG allein macht Gesundheits-Apps noch nicht zu einer Erfolgsgeschichte. Voraussetzung für die „App auf Rezept“ ist, dass die jeweilige Anwendung nach ihrer Entwicklung auch zugelassen, verschrieben und angewendet wird. Wie dieser (Markteinführungs-)Prozess genau abläuft, ist im Folgenden dargestellt (siehe Schaubild 1).

Eine ausführliche Erläuterung des Markteinführungsprozesses einschließlich Exkursen zu den Aspekten Datenschutz und IT-Sicherheit sowie Umsetzung findet sich im Beitrag „App auf Rezept“ unter <https://www.mckinsey.de/publikationen/2020-03-27-app-auf-rezept>.

Chancen und Risiken für Akteure

Von der Entstehung bis zur Nutzung von Gesundheits-Apps sind zahlreiche Akteure beteiligt:

⁹ R2G, ibd.

¹⁰ Dies gilt insbesondere für Deutschland; in Ländern wie den USA gibt es auf Grund von Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen oder Firmenkunden schon heute mehr Möglichkeiten zur Monetarisierung von Gesundheits-Apps.

¹¹ Für bestimmte App-Anwendungen (z.B. im Bereich Prävention oder Fitness), die nicht durch das DVG abgedeckt werden, bleiben Selektivverträge auch in Zukunft relevant und sinnvoll.

App-Entwickler, Ärzte, Patienten, Krankenkassen, Medizintechnik- und Pharmaunternehmen, aber auch der Staat und seine Regulierungsbehörden sowie weitere Leistungserbringer. Mit Inkrafttreten des DVG ändern sich nicht nur die Rahmenbedingungen im Markt für diese Akteure grundlegend. Es entsteht auch ein komplexes Beziehungsgeflecht zwischen den Beteiligten (siehe Schaubild 2).

Für die Akteure im Gesundheitswesen birgt das DVG große Chancen – aber auch Risiken und Herausforderungen:

- Entwickler können ihre (zugelassenen) Gesundheits-Apps einfacher monetarisieren, was der Neu- und Weiterentwicklung von Anwendungen zugutekommt. Sie müssen jedoch lernen, sich in einem stark regulierten Marktumfeld zu bewegen.
- Ärzte und andere Leistungserbringer können mit Gesundheits-Apps die Versorgung von Patienten verbessern. Dabei stehen sie vor der Herausforderung, die Anwendungen nahtlos in die vorhandenen Behandlungsstrukturen zu integrieren.
- Patienten können mit den Apps ihre Behandlungserfolge verbessern und haben mehr Möglichkeiten, sich selbst zu therapieren. An die Nutzung müssen sie sich in der Regel aber noch gewöhnen.

- Pharma- und Medizintechnikunternehmen eröffnet die Kombination der Apps mit herkömmlichen pharmazeutischen bzw. medizinischen Produkten neue Differenzierungs- und Wachstumsmöglichkeiten. Gleichzeitig müssen sie sich der neuen digitalen Konkurrenz stellen.
- Krankenkassen können von positiven Versorgungseffekten profitieren. Sie stehen aber vor der Herausforderung, die Versorgung von Patienten mit Apps zu vergüten, mit Entwicklern Preise zu vereinbaren sowie die Entwicklung und Nutzung der neuen digitalen Angebote zu steuern.
- Staat/Regulierungsbehörden können von der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit insgesamt profitieren und dürfen sich durch die Apps Fortschritte in der Prävention erhoffen. Sie müssen allerdings die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Gesundheits-Apps schaffen sowie die Wirksamkeit und ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis sicherstellen.

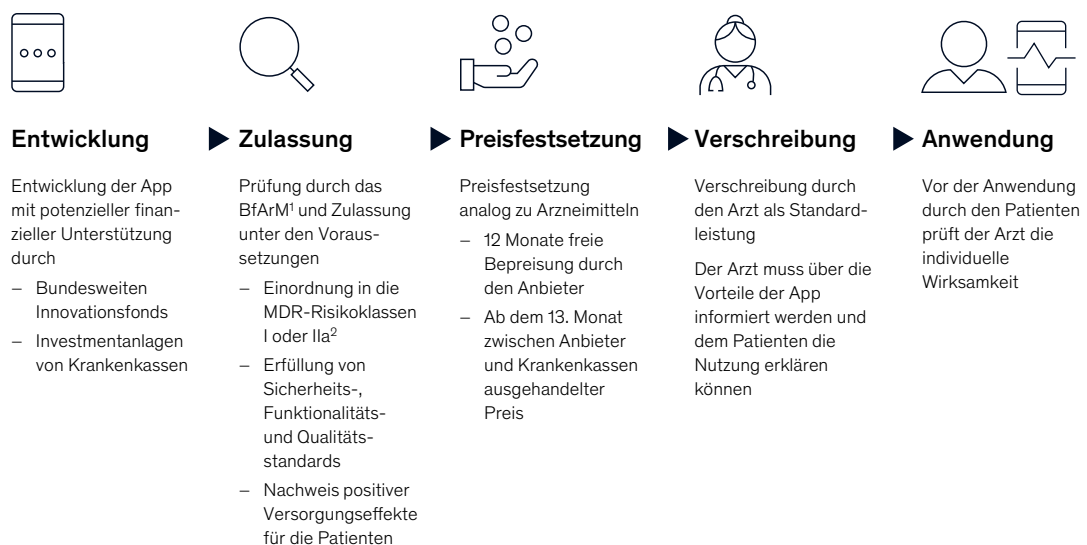
Handlungsempfehlungen

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass das DVG den primären Akteuren neue Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet. Doch wie können die Beteiligten –

Schaubild 1

Der DVG-Prozess

Die 5 Glieder der Wertschöpfungskette für Entwickler von Gesundheits-Apps nach Inkrafttreten des DVG



¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

² Medical Device Regulation, d.h. Medizinprodukteverordnung

insbesondere App-Entwickler, Krankenkassen und Pharma-/Medizintechnikunternehmen – das wirtschaftliche Potenzial am besten erschließen und ausschöpfen? Für alle Beteiligten, die sich hierzulande auf dem Markt für digitale Gesundheitsanwendungen behaupten wollen, gelten zunächst zwei Erfolgsfaktoren:

- *Frühzeitige Positionierung.* Wie immer bei regulatorischen Änderungen gibt es auch hier einen „First Mover“-Vorteil. Für App-Entwickler sowie Pharma- und Medizintechnikunternehmen gilt: Je früher die eigene App auf dem Markt und in das Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, sie als Standardanwendung zu etablieren.

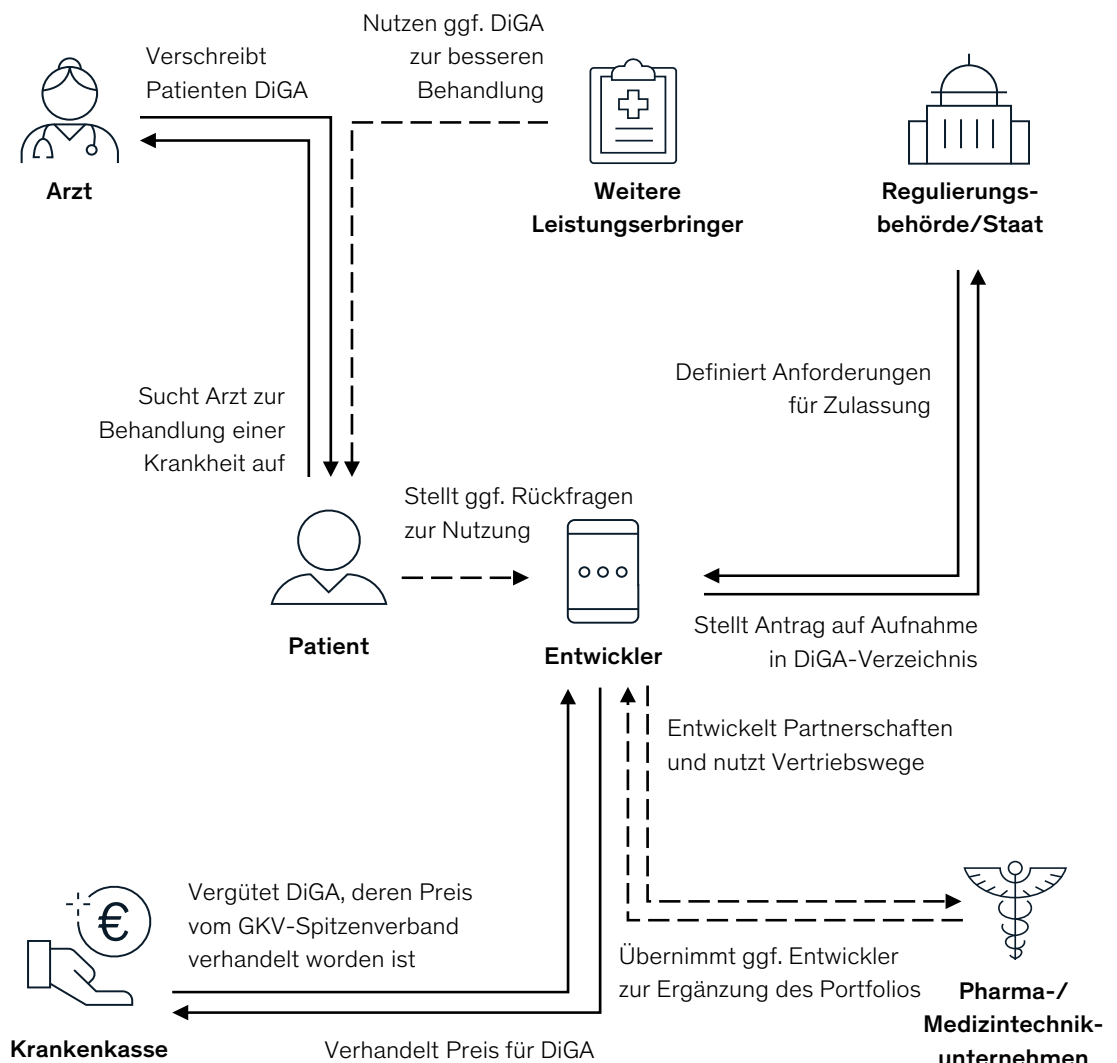
Dies bedeutet, dass die App bei relevanten Krankheitsbildern bevorzugt verschrieben wird und schnell eine tiefe Marktdurchdringung erreicht. Die Chancen für deutsche Unternehmen und lokale App-Entwickler sind dabei groß. Ausländische Wettbewerber dürften die regulatorischen Effekte später antizipieren, über weniger Erfahrung mit dem deutschen Gesundheitswesen verfügen und unter Umständen sogar einen „Vertrauensnachteil“ beim Nutzer in Bezug auf Datensicherheit und Datenschutz haben.

- *Strategische Kooperation mit anderen Akteuren.* Der Markteinführungsprozess verdeutlicht, wie komplex der Markt für gesetzlich verschriebene Gesundheits-Apps ist. Um diese

Schaubild 2

Die Beziehung der einzelnen Akteure zueinander

Die Stakeholder-Beziehungen entsprechend dem neuen DVG



Komplexität zu beherrschen und die diversen Aufgaben zu meistern, sollten die Hauptakteure ihre Fähigkeiten vereinen: Entwickler können innovative digitale Lösungen beisteuern, Pharma- und Medizintechnikunternehmen ihre Stärken in Vertrieb und Marktpositionierung von Angeboten im regulatorischen Rahmen. Krankenkassen wiederum bringen ihr Know-how ein bei Finanzierung und Vergütung sowie der Steuerung von Patienten und Ärzten.

Reagieren Unternehmen nicht auf die veränderten Marktbedingungen, droht der Verlust von Marktanteilen. Dies gilt ebenso für App-Entwickler, die ihre Angebote nicht rechtzeitig zulassen und positionieren, wie für Medizintechnik- und Pharmaunternehmen, die ihre Produkte nicht durch sinnvolle digitale Angebote ergänzen. Sie alle sollten daher umgehend aktiv werden (siehe Schaubild 3).

Entwickler brauchen Partner für den Zugang zu Ärzten und Patienten

Hauptziel der Entwickler sollte es sein, mit relevanten digitalen Lösungen eine schnelle Marktdurchdringung zu erreichen und sich Marktanteile zu sichern. Voraussetzung dafür ist ein guter Zugang zu den Versicherten über die Ärzte. Um ihr Ziel zu erreichen, sollten Entwickler dreierlei tun:

- *Produkte rasch einführen.* Um früh Marktanteile zu gewinnen, sollten App-Entwickler die beschleunigte Zulassung über das Fast-Track-Verfahren nutzen und schnell

handeln, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) letzte Details zum Zulassungsverfahren festgelegt haben.

- *Mit Pharma- und Medizintechnikunternehmen kooperieren.* Eine Zusammenarbeit hat gleich mehrere Vorteile: Der Außendienst dieser Unternehmen ebnet den Zugang zu Ärzten und Versicherten (im Rahmen des Heilmittelwerbegesetzes); die Integration digitaler Lösungen in bestehende Angebote erlaubt die Vermarktung gemeinsamer „Paketangebote“ (z.B. vermarktet Roche die App mySugr zusammen mit Blutzuckermessgeräten); die Entwickler profitieren von Bekanntheit und Reputation der Marken und schließlich ermöglichen Kooperationen den lokalen Entwicklern eine schnellere, weltweite Ausdehnung. Neben Kooperationen ist auch eine finanzielle Förderung denkbar, etwa in Form von Beteiligungen durch kapitalstarke Unternehmen.
- *Auch Krankenkassen können die Entwicklung unterstützen.* Eine enge Zusammenarbeit mit Krankenkassen erleichtert den Entwicklern den Zugang zu Ärzten und Versicherten. Beide Seiten können von einer Kooperation profitieren, z.B. indem gemeinsam Themen bei Ärzten und anderen Leistungserbringern positioniert werden, sofern dies rechtlich zulässig ist. Möglich sind dabei die Nutzung von Know-how (z.B. zur Frage, welche Themen interessant sind), frühzeitige Gespräche mit Blick auf die spätere Preisgestaltung sowie ggf. eine finanzielle Beteiligung.

Schaubild 3

Die 3 wichtigsten Handlungsempfehlungen für die zentralen Akteure



Entwickler

Schnellstmögliche Markteinführung, um sich früh Marktanteile zu sichern und Produkt als „Standardlösung“ zu etablieren

Enge Kooperation mit Pharma-/ Medizintechnikunternehmen, um von deren Vertriebsstrukturen und finanziellen Ressourcen zu profitieren

Enge Kooperation mit Krankenkassen, um von deren Expertise und Zugang zu Ärzten und Versicherten zu profitieren



Krankenkassen

Aufbau eigener Teams für digitale Gesundheitsanwendungen, um Verhandlungen und Kooperation optimal auszugestalten

Nutzung von (finanziellen) Förderungsmöglichkeiten, um die Marktentwicklung effektiv mitzugestalten

Information der Versicherten über digitale Angebote, um die Positionierung im Markt als Vertriebsinstrument zu nutzen



Pharma-/Medizintechnikunternehmen

Entwicklung eigener Gesundheits-Apps, um bestehende Angebote zu ergänzen und neue Wachstumsfelder zu erschließen

Nutzung von (anonymisierten) Daten der Versicherten, um Forschungs- und Entwicklungsprozesse zu optimieren (sofern im Sinne des Datenschutzes möglich)

Übernahme von und/oder Kooperation mit App-Entwicklern, um Zugang zu digitalen Angeboten zu erhalten

Krankenkassen sollten auf Anbieter digitaler Anwendungen zugehen

Die Krankenkassen wollen an der Entwicklung von Gesundheits-Apps mitwirken, um Kunden zu binden bzw. zu gewinnen, Behandlungen zu verbessern sowie Werbeeffekte zu steigern (Stichwort „moderne Kasse“). Außerdem wollen sie die Kontrolle über die Höhe zusätzlicher Leistungsausgaben behalten, insbesondere bei der freien Preisfestsetzung durch Anbieter im ersten Jahr. Vor diesem Hintergrund sollten Krankenkassen vier Maßnahmen ergreifen:

- *Teams bilden.* Ein spezialisiertes Team „Digitale Gesundheitsanwendungen“ (analog zu Heilmitteln, Hilfsmitteln etc.) sollte die Marktentwicklung beobachten, Kooperationen mit Start-ups managen (inklusive Selektivverträgen), Preisverhandlungen (über den GKV-Spitzenverband) begleiten, Versicherte und Ärzte informieren, digitale Anwendungen auf Wirksamkeit und Versorgungseffekte prüfen sowie Angebot und Nachfrage steuern.
- *Patienten informieren.* Die Versicherten sollen die neuen Angebote ebenso kennen wie die Positionierung der Krankenkasse in diesem Bereich (digitale Angebote als Vertriebsinstrument).
- *Förderung nutzen.* Dank neuer Förderungsmöglichkeiten (z.B. Kapitalbeteiligungen an Start-ups oder andere Modelle der Zusammenarbeit) können Kassen die Entwicklung mitgestalten sowie einen finanziellen Mehrwert und Reputationsgewinn erzielen.
- *Kontakt aufnehmen.* Eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu Anbietern kann dazu beitragen, „Exzesse“ bei der freien Preisbildung im ersten Jahr zu verhindern und über den GKV-Spitzenverband angemessene Preise für die Regelversorgung auszuhandeln.

Pharma- und Medizintechnikunternehmen können mit App-Entwicklern wachsen

Pharma- und Medizintechnikunternehmen haben jetzt die Chance, digitale Geschäftsfelder zu erschließen oder auszubauen. Gesundheits-Apps eröffnen einen direkteren Zugang zu Patienten und liefern eine bessere Datengrundlage – und fördern letztlich das Cross- und Upselling eigener Produkte. Um diese Potenziale tatsächlich abzurufen, sollten die Unternehmen:

- *Eigene Apps entwickeln.* Gesundheits-Apps, die sich im Sinne des DVG für eine Verschreibung durch den Arzt eignen, sollten als Ergänzung zu bestehenden Arzneimitteln oder als eigenständige Lösungen entwickelt werden.
- *Forschung und Entwicklung optimieren.* Die Apps ermöglichen einen direkteren Zugang zu (anonymisierten) Versichertendaten und eine indirekte Kommunikation mit den Versicherten (z.B. durch Fragebögen innerhalb der Apps) – beides hilft, den Forschungs- und Entwicklungsprozess zu verbessern.
- *Mit Entwicklern kooperieren.* Durch die Zusammenarbeit mit oder Übernahme von App-Entwicklern und Start-ups erhalten die Unternehmen Zugang zu den Versicherten und ihren Daten (unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO).

Für Pharma- und Medizintechnikunternehmen, Krankenkassen sowie App-Entwickler und Start-ups empfiehlt es sich, nun rasch mit den anderen Marktteilnehmern in einen Austausch zu treten, um mögliche Kooperationen zu prüfen und sich frühzeitig im veränderten Marktumfeld zu positionieren.



Mit der Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen in die Regelversorgung hat der Gesetzgeber ein neues Spielfeld innerhalb des Gesundheitssystems angelegt. Zugleich gelten Spielregeln, mit denen sich die Akteure jetzt auseinandersetzen müssen, wenn sie die beträchtlichen neuen Potenziale erschließen wollen. Ein wichtiger Aspekt dabei: Im Miteinander der verschiedenen Akteure sowie in der Einbindung der Nutzer lassen sich am besten die Chancen nutzen, die sich jetzt bieten.

Exkurs DHS DAX 2020

Wie oben erwähnt, könnte das DVG einen Boom bei digitalen Gesundheitsanwendungen auslösen. Doch wie entwickelt sich der Markt genau, welche Apps erweisen sich als Top oder als Flop? Um dies transparent und standardisiert nachzuhalten, hat McKinsey den Digital Health Solutions (DHS) DAX entwickelt. Dieser listet jährlich die am häufigsten heruntergeladenen Apps im deutschen Gesundheitswesen und bietet damit eine im Zeitverlauf verfolgbare Maßzahl für die Nutzung deutscher DiGAs.

Methodik

Der DHS DAX ist ein Kompositindex aus den in jedem Jahr am häufigsten heruntergeladenen Apps mit Gesundheitsbezug in den folgenden sieben Kategorien: Online-Arztanbieter, GKV-„Online-Geschäftsstelle“, Online-Terminvereinbarung, Adhärenz, digitale Diagnostik, elektronische Gesundheitsakte und indikationsspezifische Apps. Bei den indikationsspezifischen Apps werden dabei die Top 10 berücksichtigt, bei den Apps der sechs anderen Kategorien hingegen nur die Top 5. Die Summe der Downloads in diesen Kategorien in 2019 entspricht dem Startwert von 100 Punkten. Im Vergleich zu diesem indizierten Startwert wird jedes Jahr mit den aktuellen Spitzenreitern ein neuer Indexwert berechnet. Einige Apps, die oft als Medizin-Apps geführt werden, sind eigentlich dem Lifestyle- und Wellness-Bereich zuzuordnen und müssen somit ausgeschlossen werden. Ebenso werden Apps mit weniger als 1.000 jährlichen Downloads ausgeschlossen.

Erste Ergebnisse

- Im ersten Jahr notiert der DHS DAX 2020 als genormter Startwert bei 100 Punkten, was ca. 4 Millionen Downloads über iOS und Android entspricht, die von 33 Apps erzielt wurden.
- Legt man beispielsweise zum Vergleich eine Schwelle bei 10.000 Mindestdownloads in Android fest, so stehen 28 medizinische Apps 440 Fitness- und Wellness-Apps gegenüber. Von diesen medizinischen Apps sind 14 indikationsspezifisch, fünf sind Online-Apotheken, zwei dienen der Adhärenzunterstützung, zwei der digitalen Diagnostik, zwei sind Online-Arztanbieter und eine dient der Terminvereinbarung.
- Die Durchdringung der Zielgruppe mit DiGAs und medizinischen Applikationen im weiteren Sinne ist bisher noch gering. Krankenkassen-Apps gehören im DHS DAX 2020 zwar zu den beliebtesten Apps; dennoch erreichen sie lediglich 7% der Versicherten (Top 20 nach Versichertenzahl).

- Auch indikationsspezifische Apps, die bis dato das breiteste Angebot haben, skalieren derzeit nur begrenzt. In Bezug auf Volkskrankheiten mit hoher Prävalenz (Rückenschmerzen, Hypertonie, Diabetes) wurden bislang 1 bis 9% der Patienten erreicht. Erkrankungen mit mittlerer Prävalenz (z.B. Multiple Sklerose) erreichen immerhin bis zu 25% der Patienten.

Die weiteren Details zur Entwicklung des DHS DAX als Messgröße für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens werden bis Herbst 2020 veröffentlicht.

4,0

**Millionen Downloads über
iOS und Android, 2019**

Die GKV hat eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung von digitalen und sicheren Versorgungsstrukturen



Heike Thielmann

Unternehmensberatung Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen

Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Veränderungen in den GKVen in Bezug auf Digital Health in den vergangenen fünf Jahren?

Digitalisierung ist das Zauberwort der zweiten Dekade des 21. Jahrhunderts. Der Einsatz elektronischer Datenverarbeitung gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung.

Inzwischen ist klar: Digitale Technologien helfen bei einer besseren und effizienteren Versorgung. Sie eröffnen vielen Menschen einen breiteren Zugang zu medizinischer Expertise und ermöglichen neue Formen der Betreuung von Patienten im häuslichen Umfeld.

Die größte Herausforderung sehe ich dabei in einer sicheren Infrastruktur für das Gesundheitswesen. Obwohl die Einführung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte schon mehrere Jahre zurückliegt, wird beides noch nicht für den sicheren

Austausch medizinischer Informationen eingesetzt. Die heutige Telematikinfrastruktur für den vernetzten Austausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen muss besonders mit der sich rasant entwickelnden IT-Technologie mithalten.

Welche gesetzlichen bzw. regulatorischen Veränderungen waren in den vergangenen zwei Jahren von besonderer Bedeutung für Digital Health – oder sind es immer noch?

Der Gesetzgeber war auf diesem Gebiet recht aktiv. Ein wichtiges Gesetz liegt schon mehr als zwei Jahre zurück, nämlich das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen oder auch „E-Health-Gesetz“ von 2016. Es enthält einen konkreten Fahrplan für den Aufbau der sicheren Telematikinfrastruktur. Die Organisationen der Selbstverwaltung erhalten darin klare Vorgaben und Fristen, die bei Nichteinhaltung teilweise auch zu Sanktionen führen.

Ein weiterer gesetzlicher Meilenstein auf dem Weg zur Digitalisierung im Gesundheitswesen war das Terminservice- und Versorgungsgesetz, kurz: TSVG. Die Krankenkassen sind nun verpflichtet, den Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, auch als App.

Das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz, DVG) eröffnet den Weg für digitale Anwendungen wie Tagebücher für Diabetiker oder Apps für Menschen mit Bluthochdruck, zur Unterstützung der Physiotherapie und für viele weitere Erkrankungen. Ärzte können diese Apps verschreiben und Krankenkassen erstatten die Kosten. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) prüft Sicherheit, Funktion, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit dieser Produkte. Innerhalb eines Jahres muss der Hersteller nachweisen, dass seine App die Versorgung verbessert.

Dann gibt es noch die Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder etwas kürzer: Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV). Sie definiert die Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen insbesondere hinsichtlich Sicherheit, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit.

Schließlich ist das im Entwurf vorliegende Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) zu nennen. Es stärkt die digitalen Rechte von Patienten und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Patientenakte. Patienten können dank des Gesetzes darauf drängen, dass Ärzte und andere Beteiligte diese E-Patientenakte nutzen. Zugleich bestimmen sie selbst über ihre Daten. Außerdem regelt das Gesetz die Gewährleistung der Datensicherheit.

„Die Verwaltungsprozesse der Krankenkassen werden sich rasant ändern.“

Was verändert sich damit für die gesetzlich Krankenversicherten, welche Rechte und Möglichkeiten erhalten sie?

Wie selbstverständlich nutzen heute viele Menschen Gesundheits-Apps, überwiegend zum Erhalt des Wohlbefindens und bei der Prävention von Erkrankungen. Ein Beispiel dafür sind

Angebote, die Informationen oder Daten unserer persönlichen Aktivitäten aufbereiten, also Fitness- und Informations-Apps.

Seltener sind bisher digitale Anwendungen zur Therapie von Menschen, die schon krank sind: So gibt es beispielsweise Angebote, mit denen Diabetespatienten ihren Insulinwert überwachen können. Ein anderes Beispiel sind Apps für Hörprobleme: Sie passen die Tonausgabe eines Hörgeräts automatisch so an, dass sich die Beschwerden verringern. Solche Anwendungen bilden bislang jedoch eher die Ausnahme.

Aber unabhängig vom konkreten Einsatzgebiet: Versicherte müssen darauf vertrauen können, dass das Arztgeheimnis gewahrt wird beim Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Behandlung und beim Datenaustausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Nur so kann das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufrechterhalten werden und das ist für eine erfolgreiche medizinische Versorgung unabdingbar.

Der Gesetzgeber hat daher zusammen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) spezielle Regelungen des Datenschutzes für die elektronische Gesundheitskarte formuliert, um die geltenden Datenschutzregelungen zu ergänzen. Mit der Gesundheitskarte und später über eine App kontrolliert der Versicherte, wer auf seine Daten in der E-Patientenakte zu welchem Zeitpunkt zugreifen kann. Er hat die Hoheit über die Daten. Außerdem erhält er erstmalig mit der E-Patientenakte die volle Transparenz über seine Gesundheitsdaten. Das verschafft ihm mehr Möglichkeiten, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen oder ihn sogar wirksam zu steuern.

Welchen Einfluss haben diese Änderungen auf die Rolle und Position der GKV im deutschen Gesundheitssystem?

Die Verwaltungsprozesse der Krankenkassen werden sich rasant ändern. Wenn die Datenübermittlungen digitaler werden, stirbt der Papierprozess. Das bringt den Krankenkassen einschneidende Änderungen und den Versicherten viele Vorteile. Digitale Anwendungen können z.B. Transparenz darüber herstellen, wie weit die Bearbeitung des Anliegens eines Versicherten bereits vorangeschritten ist. Heute weiß der Kunde, wann sein Paket zugestellt wird. Zukünftig wird er auch wissen, wann ihm die Ausgaben für eine Gesundheits-App erstattet werden.

Die GKV-en verfügen schon heute über einen sehr qualifizierten Bestand von Versicherten- und Abrechnungsdaten. Mit zunehmender Digitalisierung wächst der Umfang gesundheitsbezogener Informationen, die sie verwenden können, um sowohl die Versorgungsprozesse als auch deren Strukturen zu steuern. Damit das gelingt, müssen sie diese Datenschätze konsequent nutzen. In dem geplanten Forschungsdatenzentrum beim GKV-Spitzenverband werden die Abrechnungsdaten der Krankenkassen pseudonymisiert zusammengefasst und der Forschung auf Antrag über anonymisierte Ergebnisse zugänglich gemacht.

Ziel muss es sein, mithilfe der Daten Zusammenhänge aufzuzeigen und Ansätze zu finden, mit denen sich Krankheiten und Risiken besser erkennen lassen, damit Prävention und Behandlungen frühzeitiger eingeleitet werden können. Die GKV hat also eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen.

Welchen Themen sollte sich jede GKV in den nächsten zwei Jahren widmen, um neue Anforderungen zu erfüllen und Chancen zu nutzen?

Für hervorragende Versorgungs- und Verwaltungsprozesse müssen Informationen zur rechten Zeit im notwendigen Umfang zur Verfügung stehen. Um im Wettbewerb zu bestehen, müssen die Kassen papierbasierte Standardverwaltungsarbeit vollständig durch digitalisierte Prozesse ablösen. Das schafft Freiräume für intensive Beratung. Was für die Verwaltung gilt, gilt auch für die Behandlung von Patienten: Wo elektronische Datenverarbeitung die manuelle Datenerfassung ersetzt, entsteht Freiraum für eine intensivere persönliche Betreuung von Patienten.

Digitale Gesundheitsanwendungen, telemedizinische Konsile und elektronischer Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern vom Arzt über das Krankenhaus bis zum Physiotherapeuten verbessern den Behandlungsprozess. Den Rahmen für solche Versorgungspfade müssen die Krankenkassen gestalten, damit Gesundheitsleistungen auch zukünftig bezahlbar bleiben.

Erwarten Sie von „externen Schocks“ wie der Covid-19-Epidemie deutliche Effekte auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Krankenkassen?

Entscheidende Entwicklungsschritte vollziehen sich häufig, wenn der Druck von außen zunimmt. Die Covid-19-Situation liefert dafür ein gutes Beispiel: Gerade jetzt steigt die Bereitschaft bei

Versicherten und Geschäftspartnern enorm, digitale Kommunikationswege zu nutzen. Wohl dem, der sein Unternehmen bereits auf diesen Weg gebracht hat. Aber die Herausforderung ist, diesen Schwung jetzt zu nutzen und das spontan Praktizierte nachhaltig zu gestalten und weiterzutreiben.

Wer jetzt seine Prioritäten überdenkt und vielleicht ursprünglich sehr langfristig geplante Ziele schnell umsetzt, weil die Zeit dafür reif ist, der wird seine Marktposition verbessern.

In welchen Bereichen von Digital Health vermuten Sie weitere Entwicklungen in den nächsten zwei Jahren?

Mit der E-Patientenakte wird sich der Ruf nach intensiverem Datenaustausch zwischen den Versorgungssektoren verstärken. Die Telematikinfrastruktur wird eine Basistechnologie sein, mit der Praxen und Krankenhäuser sicher verbunden werden, so dass sie besser und schneller miteinander kommunizieren können. Aber auch andere Akteure des Gesundheitswesens wie Apotheken, Physiotherapeuten, Hebammen und nicht zuletzt die Krankenkassen müssen medienbruchfrei an dieses Netz angebunden werden. Weitere dezentrale Netzwerke zum Datenaustausch werden entstehen. Diese könnten auf Basis einheitlicher Standards mit der Telematikinfrastruktur verbunden werden.

Unterschiedlichste Gesundheitsanwendungen werden auf den Markt drängen. Damit werden auch die Bestrebungen zunehmen, Daten aus diesen Anwendungen direkt in die Arzt- und Krankenhaus-Informationssysteme zu übernehmen. Das eröffnet neue Möglichkeiten für eine individualisierte medizinische Behandlung.

Der allseits beklagte Fachkräftemangel in der Pflege wird auch dort den Weg für digitale Anwendungen ebnen. Wearables erkennen schon heute Aktivitäten wie Essen, Duschen und Toilettengänge anhand charakteristischer Bewegungsmuster. Verhaltensänderungen, die auf eine Verschlechterung der Gesundheit hindeuten, werden mit Hilfe von Machine Learning erkannt, so dass Risiken für Mangelernährung, Depression und Stürze sowie der Abbau kognitiver Fähigkeiten prognostiziert werden könnten. Ein frühzeitiges Erkennen von Alarmzeichen unterstützt Senioren sowie deren Familien und Pflegepersonal. Roboter können schon heute an die Einnahme von Medikamenten und die Messung von Körperwerten erinnern. Dieser Trend wird sich fortsetzen. Und die Vorbehalte gegenüber solchen technischen „Helferlein“ werden schwinden.

Wie schätzen Ihrer Meinung nach die Versicherten Digital Health ein – eher als Chance, neutral oder skeptisch?

Gerade mit der zunehmenden Zahl älterer Menschen, die länger fit, aktiv und gesund leben wollen, erhöht sich die Akzeptanz für digitale Gesundheitsangebote. Aus einer Erhebung der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) von 2016¹ geht hervor, dass ca. 28% der Deutschen ihre Diät, ihre sportliche Aktivität oder andere Gesundheitsaspekte mit einer App, einem Fitnessarmband oder einer Smartwatch überwachen. Damit liegt Deutschland knapp hinter den USA und Brasilien, mit einem Anteil von

jeweils 29% der Bevölkerung und hinter China, wo mit 45% beinahe die Hälfte der Bevölkerung ihre Gesundheit elektronisch überwacht.

Gefragt nach den Gründen für das Gesundheits-tracking, gaben 55% der Umfrageteilnehmer an, damit Fitness und Gesundheit erhalten oder verbessern zu wollen. 50% wollen sich selbst zum Training motivieren. Immerhin 17% kontrollieren auf diesem Weg ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder eine Erkrankung.

Ich schätze daher, dass die Akzeptanz von Digital Health weiterhin steigen wird.

¹ Gesellschaft für Konsumforschung, Health and fitness tracking, 2016. https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/website_contentImages/Global_Study/Fitness_tracking/Documents/Global-GfK-survey_Health-Fitness-Monitoring_2016_final.pdf





**Wenn Offline und Online ineinander-
greifen – hybriden Behandlungspfaden
gehört die Zukunft**

A2

Online-Shopping hat den stationären Handel nicht verdrängt – und wird es vermutlich nie tun. Auf ähnliche Weise wird es auch im Gesundheitswesen zu einem Nebeneinander von traditionellen und digitalen Versorgungsleistungen kommen. Hybride Behandlungspfade haben das Ziel, Kontaktpunkte aus beiden Welten miteinander zu verknüpfen und auf diese Weise nahtlose Patientenreisen zu ermöglichen. Aber welche Voraussetzungen sind zu erfüllen, um diese Patientenreisen auch zur Realität werden zu lassen?

Alle Bereiche des Gesundheitswesens haben letztlich die gleichen Ziele: die Gesundheit und das Wohl der Menschen fördern, Krankheiten heilen und die Gesellschaft, in der wir leben und arbeiten, medizinisch versorgen. Der technische Fortschritt hat bereits einen großen Beitrag dazu geleistet; die medizinische Versorgung sieht heute völlig anders aus als noch vor rund zwei Jahrzehnten.

Seit dem Ende des 20. Jahrhunderts, als IT-Systeme im Gesundheitswesen Einzug hielten, werden Patientendaten standardmäßig digital erfasst und gespeichert. Die entsprechenden Softwareprogramme lassen sich längst mit anderen medizinischen Informationssystemen im Krankenhaus oder in der Arztpraxis verbinden. Seit 2005 gibt es zudem immer mehr Gesundheits- und Wellness-Apps – eine Entwicklung, die wir dem Siegeszug des Smartphones zu verdanken haben. Allerdings werden die elektronischen Patientendaten bislang noch in isolierten Systemen gespeichert, die keinen Überblick über die gesamte Versorgungslage und Krankengeschichte eines Patienten bieten („digitale Silos“). Gesundheits-Apps in ihrer derzeitigen Form decken die Bedürfnisse der Patienten daher nur sehr begrenzt ab und sind nach wie vor Nischenprodukte, weil sie sich auf einzelne, isolierte Stationen entlang der Patientenreise beschränken.



Interview mit Rainer Kasan, ab Seite 34
Gesellschafter von Telepaxx

„Darüber hinaus wird KI an Bedeutung gewinnen. Wir werden Bilder hochladen und mit einem Klick für eine Zweitmeinung zur Verfügung stellen können – ohne dafür das Haus zu verlassen.“ #SelbstbestimmtePatienten

Noch ist die Aufgabe nicht gelöst, alle Einzelstationen auf diesem Weg zu einer nahtlosen Patientenreise zusammenzuführen. Dazu gehört zum einen, die verschiedenen Gesundheitsdienstleister miteinander zu vernetzen, um eine bessere Gesamt-sicht auf den Patienten zu ermöglichen. Zudem

sind Daten zu unterschiedlichen Medikamenten miteinander abzugleichen, um potenzielle Nebenwirkungen besser zu überblicken. Darüber hinaus gilt es, neue digitale Gesundheitsangebote in die reguläre Versorgungslandschaft zu integrieren, um chronische Krankheiten besser in den Griff zu bekommen und in akuten Fällen helfen zu können, bevor etwas passieren kann.

Nahtlose Patientenreisen machen es möglich, eine große Zahl an Menschen digital zu versorgen. Denn aus Patientensicht haben vollständig hybride Behandlungspfade vor allem drei Vorteile:

- *Effizienzgewinne.* Sie steigern mittels schnellerer Diagnostik, Therapie und Verwaltungsabläufe die Effizienz im Gesundheitswesen. Nebenwirkungen können vermieden werden, wenn Erkenntnisse zu Medikamenten mit der Krankengeschichte eines Patienten zusammengeführt werden.
- *Verbesserung der Versorgungsqualität.* Sie ermöglichen es, mit einer Erkrankung besser umzugehen, Behandlungspläne genauer einzuhalten und die Versorgungsqualität anhand von Erkenntnissen zu wenig erforschten Erkrankungen zu verbessern. Bei Krankheiten wie Demenz etwa trägt das sozioökonomische Umfeld eines Patienten Schätzungen zufolge rund 50% zum Verständnis der Erkrankung bei.
- *Steigerung der Patientenzufriedenheit.* Sie erhöhen die Patientenzufriedenheit und vereinfachen das Steuern von Gesundheit und Wohlbefinden.

Hybride Behandlungspfade noch schwer zu realisieren

Um zu verstehen, warum es so schwierig ist, hybride Behandlungspfade zu realisieren, ist es sinnvoll, zwischen zwei Konzepten zu unterscheiden:

E-Health (im Mittelpunkt steht hier der Mediziner) und Digital Health (im Mittelpunkt steht der Patient) (siehe Schaubild 1).

In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben zahlreiche Länder zwar massiv in den Auf- und Ausbau nationaler E-Health-Programme investiert, doch der Nutzen war meist gering und die Umsetzung schwierig. Denn als Treiber der Veränderung wurde auf Mediziner gesetzt, die aber – wie sich gezeigt hat – häufig wenig offen sind für Veränderungen und nur ungern mit neuen Systemen arbeiten. Schätzungen zufolge nutzen selbst heute nur 25% der deutschen Krankenhäuser digitale Patientendaten, während 75% weiterhin Papierakten bevorzugen.¹

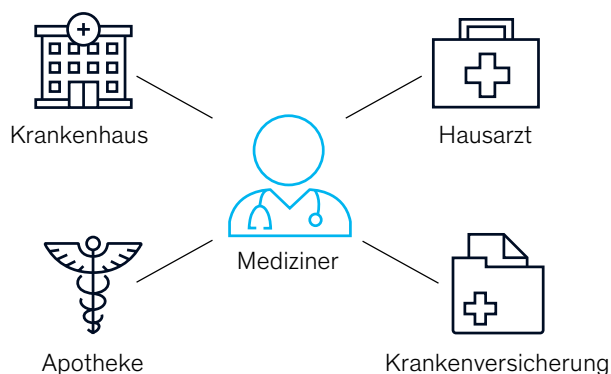
Digital Health hingegen funktioniert anders: Treiber des Wandels sind hier die Patienten. Sie kennen die Vorteile digitaler Dienstleistungen bereits aus anderen Branchen wie E-Commerce oder Finanzdienstleistungen. Diese Branchen haben viel früher begonnen, sich konsequent auf die Bedürfnisse der Kunden zu konzentrieren – und haben dazu das Potenzial des Smartphones genutzt, das die Menschen kaum noch aus der Hand legen. Entsprechend erwarten die Kunden auch im Gesundheitswesen digitale Dienstleistungen – vom Symptom-Check für einfache medizinische Fragen bis hin zu Online-Terminfindern und Buchungs-Apps für Arzttermine.

¹ „Pushing water up a hill – the trials and tribulations of the German hospital market“, M. Hotopf, L. Murray, Healthcare Business International, August 2019

Schaubild 1

Die wichtigsten Unterschiede zwischen E-Health und Digital Health

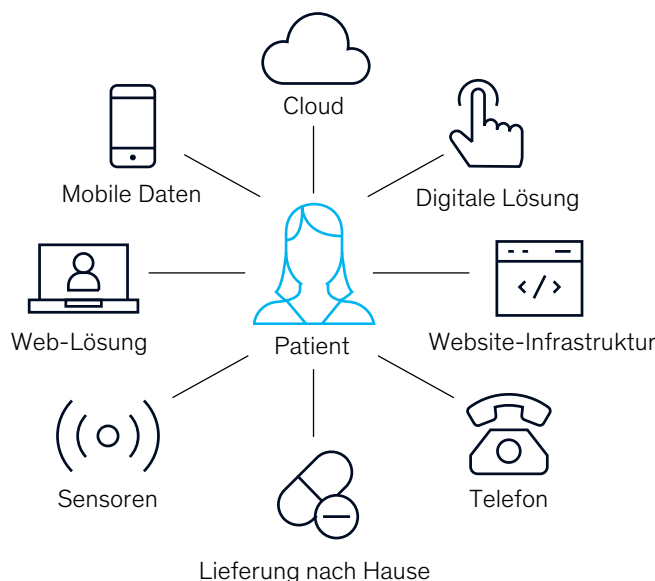
E-Health: Mediziner im Mittelpunkt



Länderspezifische E-Health-Programme

- Nationaler Fokus
- Wahrgenommener Nutzen für Mediziner gering
- Wenig Wettbewerb
- Fragmentierte IT
- Widerstände gegen Veränderungen

Digital Health: Patient im Mittelpunkt



Länderübergreifende Digital-Health-Programme

- Globaler Fokus
- Intrinsische Motivation für Vernetzung
- „Winner takes it all“-Logik
- Moderne IT
- Kein natürlicher Verantwortlicher (Owner)

Kurz gesagt: Ein Großteil des Wertpotenzials der Digitalisierung im Gesundheitswesen steckt in E-Health-Lösungen, aber der Anstoß für Veränderungen kommt letzten Endes aus dem Bereich Digital Health. Um den größtmöglichen Effekt zu erzielen, gilt es deshalb, E-Health und Digital Health zusammenzuführen. Dazu gehören innovative, aus Patientensicht konzipierte Online-Gesundheitsleistungen – von der Diagnose bis zur Terminvereinbarung oder Behandlung chronischer Erkrankungen. Solche Leistungen werden durch eine nahtlose Verbindung mit Offline-Gesundheitsleistungen (z.B. traditionellen Arztbesuchen) noch wertvoller und generieren über mehr Effizienz und Qualität für das gesamte Gesundheitssystem einen signifikanten Mehrwert und entlasten es.

E-Health und Digital Health nahtlos zusammenführen

Die Vision für hybride Behandlungspfade ist einfach: Ein Patient mit chronischer Herzinsuffizienz etwa nutzt eine App und digitale Sensoren, um seine Erkrankung besser zu kontrollieren. Spürt er Symptome oder bemerkt er etwas Ungewöhnliches, klärt er mithilfe einer Diagnose-App, wie er am besten darauf reagieren sollte. Bei Bedarf stellt die App eine Verbindung her zu einem Arzt bei einem Telemedizin-Anbieter, der ihm ggf. empfiehlt, eine Notaufnahme aufzusuchen. Sobald der Patient dort ankommt, liegen alle seine Daten für diesen speziellen Fall sowie allgemeine Angaben zur Medikation bereits vor – ebenso wie Informationen dazu, wie gut er die ärztlichen Anweisungen zur Einnahme von Betablockern befolgt hat, und welchen Blutdruck sein Sensor aktuell misst.



Interview mit Regina Veters, ab Seite 30
Leiterin Digital und Innovation bei der BARMER

„Es hapert noch bei der Vernetzung. Uns ist nicht geholfen, wenn sich zu den unzureichend vernetzten Sektoren nun noch ein dritter, digitaler ‚Silo‘ gesellt.“ #Zusammenarbeit

Doch bisher ist es leider nicht möglich, Informationen aus diesen traditionellen Quellen und neue, vom Patienten selbst generierte Datenpools zusammenzuführen, um hybride Behandlungspfade und reibungslose Übergaben – sprich: eine nahtlose Patientenreise – zu ermöglichen. Derzeit beschränkt sich die Vernetzung im Gesundheitswesen noch auf Kostenübernahmeanträge und Erstattungen. Zudem sind die traditionellen Leistungserbringer Teil eines festen Leistungsnetzes: Der Hausarzt überweist den Patienten an einen Spezialisten, der Spezialist verschreibt ein Medikament oder eine Behandlung und eine Apotheke stellt das

Medikament bereit oder ein Krankenhaus führt die Behandlung durch. Jeder Schritt ist reguliert und unterliegt klaren Richtlinien und Standards, die vorschreiben, wie Daten weiterzugeben sind.

Außerhalb dieser Standardkanäle (und bisweilen auch innerhalb) sieht es hingegen anders aus: Patientendaten sind aus guten Gründen streng geschützt, oft noch „gefangen“ in alten E-Health-Systemen, oder der Zugang unterliegt technischen und kommerziellen Beschränkungen der jeweiligen E-Health-Anbieter. Mitunter sind Daten noch nicht einmal im gleichen Format gespeichert. Deshalb ist es innovativen Anbietern von entsprechenden Digital-Health-Lösungen kaum möglich, darauf zuzugreifen, um ihr Leistungsangebot zu verbessern. Da Interoperabilitätsstandards noch immer nicht konsequent umgesetzt werden und technische Plattformen weiterhin fehlen, ist es zudem praktisch unmöglich, diese Daten zu einer nahtlosen Patientenreise zusammenzuführen (oder zumindest Lösungskonzepte zu ermöglichen, die über Punkt-zu-Punkt-Lösungen hinausgehen). Eine effiziente, gut konzipierte Patientenreise, die den Patienten einbindet und aktiviert, müsste daher einzelne Digital-Health-Angebote wie Perlen auf einer Kette aneinanderreihen (siehe Schaubild 2).

Die „Perlen“, also die unterschiedlichen Leistungen und Innovationen, sind bereits vorhanden, sie sind nur noch „aufzufädeln“. Denn der volle Mehrwert jeder einzelnen Lösung entsteht erst, wenn alle Lösungen zu einer nahtlosen Patientenreise zusammengefügt werden.

Eine der größten Herausforderungen beim „Auf-fädeln“ der einzelnen Perlen besteht in der übergreifenden Koordination der Akteure. Dafür gilt es nicht nur, digitale Leistungen miteinander zu verbinden, sondern auch Daten auszutauschen, um eine umfassende Patientenreise zu entwickeln und die digitalen Leistungen mit dem traditionellen medizinischen Sektor zu verbinden.

Den Wandel hin zu hybriden Behandlungspfaden vorantreiben

Die staatlichen Gesundheitssysteme einzelner Länder sind kaum geeignet, diesen Wandel voranzutreiben. Denn solche Gesundheitssysteme sind nicht länderübergreifend angelegt und verfolgen daher nur nationale E-Health-Projekte. Würden sie den Wandel hin zu hybriden Behandlungspfaden antreiben, stünde deren Entwicklung unter hohem Kostendruck. Außerdem würde die Entwicklung

innovativer Lösungen verhindert – allein deshalb, weil diese sich bislang noch nicht bewährt haben. Denn dabei greifen ähnliche Mechanismen wie bei der Entwicklung neuer Medikamente: Dort tragen die Pharmaunternehmen das volle Risiko und die Gesundheitssysteme erstatten nur Medikamente, deren Wirksamkeit bereits erwiesen ist.

Anders als in staatlichen Gesundheitssystemen gibt es im Digital-Health-Bereich jedoch Akteure, die ein Interesse daran haben, den Wandel konsequent voranzutreiben, und keine Ländergrenzen kennen. Die daraus resultierende Größe des Digital-Health-Bereichs bewirkt einen ausgeprägten „Winner takes it all“-Effekt, der weniger erfolgreiche Angebote aussortiert. Der ausschlaggebende Faktor hierfür ist die

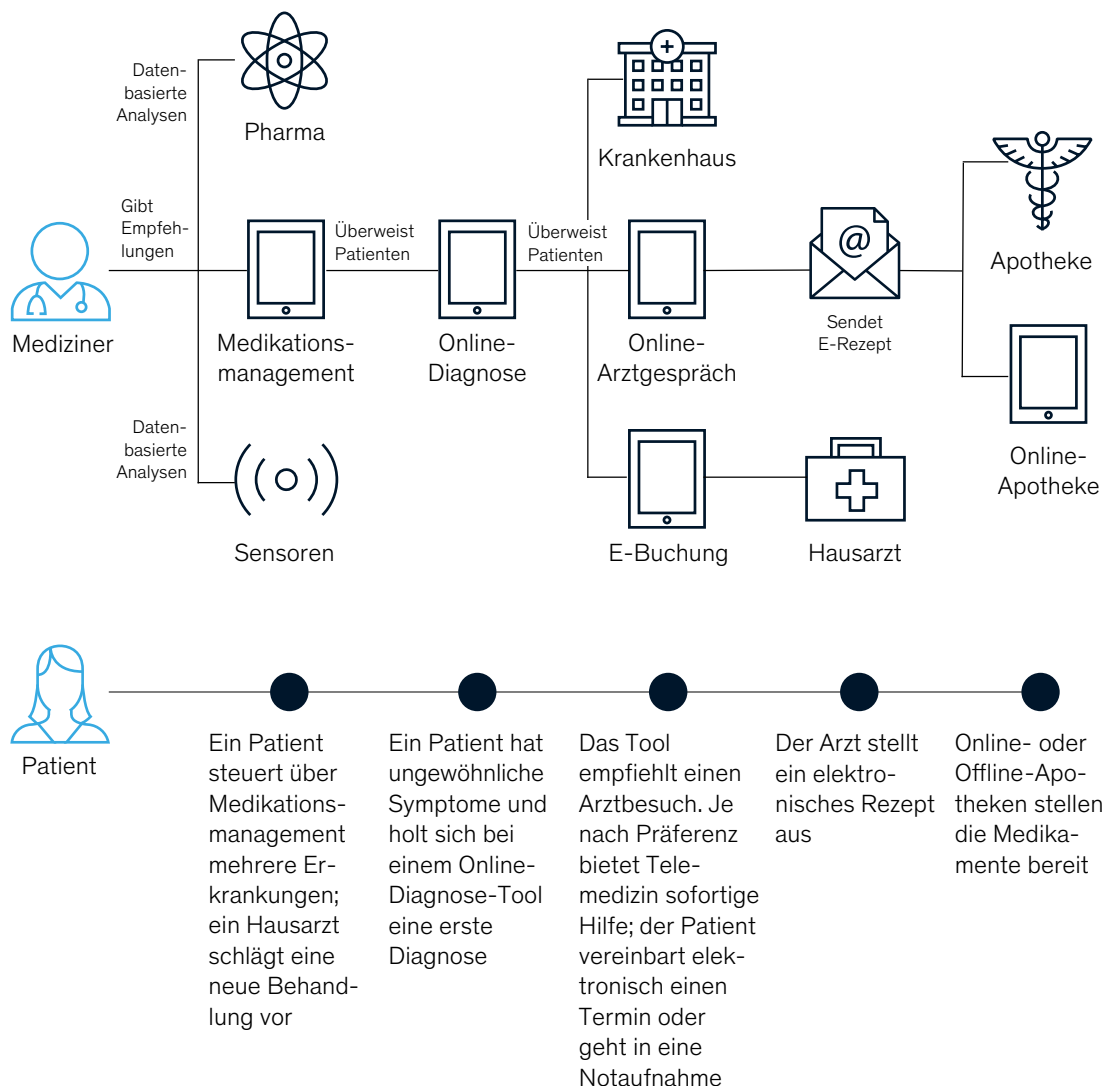
Akzeptanz der Patienten: Digital-Health-Lösungen mit den meisten Patienten sammeln auch die meisten Daten², können daher auf Basis von Funktionalitäten der künstlichen Intelligenz (KI) den besten Service bieten und diesen am schnellsten optimieren.

Wenn einzelne Länder oder nationale Organisationen sich zur Entwicklung hybrider Behandlungspfade entschließen, sollten sie primär in die grundlegende technische Infrastruktur investieren. Über diese können die Anbieter von Digital-Health-Lösungen Patienten- und eigene Daten von einer Anwendung zur nächsten sowie zwischen verschiedenen digitalen und physischen Touchpoints transferieren. Staatliche Gesundheitssysteme sollten Digital-Health-Lösungen nach Möglichkeit nicht selbst

² Der Real-World-Evidence-Ansatz von Flatiron Health basiert z.B. auf Daten von mehr als 2,4 Millionen aktiven Patienten als Grundlage für ihre Onkologielösungen.

Schaubild 2

„Perlenketten“-Logik für hybride Behandlungspfade



entwickeln, sondern dafür bestehende (zertifizierte und getestete) Infrastruktur nutzen. Es gilt, in die folgenden vier Kernelemente der technischen Infrastruktur zu investieren:

- Identitätsmanagement von Patienten, Mitarbeitern im Gesundheitswesen und Anbietern digitaler Lösungen
- Übertragung verschlüsselter Daten mit Standard-APIs und standardisierter Terminologie
- Funktionalitäten, die Patienten die Hoheit über ihre Daten ermöglichen
- Protokollieren von Überweisungen und Datenübertragungen.

Hohe Sicherheitsstandards sind dafür unabdingbar. Die Daten werden daher bei der Übertragung nicht in der technischen Infrastruktur gespeichert; sie „reisen“ nur über die Infrastruktur zwischen autorisierten digitalen Lösungen hin und her. Auf diese Weise wird Datendiebstahl erschwert und die Übertragung kann auf der Infrastruktur vor Ort im jeweiligen Mitgliedsland aufgebaut werden – stets unter Einhaltung von Vorschriften und Gesetzen, z.B. der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Deutschland. Kanada etwa baut mit Infoway eine nationale Digital-Health-Plattform auf, die eine Allianz von Lösungs- und Leistungsanbietern über ein standardisiertes System – basierend auf Identifizierung, Vertrauen und Zustimmung der Patienten – mit persönlichen Gesundheitsdaten versorgt.

Eine gut konzipierte, erweiterbare Infrastruktur hat nahezu unbegrenztes Potenzial. Aufbauend auf Technologie, Analysefähigkeiten und patientenspezifischen Leistungen als Plattform lässt sich damit die Basis für ein internationales Modell hybrider Behandlungspfade schaffen und so zum Aufbau eines länderübergreifenden Digital-Health-Systems beitragen. In Finnland und Estland existiert dies bereits: Seit Januar 2019 können Patienten aus Finnland ihre elektronischen Rezepte, die von einem finnischen Arzt ausgestellt wurden, auch in einer Apotheke in Estland einlösen.³

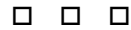
Darüber hinaus ist ein Mechanismus für die Zertifizierung von Apps erforderlich. Dazu gehört die Bewertung von potenziellen Gesundheitsrisiken, Datenschutz, Sicherheit und ethischer Nutzung von Patientendaten (etwa um zu verhindern, dass einzelne Akteure Daten anhäufen oder monopolisieren). Zudem muss die Zertifizierung sicherstellen, dass Digital-Health-Lösungen die technische Infrastruktur wie vorgesehen nutzen: Nur Lösungen, die kein Risiko für die Gesundheit der Patienten darstellen und die notwendigen Sicherheits- und Datensparsamkeitsregeln einhalten, dürfen Zugang zur Infrastruktur erhalten. In Großbritannien etwa hat das National Institute for Health and Care Excellence dazu kürzlich sein erstes Regelwerk „Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies“ veröffentlicht.⁴ Um eine einfache, aber sichere Zertifizierung zu ermöglichen, könnten alternativ auch Zertifizierungsmechanismen wie die vorgeschriebene Nutzung von Open Source etabliert werden.

Und schließlich sind Regeln zu etablieren, die dafür sorgen, dass Akteure, die Daten unter ihrer Kontrolle haben, diese nur an berechnete Parteien weitergeben. Einige Länder unternehmen schon erste Schritte in diese Richtung, z.B. wie Deutschland mit dem im Artikel „Neue Spielregeln im Markt für Gesundheits-Apps – was Kassen zum Digitale-Versorgung-Gesetz wissen sollten“ erläuterten Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG).

Um das Potenzial hybrider Behandlungspfade vollständig ausschöpfen zu können, sind zudem in den Erstattungssystemen behandlungserfolgsbasierte Zahlungen einzuführen und Aktivitätsdaten (aus Digital-Health-Lösungen) mit Ergebnisdaten (aus E-Health-Lösungen und dem traditionellen Gesundheitssystem) zu verbinden. Auf diese Weise entsteht Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Dienstleistungen und ein Anreiz, Patienten zur bestmöglichen Lösung für ihre individuelle Situation zu steuern.

³ <https://e-estonia.com/first-eu-citizens-using-eprescriptions-in-other-eu-country/>

⁴ NICE (2019). Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies (March 2019). London, National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies>



Online und Offline lassen sich kaum noch voneinander trennen. Hybride Behandlungspfade sind im Gesundheitswesen von heute und morgen unabdingbar und verbessern nicht nur die Effizienz und Geschwindigkeit, sondern auch die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Patienten – wenn grundlegende Datenschutz- und Sicherheitsstandards erfüllt sind.

Das Einbinden digitaler Angebote stößt im Gesundheitswesen erfahrungsgemäß auf enorme Skepsis. Deshalb sollten zunächst rein digitale Behandlungspfade etabliert werden. Sobald diese bei den Patienten auf großes Interesse stoßen, werden auch die traditionellen Anbieter im Gesundheitssystem versuchen, Bestandteil der digitalen Behandlungspfade zu werden. Auf diese Weise entstehen schließlich hybride Behandlungspfade.

Die Digitalisierung weicht traditionelle Branchengrenzen in vielen Bereichen auf; so werden auch erfolgreiche hybride Behandlungspfade letztlich über das traditionelle Gesundheitswesen hinausgehen. Patientenzentrierte Infrastruktur sollte mit breiter angelegten Initiativen zu Ausbau und Förderung des digitalen Binnenmarkts verknüpft werden. Richtig umgesetzt wäre dies ein weiterer Schritt hin zu einer Stärkung und Emanzipation der Bürger, die das Potenzial der Digitalisierung in allen Lebensbereichen nutzen wollen. Wie dies mit dem Aufbau eines digitalen Gesundheitsökosystems gelingen kann, zeigt der nachfolgende Artikel A3 „Aufbau eines Gesundheitsökosystems – Durchbruch für die Digitalisierung im Gesundheitswesen“.

Exkurs – Daten bilden die Grundlage

Im digitalisierten Gesundheitssektor gibt es im Wesentlichen drei Datenkategorien:

Elektronische Patientendaten

sind Daten, die bei der Behandlung von Patienten durch Ärzte entstehen. Dazu gehören Informationen zu erfolgten Behandlungen und verschriebenen Medikamenten. Diese Daten sind in den IT-Systemen der Mediziner und Gesundheitsdienstleister gespeichert, d.h. in Hausarztpraxen oder Krankenhäusern. Sie sind überaus informativ, wegen ihrer fragmentierten und dezentralen Speicherung aber außerhalb des jeweiligen Entstehungsbereichs kaum nutzbar. Ein Hausarzt sieht also nur die elektronischen Patientendaten, die er selbst generiert hat, aber nicht die eines anderen Haus- oder Facharztes.

Versicherungsdaten

sind Informationen, die Hausärzte und Krankenhäuser im Rahmen des Erstattungsprozesses an die Krankenkassen und -versicherungen weiterleiten. Diese Daten sind in hohem Maße standardisiert, weil sie von unterschiedlichen Kassen und Versicherungen angenommen und verarbeitet werden müssen. Gleichzeitig sind sie aber auch weniger detailliert als elektronische Patientendaten, denn sie enthalten ausschließlich zahlungsrelevante Informationen. Darüber hinaus haben diese Daten eine hohe Latenz, d.h., sie erreichen die Kassen und Versicherungen abhängig von der Leistungsart zum Teil erst Monate nachdem sie erstellt wurden. Für Diagnostik und Therapieplanung eignen sich solche Daten deshalb kaum.

Patientengenerierte Daten

sind eine neue Kategorie aus dem Digital-Health-Bereich. Sie bestehen aus Aktivitätsdaten (z.B. eingenommene Tabletten, körperliche Aktivitäten) und Vitalparametern (z.B. Blutdruck, Blutzucker) oder allgemeinen Informationen aus dem täglichen Leben. Da diese Daten nicht nur bei der Behandlung eines Patienten generiert werden, sondern auch im Alltag, ermöglichen sie Mediziner, Gesundheitsdienstleistern und Forschern eine neue Perspektive auf die Patienten. Schätzungen zufolge hängt der Behandlungserfolg zu 30 bis 50% vom Verhalten des Patienten ab, vor allem bei weniger gut erforschten Erkrankungen wie Demenz. Diese neuen Erkenntnisse über Patienten klinisch nutzbar zu machen, wird die Gesundheit der Bevölkerung entscheidend verbessern und die medizinische Versorgung weiterentwickeln.

Eine gute App erklärt sich selbst



Regina Veters

Leiterin Digital und Innovation bei der BARMER

Nähern wir uns dem Thema Digital Health zunächst ganz allgemein – worin sehen Sie den Nutzen für das deutsche Gesundheitssystem?

Wir gehen davon aus, dass es mithilfe von Digital Health gelingt, Patientenbedürfnisse und medizinische Expertise auf neue Art und Weise zusammenzuführen. Darüber hinaus dürften Diagnosen erleichtert, Therapien verbessert und die Betreuung intensiviert werden. Das alles kompensiert Engpässe in der Versorgung und gibt Patienten mehr Wahlmöglichkeiten.

Wer möchte, kann sich zudem dank digitaler Lösungen besser mit seiner Krankheit auseinandersetzen und zu seiner Gesundheit beitragen – das informierte Selbst wird durch Digital Health entscheidend gestärkt.

Gibt es auch Hürden und Hindernisse, die Digital Health momentan im Wege stehen?

Es hapert noch bei der Vernetzung. Eigentlich soll die Digitalisierung vernetzen und Brücken schlagen und so ihr volles Potenzial entfalten. Uns ist nicht geholfen, wenn sich zu den unzureichend vernetzten ambulanten und stationären Sektoren nun noch ein dritter, digitaler „Silo“ gesellt.

Dasselbe sehe ich bei der Medikation und dazugehörigen digitalen Lösungen. Mittelfristig müssen aber z.B. ein Inhalator und die entsprechende App zusammen entwickelt und verordnet werden. Anderenfalls wird alles nur teurer, aber nicht notwendig besser.

Darüber hinaus kennen und verstehen Leistungserbringer zuweilen die digitalen Anwendungen nicht genug und können sie deshalb nicht optimal in die Therapie integrieren. Das Gleiche gilt für Daten, die sie vom Patienten erhalten. Und am Ende ist

natürlich entscheidend, dass der Einsatz digitaler Anwendungen erwiesenermaßen einen tatsächlichen medizinischen Mehrwert für die Nutzer hat.

Unternimmt denn der Gesetzgeber genug, um diese Hindernisse und Risiken abzubauen? Was sollte er noch tun?

Wir sind mit der geltenden Rechtsgrundlage sehr zufrieden. Es ist bereits eine Menge geregelt, sowohl im Umgang mit Daten als auch zur Evidenz. Noch nicht zufrieden bin ich damit, dass für die Akkreditierung von App-Entwicklern bislang eine „Selbstauskunft“ genügt. Ich würde mir eine zusätzliche Prüfung wünschen, wofür das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aber momentan personell noch nicht gerüstet ist.

Es gibt ja schon eine Reihe gesetzlicher Neuerungen – wie bewerten Sie diese im Hinblick auf die Akzeptanz und Durchdringung von Digital Health?

Ich würde die deutsche Gesetzgebung durchaus als beispielgebend bezeichnen. Andere Länder erkundigen sich bei uns, wie sie Digital Health ebenso stark in die Regelversorgung integrieren können.

„Was bis vor Kurzem noch begründungsbedürftig war, wird plötzlich selbstverständlich genutzt.“

Natürlich ist auch durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) noch nicht alles bis ins letzte Detail geregelt. Es ist etwa noch offen, wie die Preise für digitale Lösungen praktisch festgesetzt werden. Für uns als Krankenkasse ist z.B. wichtig, dass auch nutzenbasiert und nicht nur verschreibungsbasiert abgerechnet wird.

Apropos Anbieter: Was können sie tun, um Akzeptanz und Geschwindigkeit von Digital Health zu erhöhen?

Gerade kleine Start-ups müssen kreative Lösungen für einen umfassenden Support finden. Eine 24-Stunden-Hotline sprengt nun mal die Kapazitätsgrenzen solcher Unternehmen. Genauso fehlt ein schlagkräftiger Vertrieb.

Am besten wäre es, wenn der verschreibende Arzt geschult würde oder das Produkt so intuitiv genutzt werden könnte, dass die Patienten alleine damit zurechtkommen. Denn viele Beteiligte und komplexe Strukturen machen jeglichen Effizienzgewinn zunichte. Das würde letztlich den Nutzen der Digitalisierung infrage stellen. Das

gilt übrigens auch für die Abrechnungsmodalitäten. Wir brauchen keine separate Institution analog zu den Abrechnungszentren. Entsprechend ist jetzt auch der Konsens zwischen Kassen und Herstellerverbänden gestaltet

Und was wünschen Sie sich in puncto Design und Nutzerfreundlichkeit von neuen Anwendungen?

Eine Anwendung muss rundherum intuitiv und weitgehend selbsterklärend sein. Es hilft uns wenig, wenn wir eine neue App erst erklären und Schulungen ansetzen müssen. Das funktioniert erst recht nicht, wenn es in Zukunft immer mehr Apps gibt.

Was steht denn heute der Einführung und Verordnung von Digital-Health-Angeboten entgegen?

Apps werden noch zu häufig ohne Leistungserbringer entwickelt. Die medizinischen Kenntnisse aus der konventionellen Behandlung sind aber auch für digitale Lösungen oft enorm wichtig. Gute Firmen haben deshalb einen Mediziner mit an Bord oder arbeiten mit einem Krankenhaus zusammen. Das hilft auch bei der frühzeitigen Klärung der Frage, welche Evidenz eine Anwendung generieren sollte. Spannend wird es, wenn es mehrere Apps für dieselbe Indikation gibt – welche soll dann verordnet werden? Wird es eine Art „aut idem“ für Apps geben? Hier spielen Krankenkassen eine wichtige Rolle, um die beste App für die Versicherten zu finden.

Sehr gespannt beobachte ich in diesem Zusammenhang auch die aktuelle Entwicklung in der Corona-Krise: Was bis vor Kurzem noch begründungsbedürftig war, wird plötzlich selbstverständlich genutzt. Ein Beispiel sind telemedizinische Behandlungen, mit denen überfüllte Wartezimmer vermieden werden können. Wir haben als Kasse unsere Online-Hebammenberatung auf Geburtsvorbereitungskurse erweitert und das Angebot an Online-Fitness ausgebaut, um auf die Bedürfnisse unserer Versicherten zu reagieren.

Insgesamt werden viele digitale Anwendungen jetzt sehr unkompliziert erprobt, ohne wie sonst die Bedenken in den Vordergrund zu stellen. Und trotzdem bleibt eine Sensibilität für persönliche Daten selbstverständlich erhalten. Ich finde, das zeigt, dass wir hier schon einen ganz guten Reifegrad erreicht haben.

Wie bewerten Sie insgesamt den Markt für Digital Health in Deutschland und welche Themen halten Sie in der nahen Zukunft für die erfolgsträchtigen?

Die erste Generation von Apps bot viel Unterstützung für die Bereiche psychische Gesundheit und Diabetes an. Dann kamen digitale Lösungen für zahlreiche Felder hinzu. Nun werden bestehende Lösungen ausgebaut und fachlich immer vielseitiger.

Nehmen wir beispielsweise eine Krankheit wie Morbus Crohn: Die ersten Apps halfen lediglich, ein Ernährungstagebuch zu führen. Neuere Lösungen gehen multifaktoriell an die Krankheit heran und beziehen auch die psychische Verfassung des Patienten mit ein.

Ein anderes Beispiel: Für die Pflege wurden smarte Windeln entwickelt. So ein Produkt kann nur Erfolg haben, wenn es nicht nur auf Effizienzgewinn setzt, sondern auch die Abläufe in einem Pflegeheim „mitdenkt“. Eine Lösung muss sowohl die Bedenken der Pflegekräfte als auch die von Angehörigen der Patienten berücksichtigen.

Wenn wir uns nun konkret der BARMER zuwenden – welche Modelle für die Zusammenarbeit mit Digital-Health-Start-ups und Leistungserbringern halten Sie für erfolgversprechend? Wo liegen Chancen und Risiken der Zusammenarbeit?

In der Präventionswelt sind rein digitale Anwendungen tolle Alternativen und Ergänzungen zu den bisherigen Angeboten. Bei Selektivpartnern hatten wir anfangs Start-ups, die ihre Apps ohne ärztliche Beratung entwickelt haben, und andererseits die etablierten Leistungserbringer, die sich an der Programmierung von Apps versucht haben. Fehlte es den einen an medizinischem Sachverstand, mangelte es bei den anderen an Praktikabilität und Nutzerfreundlichkeit. Beide Seiten wachsen nun zusammen, müssen jedoch feststellen, dass sie sehr unterschiedliche Sprachen sprechen und erstmal in den Dialog kommen müssen.

Wenn wir auf Ihre Versicherten schauen – wie beurteilen Sie die Projekte im Bereich Digital Health? Gibt es bereits Erfahrungswerte, wie die Versicherten innovative (App-)Lösungen nutzen?

Wichtig ist: Die Nutzung digitaler Lösungen ist für die Versicherten absolut freiwillig und sie haben keine Nachteile, wenn sie diese nicht in Anspruch nehmen. Ich gehe fest davon aus, dass sich daran auf absehbare Zeit auch nichts ändern wird.

Die Nachfrage nach digitalen Lösungen wächst, nicht nur bei den Versicherten unter 35 Jahren. Beim Thema Krankengeld haben wir z.B. viele Nutzer unter den 50- bis 60-Jährigen.

Interessanterweise werden auch häufig digitale Lösungen verlangt, wenn junge Angehörige den Antrag für die ältere Generation ausfüllen, etwa in der Pflege.

Andererseits gibt es auch junge „Digitalverweigerer“. Und einige wenige Versicherte werden wir nie mit digitalen Kanälen erreichen können, weil sie die entsprechenden Medien nicht nutzen. Darin sehen wir aber kein Problem.

Können Sie schon abschätzen, wie lange es dauern wird, bis Online und Offline miteinander vernetzt sind?

Ich glaube, das System und das Zusammenspiel zwischen etablierten und neuen Kanälen werden immer in Bewegung bleiben, da gibt es keinen Zielzustand. Zum einen wird es technologische Veränderungen geben. Zum anderen nutzen wir noch für jedes „Problem“ eine separate App. Das ist alles noch sehr aufwändig und deshalb gehe ich davon aus, dass es irgendwann sehr viel integriertere Lösungen geben wird.

Eine weitere große Baustelle ist die Vernetzung der Daten, so dass alle Akteure wie Krankenkassen oder Ärzte darauf zugreifen können. Das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) schafft hierfür aber die Grundlage. Wir werden also in Zukunft noch große Veränderungen sehen.



Selbstbestimmte Patienten dank Digitalisierung



Rainer Kasan
Gesellschafter von Telepaxx



Thomas Pettinger
Head of Business Development von Telepaxx

Telepaxx wurde 1996 im fränkischen Büchenbach gegründet und fokussiert sich seitdem auf die Datenspeicherung im radiologischen Bereich. Zum Angebot gehören Lösungen für die Langzeitarchivierung medizinischer Bilddaten sowie Tools, um diese schnell und sicher mit anderen zu teilen. Telepaxx betreut über 600 Kliniken und radiologische Zentren und ist damit der größte Spezialanbieter in diesem Bereich in ganz Europa. Derzeit besteht das Telepaxx-Team aus ca. 25 Mitarbeitern

Alle reden über die Digitalisierung im Gesundheitswesen – welchen Nutzen und welche Risiken sehen Sie?

Rainer Kasan

Ich möchte hier unterscheiden zwischen dem zukünftigen und dem heutigen Nutzen. In einigen Jahren werden wir mit deutlich weniger Ärzten auskommen müssen. Wir werden auch mehr Telearbeit etc. in der medizinischen Versorgung sehen. Deshalb müssen wir neue Technologien einsetzen, etwa für Telearbeitsplätze. Nur so können wir den Standard unserer medizinischen Versorgung aufrechterhalten.

Momentan sehen wir in ersten Bereichen, wie die Digitalisierung die medizinische Versorgung einfacher und effizienter machen kann – beispielsweise durch eine Online-Terminvergabe, die auch

dem Bedürfnis der Patienten entspricht. Darüber hinaus gibt es bereits verschiedene Möglichkeiten, patientenspezifische Informationen zu sammeln und den Ärzten zur Verfügung zu stellen. Und das E-Rezept ist ein gutes Beispiel, wie sich das Gesundheitssystem weiterentwickeln kann. Auch auf administrativer Seite sind erhebliche Verschlinkungen möglich, etwa vom Abschluss einer Versicherung bis zu deren Verwaltung.

Thomas Pettinger

In jüngster Zeit hat es große Fortschritte gegeben. Nehmen wir die Radiologie als Beispiel: Die Systeme liefern immer größere Datenmengen, die ihrerseits aggregiert und mithilfe von künstlicher Intelligenz (KI) ausgewertet werden können. Dadurch wird es möglich, bisher nicht gekannte Zusammenhänge aufzuspüren, was einen gewaltigen Fortschritt bedeutet.

Aber in der Tat birgt die Digitalisierung auch ein Risiko: All die Vereinfachungen und Effizienzgewinne durch digitale Lösungen bewirken einen geringeren Personalbedarf. Kommt es zu Krisen wie der Corona-Epidemie, ist die Personaldecke dünn und Ausfälle können zu echten Schwierigkeiten führen.

„Die KI wird im Gesundheitssystem der Zukunft eine große Rolle spielen.“

Was genau steht der Digitalisierung denn im Weg?

Thomas Pettinger

Im IT-Bereich gibt es noch keine ausreichende Vernetzung. Mittlerweile hat man das Problem erkannt und in Ausschreibungen findet sich der Hinweis, dass Systeme nicht mehr rein proprietär arbeiten sollen. Ohne ein allgemeines Klassifizierungssystem ist das natürlich nur Schritt für Schritt möglich. Und oft wollen viele einfach am Altbewährten festhalten und einen Arztbrief immer noch per Fax verschicken, obwohl es bereits den E-Arztbrief gibt.

Sicherlich könnten hier monetäre Anreize der Digitalisierung auf die Sprünge helfen. Wenn Ärzte für Software 200 EUR pro Monat aus der eigenen Tasche zahlen müssen, verzichten eben viele von ihnen auf die Anschaffung – da hilft auch keine Aussicht auf bessere Diagnostik und Therapie.

Rainer Kasan

Generell ist es erstaunlich, wie wenig Geld Praxen auch im Jahr 2020 in IT investieren. Andere Branchen wie z.B. Versicherungen geben weit mehr aus und sind deshalb hinsichtlich Systemen, Hardware etc. deutlich besser aufgestellt. Und dann hinkt das Gesundheitssystem hier nicht nur hinterher, sondern hat auch noch eine sehr heterogene IT-Landschaft. Das erschwert den Austausch von Daten oder die Integration neuer Abläufe.

Thomas Pettinger

Natürlich wünschen Ärzte sich bestmöglich aufeinander abgestimmte Systeme und sie haben eine gute Vorstellung davon, wie ein Prozess idealtypisch aussehen müsste. Aber da sind wir auch schon wieder beim Thema der Investitionen.

Wie könnte denn der Gesetzgeber die Digitalisierung vorantreiben?

Rainer Kasan

Wünsche zu äußern und andere in die Pflicht zu nehmen, ist natürlich einfach. Aber in der Tat sehe ich Handlungsbedarf: Vieles wurde in der Vergangenheit

sich selbst überlassen. Gremien wurden ins Leben gerufen und Beschlüsse gefasst, ohne dass der Gesetzgeber anschließend auf rasche Umsetzung bestanden hat. Ein Beispiel ist die elektronische Gesundheitskarte. Darauf haben wir lange warten müssen und nun, da sie eingeführt ist, muss die Frage nach ihrem Mehrwert erlaubt sein. Andererseits muss ich klar sagen, dass mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) einige sehr gute Ansätze geschaffen wurden.

Thomas Pettinger

Insgesamt ist die Bereitschaft zu Veränderungen in der Gesundheitspolitik in der aktuellen Legislaturperiode deutlich höher. Ein Beispiel ist der Health Innovation Hub in Berlin, der die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreibt und DVG-Anwendungen begleitet. Das verleiht dem Wandel eine bisher nicht gekannte Dynamik.

Darüber hinaus halte ich es für problematisch, dass die App-Entwickler selbst die Preise für ihre Anwendungen festlegen. Nehmen wir ein Beispiel: Die App Kaia kostete bisher 96 EUR pro Jahr. Nun werden die Kosten durch die Krankenkasse übernommen und plötzlich kostet die App 99 EUR – pro Monat. Andere Apps gehen nun unter Umständen mit ähnlich hohen Preisvorstellungen an den Start. Da geraten wir schnell in Größenordnungen, die für Krankenkassen nicht mehr finanzierbar sind.

Mit welchem Nutzen- und Wertversprechen positioniert sich Telepaxx am Gesundheitsmarkt?

Rainer Kasan

Wir gehören zu den Anbietern mit den meisten radiologischen Bildern und dazugehörigen Befundbriefen weltweit – insgesamt verfügen wir über mehr als 16 Milliarden Bilddaten. Die darin enthaltenen Informationen können für die Entwicklung von digitalen Anwendungen verwendet werden.

Die KI wird im Gesundheitssystem der Zukunft eine große Rolle spielen. Als hilfreiches Assistenzmedium ist KI allgemein anerkannt. Telepaxx kann anhand des Datenschatzes von 16 Milliarden Bildern praktisch jede Fragestellung zu diesem Thema adressieren. Damit können wir – datenschutzkonform – sowohl vielen Start-ups als auch Universitätskliniken helfen, die z.B. KI-Anwendungen in der medizinischen Bildverarbeitung trainieren.

Thomas Pettinger

Eine Spezialität von Telepaxx ist, dass wir die Bilddaten in den Einrichtungen verarbeiten und dann zentral speichern. Wir haben auch Kooperationen

mit Krankenkassen vereinbart, so dass diese die Bilddaten nicht mehr separat ablegen müssen. Bisher speichern häufig verschiedene Akteure wie Krankenhaus, Krankenkasse, Länder oder der Bund mit unabhängigen elektronischen Akten dieselben Daten in ihren Systemen parallel – bis zu acht Mal. Das widerspricht klar dem Grundsatz der Datensparsamkeit und ist nicht im Sinne des Datenschutzes.

An welche Zielgruppen richten Sie sich mit diesem Angebot und wie sprechen Sie diese an?

Thomas Pettinger

Neben Krankenhäusern bieten wir unsere Leistungen hauptsächlich ärztlichen Einrichtungen an. Zum Teil auch den Patienten selbst, diese verwalten dann ihre Bilddaten mithilfe einer App. Das hat den Vorteil, dass sich der Fokus vom Arzt auf die Patienten verlagert und diese trotzdem nicht mehr mit einer CD oder DVD nach Hause gehen.

Wir gehen davon aus, dass die Patientenseite noch größeres Gewicht erhalten wird. Der Plattformgedanke spielt hier eine wichtige Rolle, sofern der Patient mit den Datenströmen einverstanden ist. Immerhin ist es z.B. technisch möglich, die Daten des Kopfes, aus denen sich das Gesicht rekonstruieren ließe, zum Zwecke des Datenschutzes zu „de-facen“, d.h. genau diese Rekonstruktion zu unterbinden.

Rainer Kasan

Auch Versicherungen und andere Kostenträger kommen als Zielgruppen in Frage. Wir haben z.B. bereits mit ausgewählten Krankenkassen Gespräche geführt. Sie erkennen, dass die medienübergreifende Verfügbarkeit von medizinischem Bildmaterial interessante Potenziale birgt, z.B. für eine Zweitbefundung. Die gute Verfügbarkeit des Materials verhindert überflüssige Zweit- und Drittaufnahmen, das spart den Krankenkassen Kosten und den Patienten eine zusätzliche Strahlenbelastung.

Wie könnten der Gesetzgeber, Ihre Partner oder die Nutzer Sie dabei unterstützen, Ihr Angebot noch erfolgreicher am Markt zu etablieren?

Rainer Kasan

Das ist für mich als Informatiker gar nicht so leicht zu beantworten. Wenn wir etwas agil entwerfen wollen, konzentrieren wir uns zunächst auf die Entwicklung eines Minimum Viable Product (MVP) – mit dem Ziel, die Bedürfnisse einer kleinen Zielgruppe zu erfüllen. Es ist schwierig, dies im deutschen Gesundheitswesen umzusetzen, weil Projekte so breit angelegt werden, dass sie eine Fragestellung von vornherein

allumfassend betrachten. Entsprechend lang ist die Entwicklungszeit und da kann man schnell von der Realität überholt werden.

Wenn es auch in der geförderten Entwicklung ein Konzept für die Verfolgung eines MVP-Ansatzes gäbe, könnten wir uns eingehend mit den Bedürfnissen der Nutzer auseinandersetzen und dafür maßgeschneiderte Lösungen entwickeln, die auch wirtschaftlich attraktiv sind.

Wagen wir zum Schluss einen Ausblick: Wo sehen Sie Telepaxx und vergleichbare Anbieter in den nächsten drei bis fünf Jahren?

Thomas Pettinger

Nehmen wir wieder das Beispiel Radiologie: Wo heute noch verschiedenste Systeme existieren, werden wir in einigen Jahren eine spürbare Vereinheitlichung erleben. Daten werden mit den Möglichkeiten der KI zusammengeführt und es wird einen einheitlichen Arbeitsablauf geben. Innerhalb dieses Ablaufs können Ärzte alle verfügbaren Daten zu einem Patienten mit dessen Einverständnis einsehen und darauf zugreifen.

Rainer Kasan

Unser erklärtes Ziel lautet, unser Alleinstellungsmerkmal noch sinnvoller und wertstiftender einzubringen. Was heißt das konkret? In fünf Jahren wollen wir die Röntgendaten von drei Vierteln aller Bundesbürger bei Telepaxx gespeichert haben. Damit wären praktisch die Röntgendaten von jedem Bundesbürger, der einmal geröntgt wurde, bei uns verfügbar – und zwar nicht auf einem riesigen Datenfriedhof, sondern so, dass die Patienten per App auf ihre Daten zugreifen und sie mit Ärzten teilen können.

Darüber hinaus wird KI an Bedeutung gewinnen. Wir werden Bilder hochladen und mit einem Klick für eine Zweitmeinung zur Verfügung stellen können. Diese Funktionalität wird in einer Anwendung integriert sein und für viele Befunde KI-gestützt funktionieren. Nehmen wir an, es besteht der Verdacht, jemand könne sich die Hand gebrochen haben. Laut Röntgenbefund ist alles in Ordnung, aber die Beschwerden halten an. Dann wird der Patient in Zukunft das Bild für 5 bis 10 EUR an eine KI schicken und eine zweite Meinung einholen können – ohne dafür das Haus zu verlassen. Der Ablauf, den ich eben für die Zukunft skizziert habe, könnte eine zweite Röntgenaufnahme ersparen. In Vereinfachungen wie diesen sehe ich das große Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen.





Aufbau eines Gesundheitsökosystems – Durchbruch für die Digitalisierung im Gesundheitswesen

A3

Auf dem Gesundheitsmarkt gibt es bereits eine Fülle neuerartiger Digital-Health-Lösungen, angeboten von innovativen Start-ups. Das Problem: Solange diese Lösungen nicht zu einem leistungsfähigen Gesamtsystem zusammengeführt werden, kann kein finanziell nachhaltiges, tragfähiges bzw. skalierbares Geschäftsmodell entstehen. Abhilfe kann ein digitales Gesundheitsökosystem schaffen – für dessen Aufbau und Betrieb insbesondere Krankenkassen bestens geeignet wären.

Digital Health revolutioniert die Art und Weise, wie unser Gesundheitswesen funktioniert: Sie stellt den Patienten in den Mittelpunkt, ermöglicht es ihm, seine Behandlung zu verfolgen, zu verwalten und zu verbessern, und macht ihn informierter, unabhängiger und anspruchsvoller. Darüber hinaus ermöglichen Digital-Health-Daten den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen maßgeschneiderte Lösungen mit personalisierter Behandlung und Medikation.

Digitale Lösungen können die Effektivität und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems mit all seinen Beteiligten verbessern und bergen ein Potenzial von 34 Mrd. EUR, ca. 30% hiervon entfallen alleine auf die Krankenkassen.¹ Allerdings fehlt bislang ein nachhaltiges Geschäftsmodell für die Anbieter dieser Lösungen, meist kleine Start-ups.

Abhilfe schaffen könnte der Aufbau einer innovativen Plattform, die Start-ups vernetzt und ihre Aktivitätsdaten mit Ergebnisdaten aus dem Gesundheitswesen zusammenführt. Entsprechende ergebnisbasierte Vergütungsmodelle ermöglichen die Etablierung tragfähiger Geschäftsmodelle – und können damit substantiell zum Aufbau innovativer Digital-Health-Lösungen im deutschen Gesundheitswesen beitragen.

Doch wer ist am besten geeignet, ein solches Gesundheitsökosystem aufzubauen und voranzutreiben? Was kostet das? Was verlangen die Start-ups für eine Teilnahme? Welche Potenziale bleiben für die Krankenkassen nach Abzug von Kosten und Realisierungsabschlägen übrig? Wie lässt sich das Ökosystem für Versicherte so nützlich wie möglich gestalten? Diesen Fragen gehen wir im Folgenden nach.

Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen

Digital Health gleicht heute noch einem bunten Strauß an unabhängig voneinander existierenden Einzellösungen. Das ist nicht nur unübersichtlich für die Nutzer, sondern verhindert auch, dass die digitalen Angebote ihre Vorteile voll ausspielen können. Die Lösung könnte ein Gesundheitsökosystem sein, das alle Anwendungen sinnvoll bündelt.

Digital Health umfasst eine Vielzahl von Einzelanwendungen

Das Potenzial digitaler Gesundheitslösungen wird in der EU auf mehr als 150 Mrd. EUR geschätzt. In Deutschland beträgt das Potenzial ca. 34 Mrd. EUR; rund ein Drittel davon würde durch Digital-Health-Lösungen erschlossen (siehe Schaubild 1). Die Kosten für die Realisierung dieser positiven Effekte sind dabei jedoch nicht berücksichtigt (zur Abgrenzung von Digital Health und E-Health siehe auch Artikel A2 „Wenn Offline und Online ineinandergreifen – hybriden Behandlungspfaden gehört die Zukunft“).

Sowohl etablierte Akteure als auch Neueinsteiger überschwemmen den Markt geradezu mit neuen, verbesserten Lösungen. Die Nutzer können zugreifen auf mehr als 325.000 Gesundheitsanwendungen zu den Themen Fitness/Schönheit, Krankheitsprävention/-management, persönlicher Gesundheitszustand, Verwaltung von Krankenakten, Interaktionen mit Anbietern von Gesundheitsdiensten etc.² Diese digitalen Dienste sind einfach zu nutzen und wirken vertraut, da die Menschen sie inzwischen aus anderen Bereichen wie dem Bankensektor kennen. Weil digitale Angebote immer zahlreicher und ausgefeilter werden, nehmen die Nutzer die neuen Angebote tatsächlich in Anspruch, sofern sie die Anforderungen des Einzelnen an Sicherheit und Datenschutz erfüllen.

¹ S. Hehner, S. Biesdorf, M. Möller, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, Digital McKinsey, 2018

² <https://research2guidance.com/325000-mobile-health-apps-available-in-2017/>

Und dennoch: Im Bereich Digital Health lässt der große Durchbruch auf sich warten, da neue Anbieter vor einige Herausforderungen gestellt sind:

- Die Akteure der Digital Health können aus den bei Patienten generierten Einnahmen im App-Store nur selten ein florierendes und nachhaltiges Geschäftsmodell aufbauen. Alternative Einnahmequellen stehen den App-Anbietern meist nicht zur Verfügung, da Ärzte und Krankenkassen bisher nicht für die Lösungen zahlen.
- Der Wert für das Gesundheitssystem lässt sich nur schwer abschätzen. Wie wirkt es sich z.B. auf den individuellen Gesundheitszustand oder

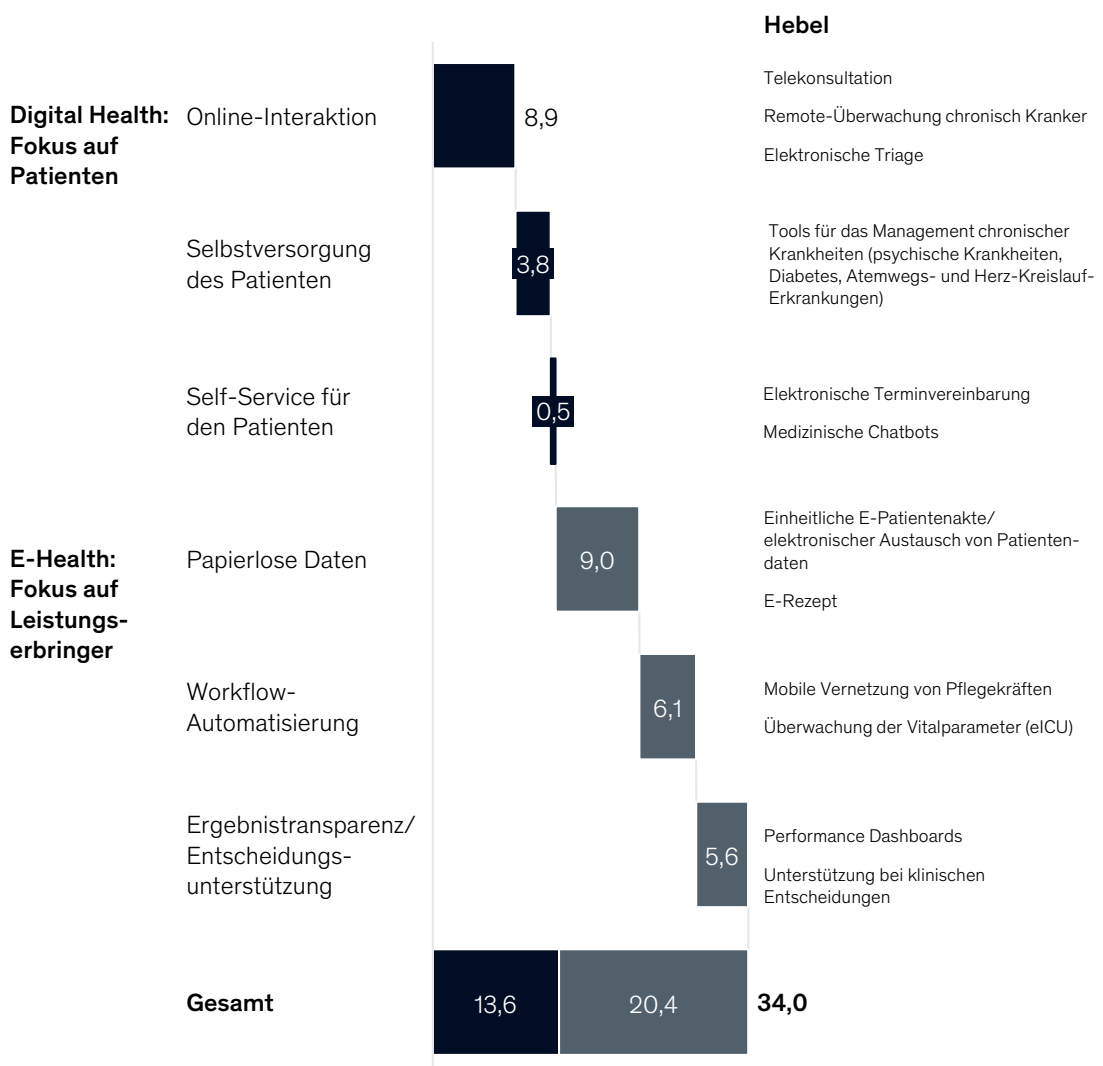
die Kosten aus, wenn Patienten für ihr Diabetesmanagement eine App nutzen? Um diese Frage zu beantworten, müssten Aktivitätsdaten aus Digital-Health-Apps mit Ergebnisdaten aus dem Gesundheitssystem verknüpft werden. Bislang gibt es dafür jedoch keine wirksamen Methoden.

- Start-ups haben Schwierigkeiten, ihr volles Wertschöpfungspotenzial zu realisieren, weil sie in der Regel punktuelle Lösungen für spezifische Patientenbedürfnisse schaffen. Ihre mobilen Anwendungen erfüllen ein einzelnes Bedürfnis, sind leicht verständlich und bieten eine bestimmte eigenständige Leistung an. Da sie aber nicht in das Gesundheitssystem integriert

Schaubild 1

Das Potenzial digitaler Lösungen beträgt 2018 ca. 34 Mrd. EUR

Möglicher Nutzen digitaler Lösungen 2018, in Mrd. EUR



Quelle: BMI; Statistisches Bundesamt; McKinsey-Analyse; S. Hehner, S. Biesdorf, M. Möller, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, Digital McKinsey, 2018

sind, können sie weder für die Patienten noch für das Gesundheitssystem ihren vollen Wert entfalten, z.B. in Form personalisierter Empfehlungen für den Patienten auf Basis seiner gesamten Krankengeschichte.

- In der komplexen Dynamik der Gesundheitsmärkte können technologische Innovationen allein die Nutzer nicht davon überzeugen, dass eine App ihr Leben wirklich positiv beeinflussen wird. Dafür ist ein hoher Marketingaufwand notwendig.
- Die Anbieter haben es noch nicht geschafft, Daten und Informationen auf einer Plattform zusammenzuführen und sie zu nutzen, um das Leben und die Gesundheit der Patienten messbar zu verändern, u.a. auf Grund von Einschränkungen durch Datenschutz und das Sozialgesetzbuch. Gleichzeitig zögern die Beteiligten, ihre Daten zu teilen: Die Anbieter von E-Health-Lösungen haben z.B. keinen Anreiz, ihre Daten den Anbietern von Digital-Health-Lösungen zugänglich zu machen.

Die Anzahl monatlich aktiver Nutzer (MAUs, Monthly Active Users) der erfolgreichen Digital-Health-Lösungen innovativer Start-ups in Deutschland ist daher weiterhin sehr niedrig. So weisen 10 der 28 analysierten Apps weniger als 1.000 MAUs auf.³ Dies ist einerseits zurückzuführen auf die Fokussierung auf sehr spezielle Krankheiten (z.B. „Vision Health – Kata“ zur Lungeneinhalationshilfe), andererseits auf den geringen Bekanntheitsgrad bei den Patienten.



Interview mit Katharina Jünger, ab Seite 50
Gründerin von TeleClinic

„In unserem Gesundheitssystem bremsen sich die unterschiedlichen Interessengruppen gegenseitig aus. In den gegenwärtigen Strukturen sind grundlegende Neuerungen nahezu unmöglich.“ #DigitaleGesundheitsversorgung

Um das Potenzial von Digital Health auszuschöpfen, müssen nicht nur Start-ups, sondern alle Akteure eingebunden werden und einen Nutzen in Digital-Health-Lösungen erkennen können. Patienten brauchen kuratierte Dienste bzw. Anwendungen und müssen davon überzeugt werden, dass die Nutzung für sie von Vorteil ist. Anbieter und Mediziner müssen die Anwendungen in ihre Arbeitsabläufe integrieren und daraus einen Mehrwert ziehen, z.B. durch eine bessere Patientenbindung. Die Krankenkassen schließlich müssen beiden Seiten

Anreize für die Nutzung der Anwendungen geben, um die Gesundheitskosten zu senken und ihren Versicherten bessere Dienstleistungen anzubieten.

Wie aber lassen sich diese Herausforderungen bewältigen? Wie lässt sich das volle Potenzial von Digital Health erschließen und wer kann dies initiieren?

Ein digitales Ökosystem formt aus Einzelanwendungen eine Einheit

Ein leistungsfähiges Ökosystem kann unterschiedliche Technologiekomponenten und Datenquellen miteinander verbinden und ein Netzwerk schaffen, das ein leistungsstarkes Angebot für die Patienten ermöglicht und das Gesundheitssystem besser funktionieren lässt.

Die einzelnen Komponenten eines solchen Ökosystems existieren bereits; sie müssen aber noch zu einem Ganzen verknüpft werden (siehe Artikel A2 „Wenn Offline und Online ineinandergreifen – hybriden Behandlungspfaden gehört die Zukunft“). Wir gehen davon aus, dass Patienten in einem solchen System nicht nur von einer digitalen Lösung zur nächsten überwiesen werden, sondern dass eine digitale Lösung einen Patienten auch an traditionelle Anbieter im Gesundheitswesen verweisen kann. Die zusätzlichen Daten werden auch hier nützlich sein, wenn der Arzt in der Lage ist, die Informationen in Diagnose- oder Behandlungsentscheidungen einzubeziehen. Dies würde einen greifbaren Mehrwert im Gesundheitssystem schaffen.

Ein Ökosystem unterstützt die Integration von Digital-Health-Lösungen in die bestehende Infrastruktur in zweierlei Hinsicht:

- Eine zentrale Plattform mit klaren Standards für die Datenverwaltung, die mit Daten aus dem Gesundheitssystem (z.B. zu individuellen Leistungsansprüchen) vorbefüllt ist, kann den Entwicklern von Digital-Health-Anwendungen helfen, Patienten eine optimale Customer Experience zu bieten.
- Patientengenerierte Daten, die in das Gesundheitssystem zurückgeführt werden, können die integrierte Versorgung und die Navigation des Systems verbessern sowie miteinander abgeglichen werden, um die Wirksamkeit spezifischer Interventionen zu bewerten.

³ Priori Data

Der Schlüssel zum Erfolg eines solchen Ökosystems ist die Einbindung der Patienten: Sie müssen im Mittelpunkt der Lösung stehen. Ein Ökosystem funktioniert nur dann, wenn die Patienten ihm vertrauen und den Wert der gemeinsamen Nutzung ihrer Daten und der Angebote verstehen. Der Patient als Dreh- und Angelpunkt hilft bei der Ausrichtung der Anreize, da sich die gemeinsame Nutzung von Daten für beide Seiten lohnt: Ein Patient, der der gemeinsamen Nutzung seiner Daten zustimmt, profitiert auch von den damit verbundenen Vorteilen. Ein System, das sich nicht um den Patienten dreht, ist zum Scheitern verurteilt – ebenso eines, das keine ausgewogenen Anreize für alle schafft.

Damit ein solches Ökosystem entstehen kann, müssen bestimmte Gestaltungselemente miteinander kombiniert werden. Es benötigt einen Orchestrator, der Datenquellen zusammenführt und im Gesundheitssystem an zentraler Stelle sitzt. Zudem muss klar sein, welcher Wert für jede beteiligte Partei generiert wird, um die Anreize aufeinander abzustimmen.

Der Aufbau eines Ökosystems erfordert eine Infrastruktur, die es den Beteiligten ermöglicht, Daten auszutauschen, die von einer vertrauenswürdigen Partei zur Verfügung gestellt sowie verwaltet werden. Die Grundlage bilden ein patientenzentriertes Gateway mit Basisfunktionalitäten im Partnermanagement (wie Authentifizierung und Autorisierung von Patienten) sowie Digital-Health-Lösungen mit standardisierten, extern dokumentierten Application Programming Interfaces (APIs). Diese ermöglichen eine Integration von Ökosystempartnern mit geringem Aufwand und entsprechenden Standard-Workflows.

Die Grundlagen eines solchen Ökosystems sind auf Skalierbarkeit ausgelegt, z.B. durch die Verwendung medizinischer Cloud-Funktionen und skalierbarer IT-Grundlagen wie der Containerisierung. So kann es von der Dynamik „zweiseitiger“ Märkte⁴ profitieren: Eine größere Anzahl von Angeboten zieht neue Patienten an und mehr Patienten ziehen wiederum eine größere Anzahl von Dienstleistungsanbietern an.

Die aktuellen Gesetzesänderungen im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) zwingen Krankenkassen dazu, sich weiterzuentwickeln. Dies umfasst einerseits den Einsatz digitaler Dokumentationsformen

(z.B. die E-Patientenakte oder das E-Rezept) und andererseits die Anerkennung und Kostenübernahme von digitalen Gesundheitsangeboten (mehr dazu finden Sie im Artikel A1 „Neue Spielregeln im Markt für Gesundheits-Apps – was Kassen zum Digitale-Versorgung-Gesetz wissen sollten“). Diese Entwicklung stärkt die Position der Krankenkassen bei Aufbau und Betrieb eines Ökosystems.

Schlüsselaspekte bei der Realisierung eines Ökosystems

Beim Aufbau eines Ökosystems sind verschiedene Aspekte zu beachten: Welches sind die wichtigsten Hebel zur Realisierung des Potenzials? Unter welchen Bedingungen ist die Plattform für Start-ups attraktiv? Mit welchen Kosten ist der Aufbau des Ökosystems verbunden? Wie gestalten sich die Business Cases der Plattform?

Krankenkassen können beträchtliche Potenziale erschließen

Vom Potenzial digitaler Lösungen in Höhe von rund 34 Mrd. EUR entfallen Anwendungsfälle mit einem Volumen von rund 30% bzw. 10,3 Mrd. EUR auf die Krankenkassen. Ergänzt um Anwendungsfälle, deren Potenzial zu einem Teil auf die Krankenkassen entfällt, ergibt sich ein Potenzial von 12,7 Mrd. EUR (siehe Schaubild 2). Potenziale im Bereich „Self-Service für Patienten“ entfallen komplett auf andere Akteure wie Ärzte. Diese Betrachtung inkludiert aus Sicht der Krankenkassen allerdings noch nicht die Realisierungs- und Nutzungskosten digitaler Anwendungen, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Vom gesamten Potenzial für Krankenkassen in Höhe von 12,7 Mrd. EUR lassen sich 4 bis 6 Mrd. EUR in 29 Anwendungsfällen durch die Integration von Apps in ein Ökosystem realisieren (siehe Schaubild 3). Das Potenzial liegt zu jeweils 50% bei Digital Health und E-Health.

Zu beachten ist, dass Krankenkassen auch eigene Apps in ein Ökosystem einbinden können und nicht zwangsläufig auf Apps von Start-ups oder anderen Drittanbietern zurückgreifen müssen. Zahlreiche Beispiele belegen allerdings, dass die Customer Experience und damit die Nutzeranzahl von krankenkasseneigenen Apps meist nicht die der Apps von Drittanbietern erreicht.

⁴ Im Zuge der digitalen Transformation wird dem Konzept der „zweiseitigen Märkte“ (Two-Sided Markets) eine hohe Aufmerksamkeit zuteil. Das Internet und andere digitale Technologien ermöglichen zweiseitigen Märkten ein enormes Wachstum und einen größeren Anwendungsbereich in unterschiedlichen Branchen, da in vielen Fällen die Transaktionskosten gegen null gehen und so die Nutzung des zweiseitigen Marktes erleichtern.

Wichtigste Hebel zur Realisierung der Potenziale sind identifiziert

Schlüssel für die Realisierung des Potenzials ist eine hohe aktive Nutzerzahl. Wie aber kann diese erreicht werden? Gründer und Führungskräfte von sieben führenden Healthcare-Start-ups in Deutschland (TeleClinic, Temedica, Selfapy, mySugr, smartpatient, moodpath, ada) haben in Interviews die aus ihrer Sicht und Erfahrung wesentlichen Hebel genannt:

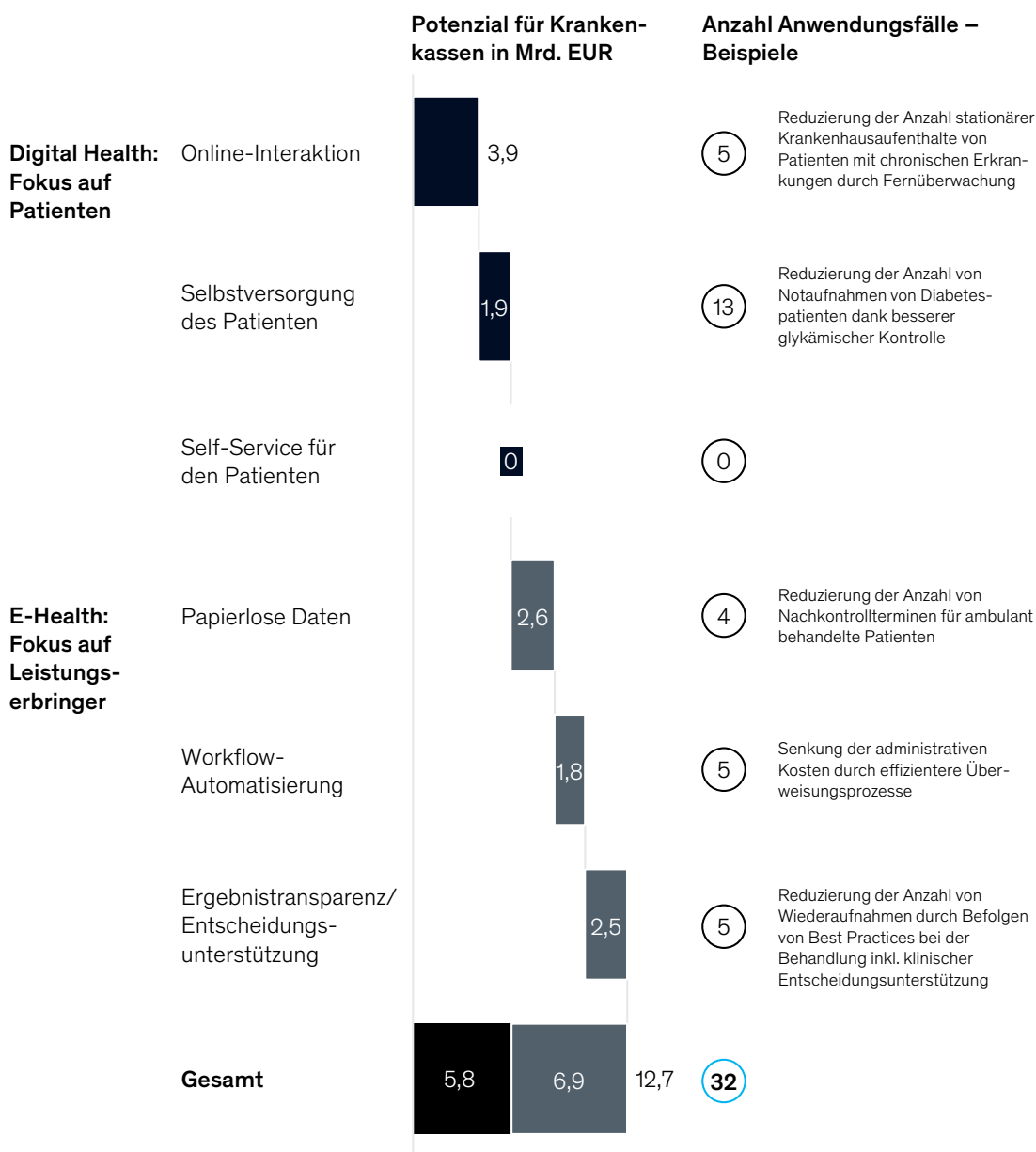
- *Customer Experience.* Die Patientenreise muss sich nahtlos von der Diagnose über die Konsultation des Arztes bis zur Belieferung

durch die Online-Apotheke erstrecken. Die Kontaktaufnahme zu Patienten erfolgt an häufigen Touchpoints, von dort werden diese zu potenzialträchtigen Angeboten geführt. Die Authentifizierung läuft für alle Angebote des Ökosystems einheitlich und rein digital ab.

- *Kostenfreiheit.* Den Versicherten dürfen bei der Nutzung des Ökosystems keine Mehrkosten entstehen. Ebenso wenig sollten Versicherte in Vorleistung gehen müssen.
- *Marketing.* Ein intensives Marketing ist in der Online-Welt essenziell, um Aufmerksamkeit zu

Schaubild 2

Bei der Analyse der Digitalisierung im Gesundheitswesen wurden 32 Anwendungsfälle mit Potenzial für Krankenkassen identifiziert



Quelle: S. Hehner, S. Biesdorf, M. Möller, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland, Digital McKinsey, 2018

generieren und die Vorteile der Nutzung überzeugend darzustellen.

- *Angebotsspektrum.* Das Angebot des Gesundheitsökosystems sollte im Hinblick auf seine Zielgruppen möglichst breit gefächert sein.
- *Performance-basierte Vergütung der Start-ups.* Hier ist abzuwägen zwischen der Einfachheit und der Genauigkeit der Berechnung des Mehrwerts bzw. des erreichten Potenzials. Ein Mittelweg könnte die Vergütung nur für aktive Nutzer sein, z.B. mindestens zweiwöchige Nutzung des Angebots, aber keine Vergütung für eine einmalige Nutzung. App-Bewertungen könnten ebenfalls in die Kalkulation einfließen. Die Performance-Kalkulation mit Vergleichsgruppen ist dagegen sehr aufwändig und kann nur zeitverzögert erfolgen.
- *Datentransfer.* Der Datentransfer zwischen den Beteiligten des Ökosystems schafft einen Mehrwert sowohl für die Versicherten und ihre Customer Experience als auch für die übrigen Teilnehmer, die vom Zugriff auf die Daten und

deren Anreicherung profitieren. Zu berücksichtigen sind dabei selbstverständlich die Vorgaben des Datenschutzes.

- *Personalisierung.* Eine personalisierte Filterung der Angebote nach einfachen Merkmalen wie Alter, Geschlecht etc. ist für die Nutzer zunächst ausreichend. Der Mehrwert, der durch Personalisierung anhand von Gesundheitsdaten entsteht, dürfte eher gering ausfallen.
- *Anreize für Ärzte.* Monetäre Anreize können helfen, Ärzte zur Teilnahme am Ökosystem zu bewegen. Ärzte sind allerdings gegenüber Kontrollmöglichkeiten durch Krankenkassen meist sehr sensibel. Zudem stehen viele von ihnen der Idee eines Gesundheitsökosystems eher kritisch gegenüber auf Grund von Zeitmangel sowie Vorbehalten gegen neue Technologien und eine Datenintegration in das Arztsystem.

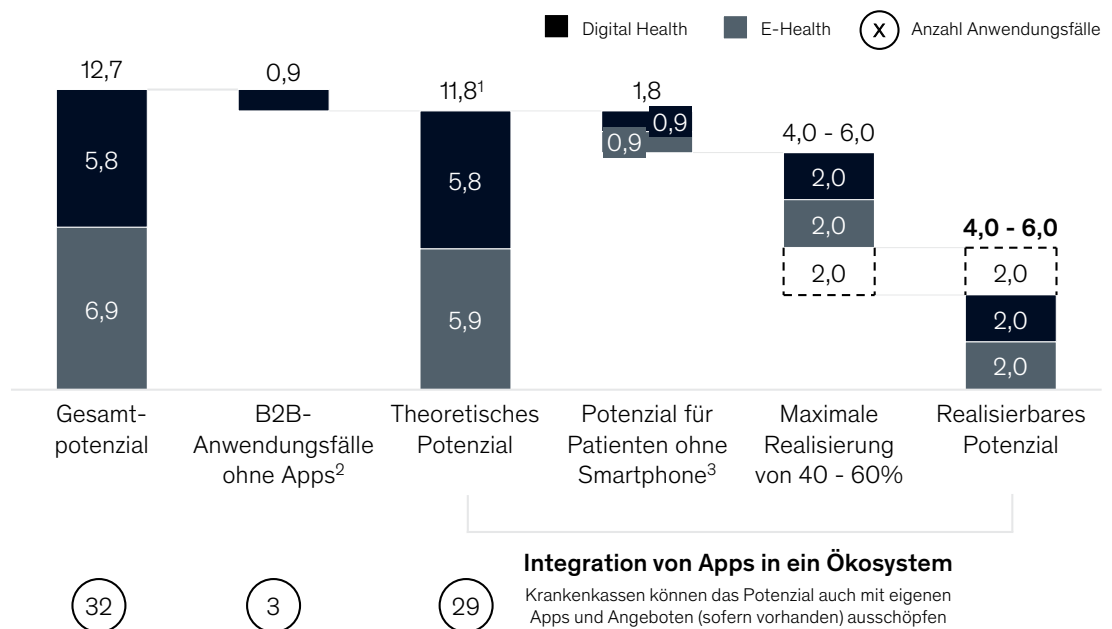
Start-ups knüpfen ein digitales Ökosystem an Bedingungen

Alle interviewten Start-ups bewerten die Idee eines digitalen Ökosystems grundsätzlich positiv.

Schaubild 3

Krankenkassen können 29 Anwendungsfälle adressieren, wenn sie Apps von Start-ups in ein Ökosystem aufnehmen – Potenzial von 4,0 - 6,0 Mrd. EUR

Potenzial für Krankenkassen in Deutschland, in Mrd. EUR, 2018



¹ Zahlen teilweise gerundet

² Bspw. KI-gestütztes Bildverstehen

³ Annahme: 15% aller Deutschen besitzen kein Smartphone

Quelle: McKinsey-Analyse

Kleine „Machbarkeitsnachweise“ und Pilotprojekte oder die Anbindung an eine stark fragmentierte Ökosystem-Landschaft mit vielen Plattformen gelten jedoch als nicht lohnenswert. Stattdessen ist eine mittel- bzw. langfristige Rendite für die Start-ups entscheidend. Vor diesem Hintergrund können sich die Interviewpartner unter folgenden Voraussetzungen eine Partizipation am Ökosystem vorstellen:

- *Marketing.* Gefordert wird ein hoher Marketingaufwand, da dieser in der Online-Welt notwendig ist – er wird etwa drei Mal so hoch sein wie die Kosten für den Plattformaufbau. Das Marketing kann entweder gemeinsam oder vom Betreiber des Ökosystems übernommen werden. Voraussetzung bei den Krankenkassen ist das Vorhandensein eines digitalen Kanals zu den Versicherten. Die größte Wirkung dürfte eine Kombination von On- und Offline-Werbung erzielen, Letztere auch mit Hilfe speziell geschulter Kundenberater.
- *Technologie.* Die Start-ups präferieren eine einfache Anbindung über APIs.
- *Vergütung der Start-ups.* Denkbar ist entweder eine Vergütung direkt ab der Pilotphase je Nutzer, was vor allem kleinere Start-ups favorisieren, oder ein hohes, mindestens sechsstelliges Ökosystem-Marketingbudget, um die Nutzeranzahl signifikant zu erhöhen. Darüber hinaus fordern die Start-ups, ihre Lösung auch außerhalb des Ökosystems anbieten zu dürfen.
- *Daten.* Die anfallenden Daten sollten innerhalb der Datenschutzrichtlinien in aggregierter Form nutzbar sein für Analysen oder für gemeinsame Geschäftsmodelle mit Pharmaunternehmen.
- *Stabilität des Anbieters.* Der Ökosystem-Anbieter sollte die Langfristigkeit seines Vorhabens glaubhaft machen können, da anderenfalls eine Investition für Start-ups nicht attraktiv ist.
- *Möglichkeit zum Nutznachweis.* Der Anbieter des Ökosystems sollte einen Nutznachweis durch Datenbereitstellung ermöglichen, da dieser anderweitig nur schwer zu erbringen ist (außerhalb des Ökosystems ist der Nutznachweis durch Einzelstudien kaum möglich).

Auch wenn hier nur Start-ups betrachtet wurden, ist darauf zu achten, dass alle Akteure entsprechende Anreize erhalten oder ihnen zumindest keine Nachteile oder Aufwände durch die Teilnahme am Ökosystem entstehen. Servicequalität und Innovationskraft des Ökosystems profitieren davon, dass

Anbieter ähnlicher digitaler Services miteinander im Wettbewerb stehen und zur Weiterentwicklung der Services intrinsisch motiviert sind.

Die Kosten für ein Ökosystem entfallen auf drei Bereiche

Die Kosten für das Ökosystem lassen sich drei Blöcken zuordnen.

Plattformkosten

Der größte Block umfasst die Kosten für Aufbau und Betrieb der Plattform einschließlich Marketing. Die Konzeption der digitalen Plattform ist mit einem erheblichen technologischen Aufwand verbunden, u.a. da möglicherweise ein externer Dienstleister in die Realisierung eingebunden werden muss. Unterkostenblöcke sind die erstmalige Einrichtung der Plattform einschließlich Schnittstellen, Hosting und Wartung von Plattform und Schnittstellen sowie die Anbindung der Apps (siehe Schaubild 4).

Ein internationaler Vergleich hat ergeben, dass die Plattformkosten nach dem Hochlauf des Systems 10 bis 20 EUR pro Nutzer betragen. Experten weisen jedoch darauf hin, dass die Höhe dieser Kosten, deren Fixbetrag und die Skalierungseffekte stark von der individuellen Ausgestaltung der Plattform abhängen. Wir gehen im Folgenden von 15 EUR pro Nutzer aus; dies gilt allerdings nur für große Krankenversicherer und erst nach dem Hochlauf, da dann große Skaleneffekte eintreten (hoher Fixbetrag, wenig nutzerabhängige Mehrkosten).

Anreize für Start-ups

Für die Rückerstattung an Start-ups sind zwei Optionen denkbar: Entweder eine Pauschalgebühr pro Nutzer in Höhe von 10 EUR (oder pro aktiven Nutzer, der z.B. die App zwei Wochen lang genutzt hat) oder eine erfolgsabhängige Gebühr, z.B. 10% des realisierten Potenzials.

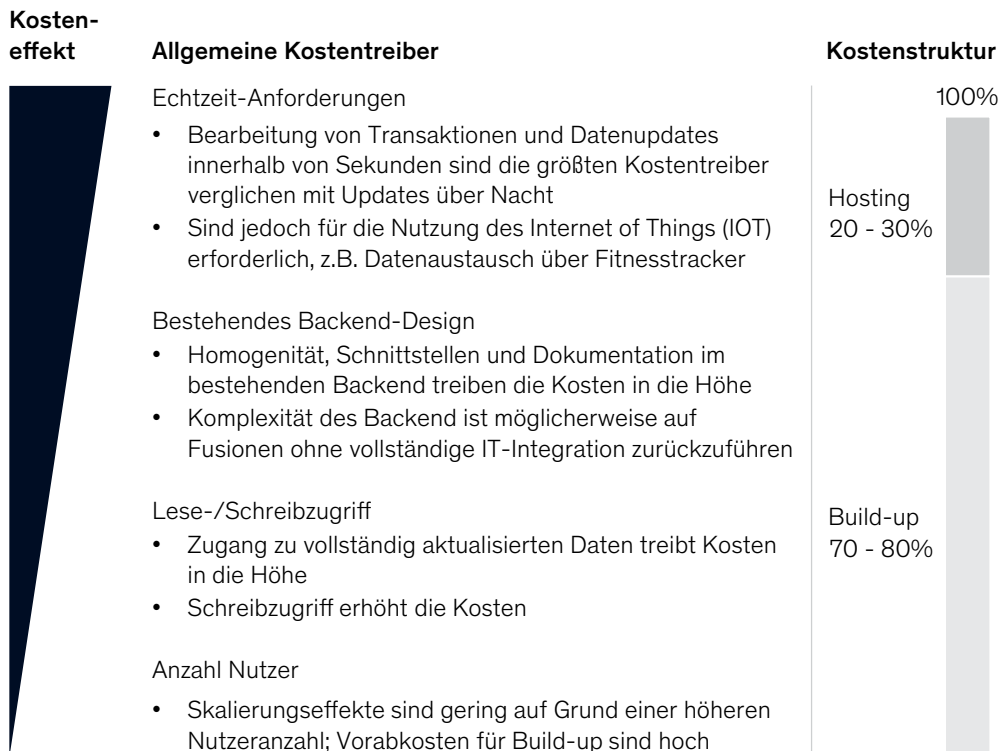
Grundlage ist das DVG, das vorsieht, dass kuratierte Gesundheits-Apps verordnet werden können. Finanziert werden sie durch die Krankenkassen – mit ergebnisabhängigen Zahlungen (außer bei Diagnose-Apps). Die Krankenkassen dürfen bis zu 2% ihrer finanziellen Reserven in Digital-Health-Innovationen investieren. Darüber hinaus gibt es extrabudgetäre Anreize für Anbieter, z.B. für Online-Konsultationen. Auch eine Start-up-Vergütung im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140 a ist möglich, da der Paragraph allgemein „Hersteller von Medizinprodukten“ als mögliche Vertragspartner nennt. Bei diagnostischen Maßnahmen müssen Leistungserbringer (z.B. Ärzte) an dem Vertrag beteiligt sein, während die Verträge sonst auch nur zwischen

Krankenkasse und Hersteller geschlossen werden können. Die Inhalte können dabei frei ausgehandelt werden, darunter auch die Verwaltungspraxis. Weitere Finanzierungsrahmen sind ggf. die Vergütung in der ambulanten Versorgung durch eine Registrierung als Medizinprodukt im Hilfsmittelverzeichnis (HiMiVZ, § 139 SGB V) oder als Teil

einer Behandlung mit EBM-Code (§ 87 SGB V). Möglich sind auch die Vergütung im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 - 20 i SGB V) durch Zertifizierung als Präventionsprogramm bei der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) oder eine antragsbasierte Förderung im Rahmen des Innovationsfonds (§ 92 a SGB V).

Schaubild 4

Die wichtigsten IT-Kostentreiber im Ökosystem sind Echtzeit-Anforderungen und Backend-Design



Internationale Beispiele

Land	Lösung	Kosten je Versicherten, in USD
Estland	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Patientenakten für alle Bürger • Aufbau auf einer sicheren Gateway-Service-Architektur (Hosting von 3.000 E-Services)¹ • 90% E-Rezepte • 95% der Ärzte nutzen die Lösung 	10 ²
Australien	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Patientenakte „MyHealthRecord Project“, um ein nationales zentrales Verzeichnis zu schaffen • Probleme mit Datenschutz und Sicherheit 	50 in den vergangenen 10 Jahren 12 p.a. derzeit
Kanada	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Gesundheitsakte und digitales Gesundheitssystem von Canada Health Infoway • System steht bereits zur Hälfte; die andere Hälfte befindet sich noch in der Entwicklung 	18

¹ http://pro-ehealth.eu/fileadmin/pro-ehealth/casestudies/proehealth_case_report_estonia_ehr.pdf

² <https://www.healthcareitnews.com/news/estonia-launches-10-ehr>

Anreize für Ärzte

Auch für die Bezahlung der Ärzteschaft kommen zwei Optionen in Frage: Entweder eine Pauschalgebühr pro (aktiven) Nutzer oder eine erfolgsabhängige Gebühr, z.B. 20% des realisierten Potenzials.

Der Katalog für die Kostenerstattung für Ärzte (EBM) enthält bereits erste Abrechnungscodes für digitale Dienstleistungen. Die Reform des Erstattungskatalogs (GOÄ) wird voraussichtlich ebenfalls Abrechnungscodes für E-Health enthalten, z.B. für die Interpretation von Daten, die von Gesundheits-Apps gesammelt wurden, für die elektronische Übertragung des Medikamentenplans bzw. von Gesundheitsdaten (z.B. E-Rezept, Vitaldaten und Berichte) sowie für Online- oder Videokonsultationen.

Eine zusätzliche Vergütung für die Nutzung digitaler Dienste (z.B. Videokonsultation) auf der Grundlage von Einsparungen für die Kostenträger kann die Nutzung weiter steigern.

Alle drei Business Cases haben ein positives Ergebnis

Je nachdem, welche Funktionen in einem zukünftigen Gesundheitsökosystem implementiert werden, ergeben sich drei Business Cases. Diese sind abhängig vom erreichten Gesamtnutzungs-Anteil bei Patienten mit Smartphone in Deutschland. Alle drei sind positiv mit einem Wert zwischen 0,8 Mrd. EUR und 3,6 Mrd. EUR über alle Versicherten (siehe Schaubild 5). Dabei wird zur Vereinfachung angenommen, dass die Nutzungsbereitschaft aller Versichertengruppen (Diabetesranke, psychisch Kranke etc.) gleich hoch ist.

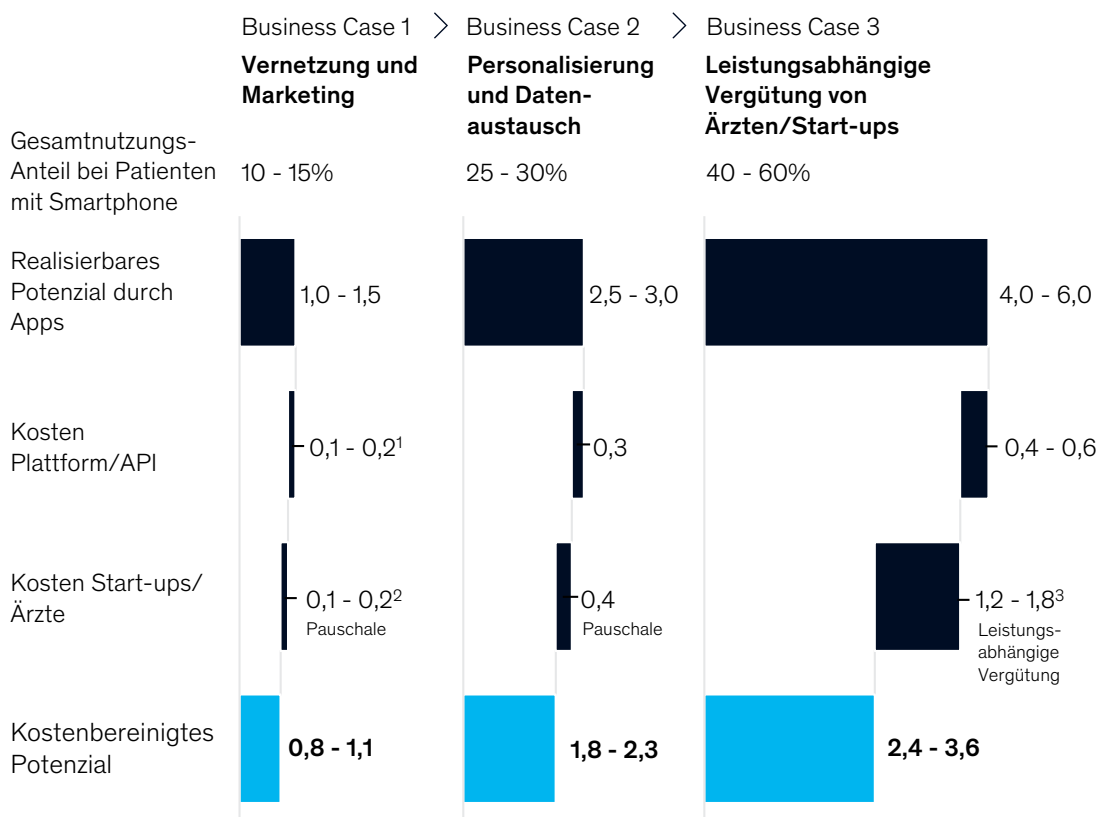
Für einzelne Versicherungen ist dieser Wert entsprechend der Versichertenpopulation zu reduzieren. Drei Punkte sind hier zu beachten:

- Die angenommenen Kosten sind erst nach dem Hochlauf des Systems realistisch

Schaubild 5

Die Integration von Apps in ein Ökosystem und die Implementierung der wichtigsten Elemente bergen ein Potenzial von 3,6 Mrd. EUR

in Mrd. EUR



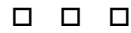
1 Annahme: 10 - 15% adressiert x 70 Mio. Smartphone-Nutzer x 15 EUR pro Person

2 Annahme: 10 - 15% adressiert x 70 Mio. Smartphone-Nutzer x (10 EUR + 10 EUR pro Person)

3 Annahme: (10% für Start-ups und 20% für Ärzte) x (realisiertes Potenzial von 4 - 6 Mrd. EUR)

Quelle: McKinsey-Analyse

- Je nach Größe der Krankenkasse ist nur ein Teil der Potenziale realisierbar (die Berechnung hingegen erfolgte für die Gesamtbevölkerung in Deutschland)
 - Der Business Case hängt stark von der Akzeptanz seitens der Versicherten ab, weshalb Datenschutz und Vertrauenswürdigkeit des Ökosystems höchste Priorität genießen sollten.
- Insgesamt wird es auf Grund der hohen Fixkosten beim Aufbau und der Fixkostendegression bei einer Skalierung hauptsächlich den großen Krankenkassen möglich sein, ein Gesundheitsökosystem zu realisieren. Eine kassenübergreifende Nutzung der Infrastruktur ist insbesondere für kleinere Krankenkassen denkbar, wie Gesundheitsökosystem-Anbieter im PKV-Umfeld bereits zeigen.



Vieles spricht dafür, dass eine zentrale Plattform für die Zusammenführung einzelner Angebote als Katalysator für das Gesamtsystem fungieren wird. Die Krankenkassen sind angesichts ihrer zentralen Rolle im Gesundheitssystem für den Aufbau und Betrieb eines solchen Systems geradezu prädestiniert. Sie sollten deshalb unbedingt erwägen, die Initiative zu ergreifen.

3,6

**Milliarden Euro kostenbereinigtes
Potenzial bei Integration von Apps**

Es wird kein Amazon für Healthcare in Deutschland geben



Katharina Jünger
Gründerin von TeleClinic

TeleClinic wurde 2015 in München gegründet. Via App bietet das Unternehmen Arztgespräche, Rezepte und Krankschreibungen für Patienten in Deutschland an. Das aktuelle Leistungsspektrum beinhaltet eine Vielzahl an Behandlungen, darunter auch typische Akutfälle wie Durchfall, Übelkeit, Erkältung, Fieber und Kopfschmerzen. Zur Fernbehandlung führt TeleClinic Patienten mit Ärzten aus ausgewählten Praxen in Deutschland zusammen, das Gespräch findet per Telefon oder Video statt. Derzeit hat TeleClinic ca. 60 Mitarbeiter und 20.000 Kunden.

Ihr Unternehmen TeleClinic hat sich im Markt für digitale Dienstleistungen bereits zu einer festen Größe entwickelt. Welchen Nutzen bietet Digital Health für das deutsche Gesundheitssystem?

Digital Health ist ja ein sehr weit gefasster Begriff. Am Beispiel des Angebots von TeleClinic lässt sich der Nutzen aber recht einfach beschreiben: In unserem traditionellen Gesundheitssystem kann der Weg zu einem passenden Arzt mühsam sein. Zunächst einmal muss ich als Patient herausfinden, welchen Arzt ich genau brauche. Dann muss ich oft sehr lange auf einen Termin warten. Ist der Tag dann gekommen, verbringe ich noch einmal viel Zeit im Wartezimmer. Sitze ich endlich dem Arzt gegenüber, habe ich häufig das Gefühl, in kürzester Zeit abgefertigt zu werden.

Bei Digital Health ist das anders: Die „Patientenreise“, also der Weg von „ich benötige einen Arzt“ bis „ein Arzt hat mich erfolgreich behandelt“ wird sowohl abgekürzt als auch optimiert. Kurz gesagt: Mit Digital Health kommen die Patienten schneller zum passenden Arzt.

Profitieren die Patienten auch über die Vermittlung eines Arztes hinaus von dieser Form der Behandlung?

Absolut. Die Patienten gewinnen zum einen die oft vermisste Transparenz. In unserer App steht beispielsweise klar und verständlich, was der Arzt gesagt und empfohlen hat. Zum anderen erhalten die Nutzer die Kontrolle über ihre Daten. Sämtliche Befunde werden in der App zusammengefasst und lassen sich jederzeit abrufen.

An welche Zielgruppen richten Sie Angebote wie TeleClinic und wie sprechen Sie Ihre Zielgruppen an?

Grundsätzlich betrachten wir alle digitalaffinen Versicherten als unsere Zielgruppe. Spontan denken die meisten dann an junge Versicherte – allerdings stellen wir fest, dass Gesundheitsthemen erst für Menschen ab ca. 30 Jahren relevant werden. Das Durchschnittsalter unserer Nutzer liegt bei 43 Jahren. Zu den wichtigsten Nutzergruppen zählen Eltern mit kleinen Kindern und Männer Mitte 40. Aber wie immer bestätigen Ausnahmen die Regel – unser ältester Patient ist um die 80 Jahre alt.

Das Angebot an diese Zielgruppen konzentriert sich zurzeit vor allem auf die Behandlung typischer Akutfälle, unsere Ärzte decken das Spektrum des klassischen Primärversorgers ab. Unser Wertversprechen lautet, den Patienten schnell mit einem Arzt zusammenzubringen, der ihm weiterhelfen kann – das spart Suchaufwand und Wartezeit. Für die Zukunft könnte ich mir die Einbindung von Disease-Management-Programmen in die Plattform vorstellen, um auch chronisch kranken Menschen ein interessantes Angebot zu machen.

„Ende dieses Jahres ist ein Videocall mit einem Arzt so selbstverständlich wie früher ein Praxisbesuch.“

Wechseln wir die Perspektive und schauen zu den Leistungserbringern – welchen Nutzen haben diese von Angeboten wie TeleClinic?

Die Ärzte gewinnen mit dieser neuen Form des Praktizierens Flexibilität und Lebensqualität. An ihrer herkömmlichen Arbeitsform bemängeln Mediziner vor allem den überbordenden administrativen Aufwand und die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wir verstehen das Angebot von TeleClinic als Wegbereiter für einen „New Way of Working“ für alle Beteiligten. Die Ärzte müssen sich z.B. nicht um Praxispersonal und administrative Belange kümmern, sondern können sich ganz auf ihre Patienten konzentrieren. Wenn wir die Ärzte, mit denen wir kooperieren, fragen, warum sie für TeleClinic arbeiten, dann hören wir immer wieder, dass es für sie beruflich erfüllend ist.

Die Krankenversicherungen als weitere Gruppe von Leistungserbringern wandeln sich vom „Payer“ zum „Partner“. Digital Health bietet ihnen umfassende Möglichkeiten, die Versicherten besser zu verstehen. Ein Angebot wie TeleClinic sitzt

genau an der Schnittstelle zwischen beiden Seiten und eröffnet den Krankenversicherungen somit den Zugang zu ihren Versicherten.

Und schließlich erkennen auch mehr und mehr Apotheken den Nutzen digitaler Angebote. Sie wollten lange Zeit die Digitalisierung aus der Medikation heraushalten und merken nun, dass dieser Weg nicht länger gangbar ist. Auch Apotheken profitieren, weil sie unkompliziert an der digitalen Versorgung und am Patientengeschehen partizipieren können.

Das klingt alles sehr positiv. Gibt es Ihrer Meinung nach auch Barrieren, die der Nutzung von Digital-Health-Angeboten im Weg stehen?

Durchaus. Das Tempo, mit dem Digital Health in Deutschland Fuß fasst, ist momentan noch gering. Das Kernproblem besteht darin, dass sich in unserem Gesundheitssystem die unterschiedlichen Interessengruppen bei jeder Änderung gegenseitig ausbremsen. Mit anderen Worten: In den gegenwärtigen Strukturen sind grundlegende Neuerungen nahezu unmöglich. Gebraucht werden Start-ups, die als junge Akteure die erforderlichen Innovationen auf den Markt bringen. Gerade an deren Finanzierung hapert es jedoch oft.

Auch die etablierten Akteure, insbesondere die Krankenkassen, brauchen mehr Handlungsspielräume, um neue Themen zu erproben – selbst wenn dadurch Konkurrenzlösungen entstehen können. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) gibt die richtigen Impulse, um den Wettbewerb auf diesem Gebiet anzukurbeln.

Wie bewerten Sie aktuelle gesetzliche Neuerungen – z.B. das DVG – im Hinblick auf die Annahme von Digital Health?

Eine sehr wichtige Neuerung ist die Aufnahme telemedizinischer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dadurch können Vertragsärzte ihre auf telemedizinischem Weg erbrachten Leistungen abrechnen. Noch ist es allerdings schwierig, dies auf einer Plattform abzubilden. Auch weitere Impulse zur Förderung digitaler Angebote sind wichtig – wir schauen hier aufmerksam auf die angedachten Impulse des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) und des DVG. Insbesondere die Bereitstellung standardisierter Schnittstellen zu den Praxisverwaltungssystemen ist aus unserer Sicht ein wichtiger Baustein bei der weiteren Digitalisierung der Abläufe in und um Arztpraxen.

Werfen wir einen Blick auf das aktuelle Geschehen: Beeinflussen neben den gesetzlichen Neuerungen auch außergewöhnliche Ereignisse wie die Corona-Krise die Weiterentwicklung von Digital Health?

Ich arbeite seit der Gründung von TeleClinic vor fünf Jahren darauf hin, dass unser Gesundheitssystem an die digitalen Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung regulatorisch angepasst wird. Dabei bin ich auf sehr viele Vorbehalte gestoßen. Jetzt ändert sich die öffentliche Wahrnehmung und ich bin sicher: Ende dieses Jahres ist ein Videocall mit einem Arzt so selbstverständlich wie früher ein Praxisbesuch. Die Chancen der Telemedizin sind jetzt offensichtlich. Und jene Akteure im Gesundheitswesen, die bisher skeptisch oder vielleicht auch einfach nur veränderungsscheu waren, öffnen sich jetzt. Weder Ärzte noch Pflegekräfte wollen sich schließlich einer unnötigen Ansteckungsgefahr aussetzen. Und für die Niedergelassenen geht es dabei auch um ihre ökonomische Lebensgrundlage.

Welche Rolle können Unternehmen wie TeleClinic in Ausnahmesituationen wie dieser übernehmen?

Wir können und wollen eine sehr große Rolle spielen. Seit dem 12. Februar bieten wir kostenfreie Beratungen an für Menschen, die befürchten, sich mit dem Corona-Virus infiziert zu haben. Unser Ziel ist es, die Krankenhäuser zu entlasten, die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen und die vielen Menschen, die in Sorge sind, zu unterstützen.

Wie zuversichtlich sind Sie also, was die weitere Entwicklung von TeleClinic angeht?

Die Corona-Krise erhöht den Anpassungsdruck, sie macht uns deutlich, dass wir heute globalisierter und vernetzter leben. Diesen Anstoß zum Umdenken halte ich für eine große Chance. Nach der Krise werden wir wesentlich klarer sehen, was für ein Gesundheitssystem unsere Gesellschaft für die Zukunft braucht.

Langfristig wird sich nach meiner Einschätzung in jedem Markt der Welt ein dominanter Anbieter von Telemedizin etablieren – das hängt mit dem Erfordernis einer starken Plattform zusammen, die sich

nur bei entsprechender Größe rentabel betreiben lässt. Dass sich ein „Amazon für Healthcare“ herauskristallisiert, also ein global agierender Anbieter, halte ich dagegen für weniger wahrscheinlich. Die Größenordnungen, die globale Tech-Unternehmen für ein erfolgreiches Geschäftsmodell benötigen, lassen sich nur schwer mit dem verbinden, was den Erfolg von Telemedizin-Anbietern letztlich ausmacht: Eine 100%ige Passgenauigkeit mit dem Gesundheitssystem des jeweiligen Marktes.

Wenn Sie zum Abschluss noch einmal die Vorteile der Telemedizin zusammenfassen sollten, ...

... dann würde ich vor allem die Aspekte Convenience, ortsungebundener und rascher Zugang sowie Unterstützung beim Erfüllen des Sicherstellungsauftrags hervorheben. Daher stellt sich meines Erachtens auch nicht die Frage, ob man Telemedizin überhaupt braucht, sondern wie man sie am effektivsten anbieten kann. Der Abschluss von Selektivverträgen, den auch das DVG in den Vordergrund rückt, ist hier eine gute Möglichkeit. Insgesamt bin ich zuversichtlich, dass Digital Health in Deutschland weiter Fuß fassen wird.





Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt



B

Auf den folgenden Seiten befassen wir uns – nach einem Überblick über die wichtigsten Branchentrends – mit aktuellen Entwicklungen im GKV-Markt anhand detaillierter Marktanalysen auf Ebene der Kassenarten, also für vdek, AOK, BKK und IKK. Erkenntnisse zur Knappschaft, bei der es sich um eine Einzelkasse handelt, werden nicht gesondert dargestellt.

Zwei Bereiche stehen im Mittelpunkt der Ausführungen:

- *Entwicklung des Wettbewerbs im GKV-Markt.* Wie hat sich die Anzahl der Kassen in den vergangenen Jahren entwickelt? Wie haben sich die Marktanteile der Kassenarten verändert, wie die Versichertenzahlen und -strukturen?

- *Entwicklung der Kassenergebnisse.* Welche Entwicklung nehmen die KJ1-Ergebnisse? Wie haben sich die Leistungsausgaben nach Kassenarten und Bereichen verändert? Wie stark weichen Leistungsausgaben von den morbiditätsgerecht zu erwartenden Ausgaben je Leistungsbereich ab? Wie korrelieren Versicherungszuwachs und Höhe des Zusatzbeitrags?

Als Datenbasis wurden öffentlich zugängliche Informationen herangezogen, z.B. die Versicherten- und Mitgliederstatistik KM6, Kassenergebnisse nach KJ1 oder Veröffentlichungen nach § 305 b SGB V.

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Die GKV-Landschaft befindet sich nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen in einer vergleichsweise stabilen Phase. Zu verzeichnen sind lediglich fortgesetzte Konsolidierungsaktivitäten und entsprechend anorganisches Wachstum der durchschnittlichen Versichertenzahl je Kasse bei den BKKen. AOK und vdek decken als annähernd paritätische Marktführer nach Versichertenzahlen fast 80% des Marktes ab. Der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV liegt weiterhin stabil bei rund 88%.

Entwicklung der Kassenergebnisse

Seit 2016 konnten zwar alle Kassenarten positive KJ1-Ergebnisse erzielen, allerdings mit erheblichen Unterschieden bei den Leistungsausgaben, einem der Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses. Nur die AOK hatte im Jahr 2018 Gesamtleistungsausgaben, die um 1,7% bzw. 57 EUR je Versicherten spürbar geringer ausfielen, als gemäß ihrer Morbidität zu erwarten war. Entsprechend lag der Zusatzbeitrag bei der AOK 2018 mit 0,96% deutlich unter dem Durchschnitt

der nicht rein betriebsinternen Kassen von rund 1,1%. Alle anderen Kassenarten gaben mehr für Leistungen aus, als morbiditätsgerecht zu erwarten war. Zugleich erhoben sie 2018 einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag.

Altersstruktur und Leistungsausgabenniveau

Die absolute Höhe der Leistungsausgaben je Versicherten ist ein Abbild der Altersstruktur einer Kasse. Die AOK, deren Leistungsausgaben im Jahr 2018 rund 4% über dem GKV-Schnitt lagen, versichert einen überdurchschnittlichen Anteil an über 80-Jährigen, jedoch mit klarer Stärkung der jüngeren Altersgruppen im Vergleich zum Jahr 2017. Bei BKK und IKK liegen sowohl der Anteil der über 70-Jährigen als auch die jeweiligen Leistungsausgaben unter dem Durchschnitt. Beim vdek decken sich Altersstruktur und absolutes Leistungsausgabenniveau nahezu mit den entsprechenden Werten der GKV; die durchschnittlichen Leistungsausgaben weichen um 0,5% vom GKV-Schnitt ab.

Aktuelle Entwicklungen (vor der COVID-19-Pandemie)

Nach Überschüssen von fast 2 Mrd. EUR im Jahr 2018 erwartet die GKV ein milliardenschweres Defizit in Höhe von rund 1,6 Mrd. EUR. Die wichtigsten Gründe für diese Entwicklung sind ein Anstieg der Leistungsausgaben, Gesetzesänderungen zur Verbesserung der Versorgung und der politisch gewollte Abbau der Rücklagen und Betriebsmittel der Kassen.

~ 88%

ist der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV

~ 1,1%

beträgt der Zusatzbeitrag im GKV-Schnitt 2018



Wettbewerbstrends

B1

Die Entwicklung der GKV seit 2015 unterliegt – neben den demografischen Veränderungen, die alle Kassen betreffen – im Wesentlichen vier Trends (siehe Schaubilder 1 bis 11):

- *Anzahl der Kassen bleibt stabil.* Eine längere Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform im Jahr 2007 weicht einer gewissen Stabilität – die Anzahl der Kassen ist in etwa gleich geblieben. Lediglich die BKKen verzeichnen noch vereinzelte Konsolidierungen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit. Es bleibt abzuwarten, ob die 2019 stark gestiegenen Leistungsausgaben je Versicherten zu erneuten Fusionen führen werden.
- *Marktanteile von GKV und PKV bleiben konstant.* Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit rund zehn Jahren stabil bei 88% liegt, nimmt der Anteil an Zusatzversicherungen kontinuierlich zu. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre steigt deren Anteil seit 2012 um rund 2% pro Jahr. Daran zeigt sich ein erhöhtes Bedürfnis der Versicherten nach Gesundheitsabsicherung.
- *Bundesweit vertretene Kassenarten gewinnen Marktanteile.* vdek und AOK verfügen mittlerweile über einen gemeinsamen Marktanteil

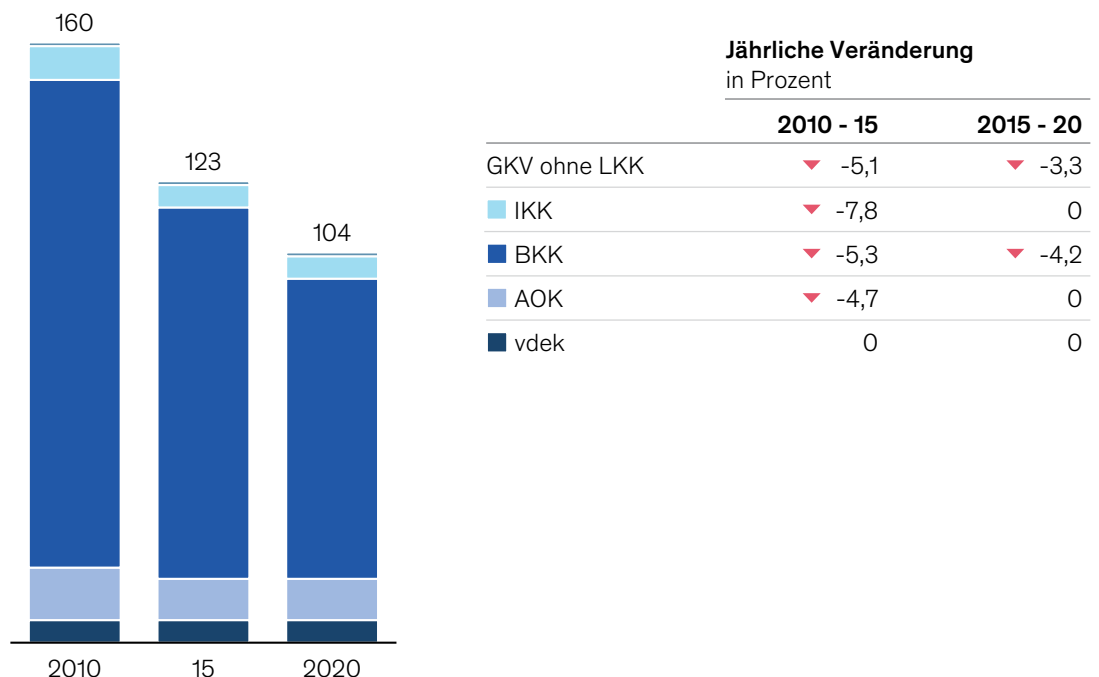
(nach Versicherten) von nahezu 80%. Das hat den Wettbewerbsdruck auf die übrigen Kassenarten spürbar erhöht – mit unterschiedlichen Auswirkungen: Bei den BKKen nimmt die durchschnittliche Anzahl an Versicherten je Kasse infolge von Fusionen zu, bei IKKen schwindet die Versichertenzahl beständig. Dies dürfte vor allem auf die allgemeine Kassenöffnung zurückzuführen sein, die die ehemals handwerks- und industriebezogenen Kassenarten um kritische Wettbewerbsvorteile gebracht hat. Wichtigstes Standbein dieser Kassen sind nun die Stammversicherten, deren Durchschnittsalter aber kontinuierlich steigt.

- *Versichertenstruktur ähnelt sich zunehmend.* Wenngleich es zwischen den Kassenarten noch Unterschiede in der Versichertenstruktur gibt, so hat sich diese in den vergangenen Jahren doch stark angeglichen. Erwartungsgemäß steigt der prozentuale Anteil von Versicherten ab 50 Jahren bei allen Kassenarten auf Grund der demografischen Entwicklung im Vergleich zu 2009, allerdings unterschiedlich stark. Deshalb ist der Anteil älterer Versichter (50 Jahre plus) nun sehr ausgeglichen und beträgt bei allen Kassenarten mehr als 40%.

Schaubild 1

Während sich die Anzahl der BKKen auch nach 2015 weiter verringert hat, bleibt die Anzahl aller anderen Kassen seither stabil

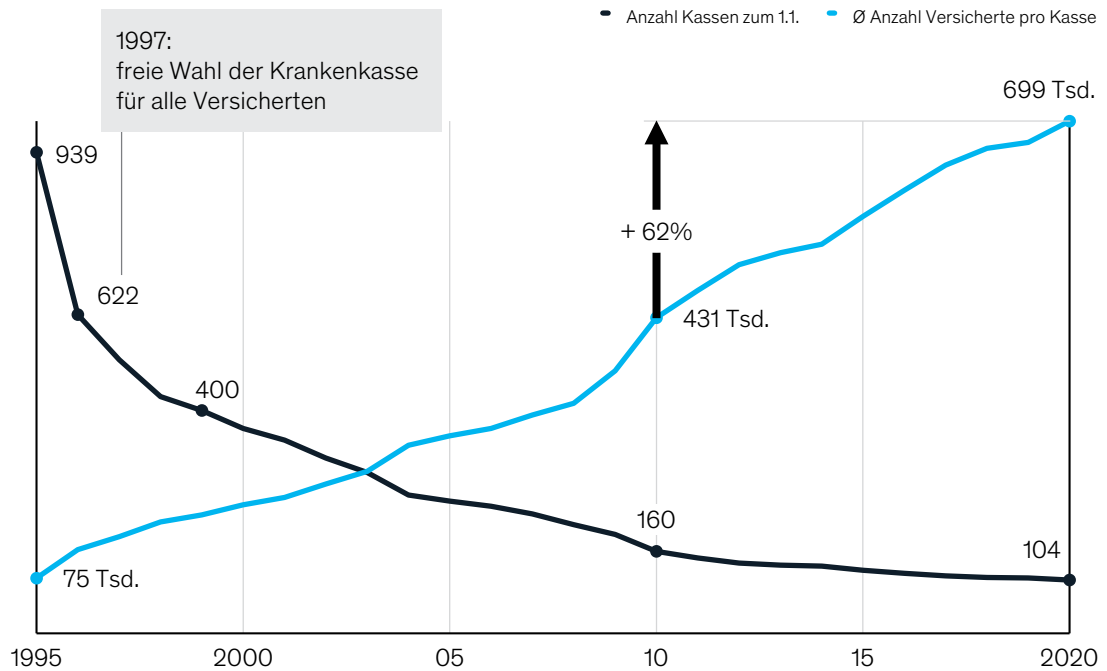
Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres



¹ Ohne LKK

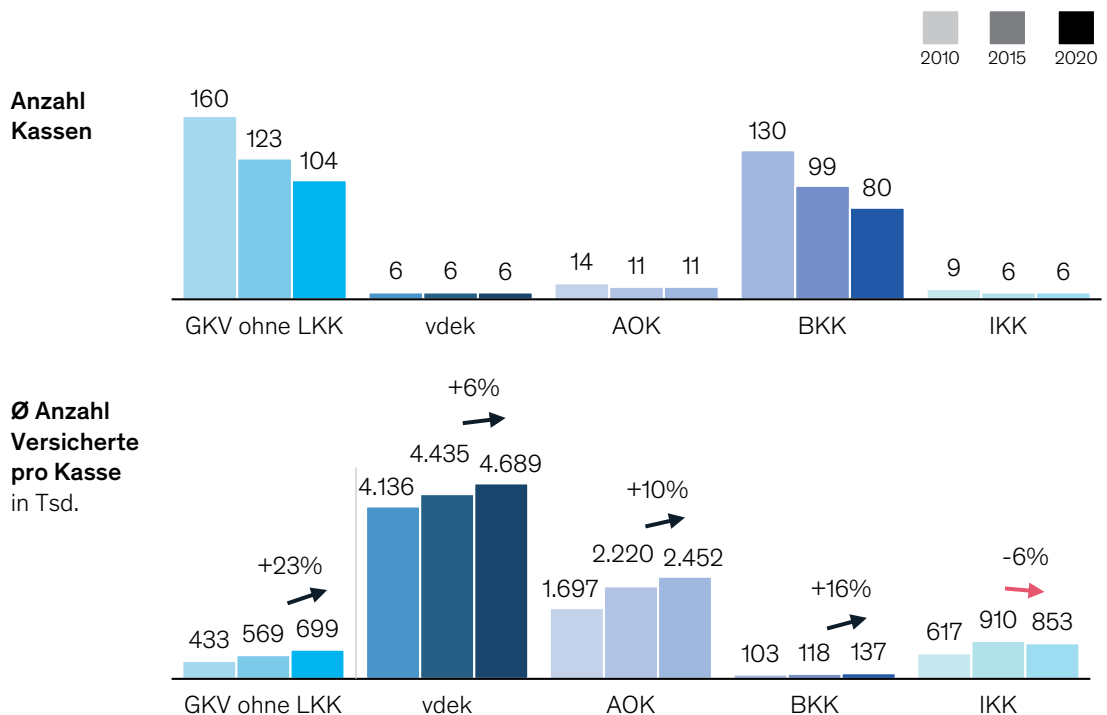
Quelle: Anzahl Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund

Infolge von Konsolidierungsaktivitäten ist die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2010 um mehr als 60% gestiegen



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM1 BMG, Versicherte 2020 approximiert

Mit 10% bzw. 16% im Schnitt sind die AOKen und BKKen seit 2015 am stärksten gewachsen – die BKKen vor allem durch Fusionen



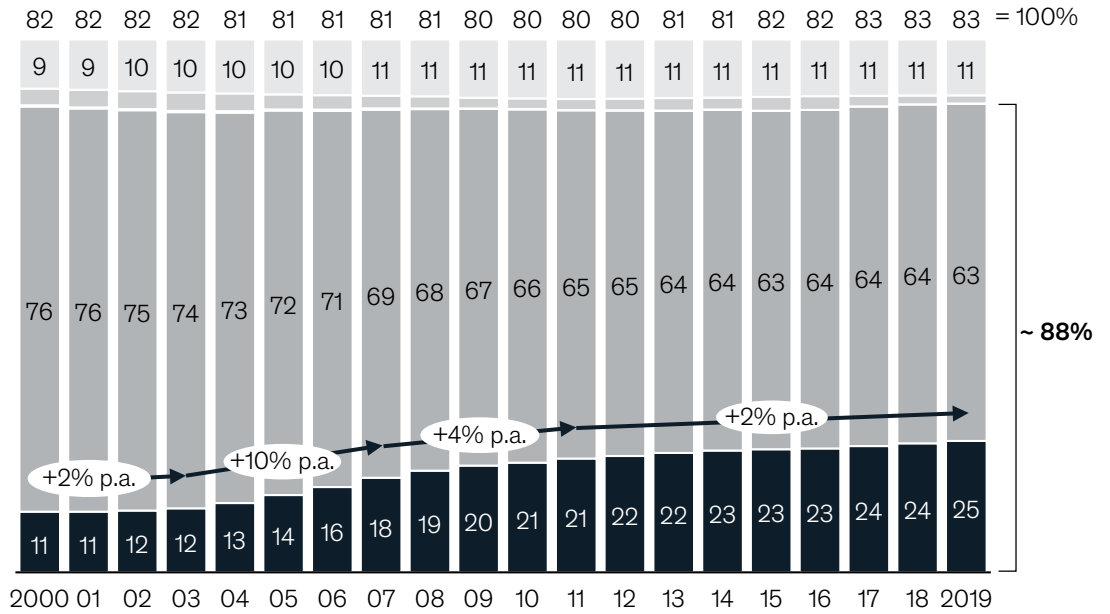
Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE; Anzahl Versicherte zum Dez. des Vorjahres nach KM1 BMG

Schaubild 4

Der GKV-Marktanteil liegt stabil bei rund 88%, während der Anteil GKV-Versicherter mit privater Zusatzversicherung kontinuierlich steigt

Anzahl Versicherte, in Mio.

PKV-Vollversicherte GKV ohne Zusatzversicherung
 Sonderformen der Krankenversicherung GKV mit PKV-Zusatzversicherung

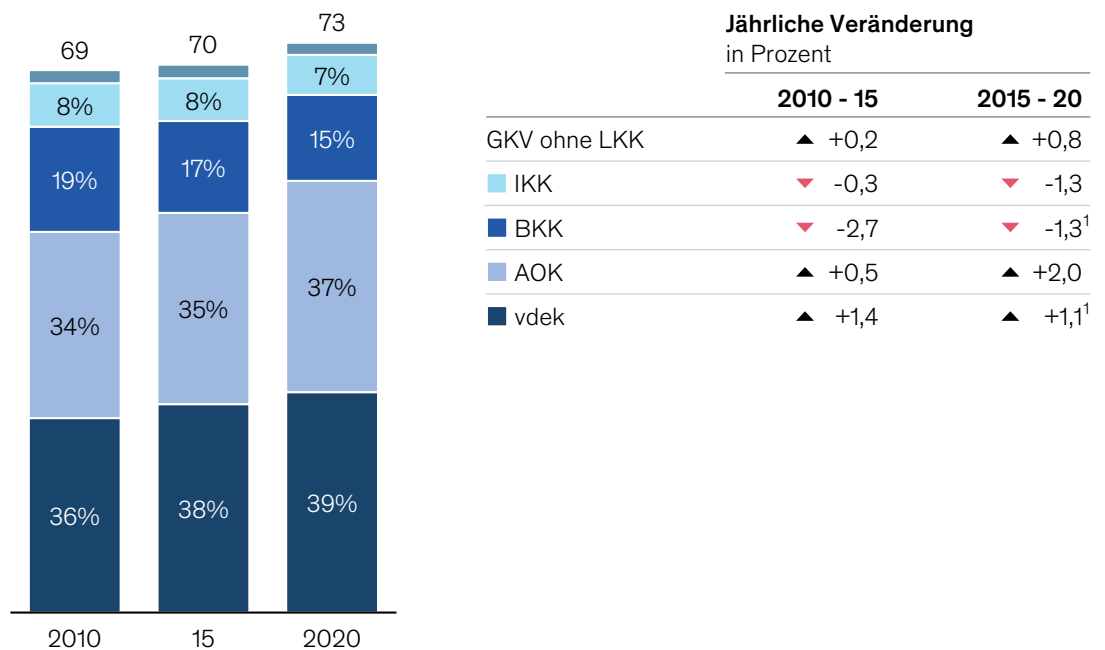


Quelle: PKV-Zahlenportal, PKV 2019 approximiert; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik

Schaubild 5

Zuwächse bei den Versichertenzahlen verzeichnen seit 2015 lediglich AOK und vdek – Letzterer u.a. begünstigt durch die Eingliederung einer BKK

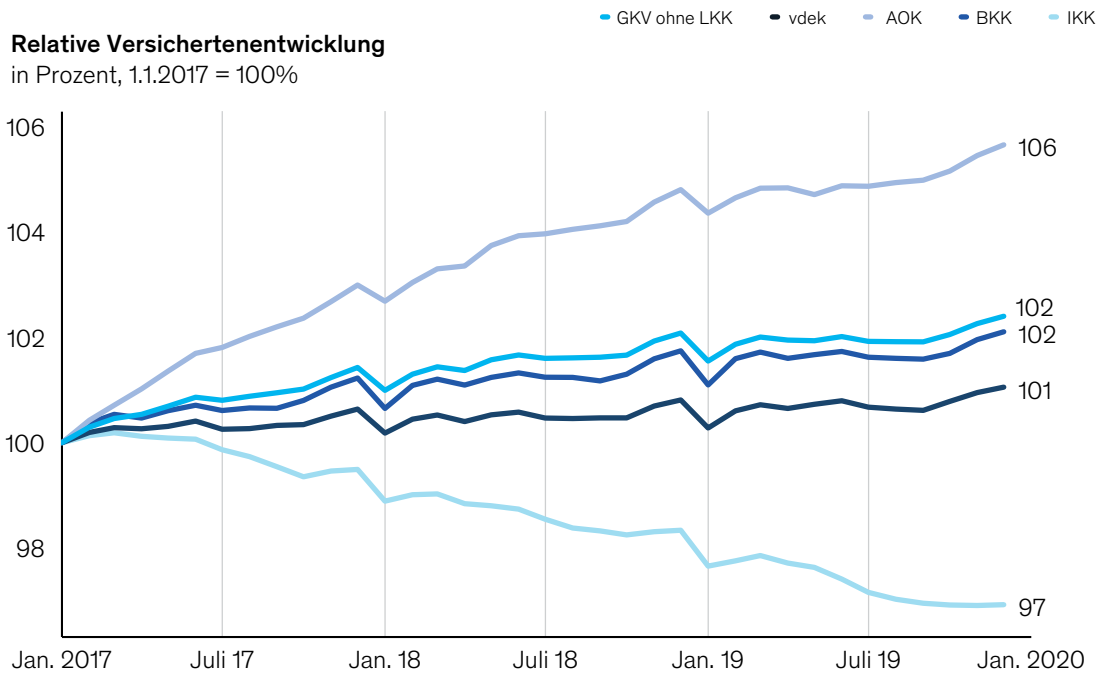
Anzahl Versicherte, in Mio.



¹ Eingliederung von Deutsche BKK in BARMER zum 1.1.2017

Quelle: Anzahl Versicherte zu Dezember des Vorjahres nach KM1 BMG

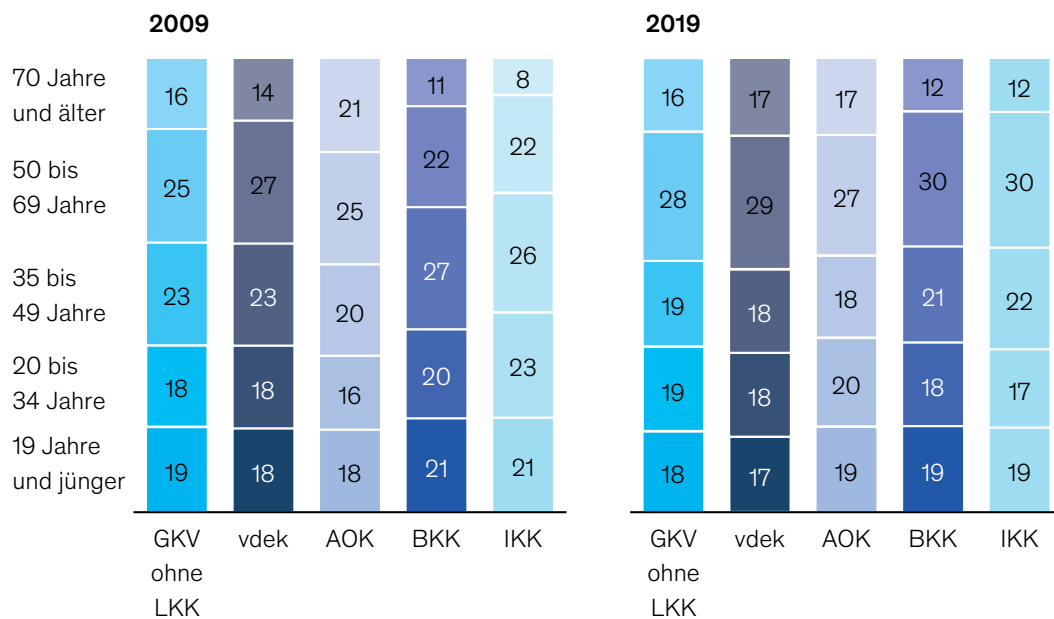
Die relative Entwicklung der Versichertenzahlen auf Basis von 2017 zeigt deutliches Wachstum bei AOK, BKK ist auf GKV-Niveau gewachsen



Quelle: Anzahl Versicherte zum 1. jedes Monats nach KM1 BMG

Die Versichertenstruktur aller Kassenarten hat sich stark angeglichen, vor allem der Anteil älterer Versicherter

Versichertenanteile nach Altersgruppen, in Prozent

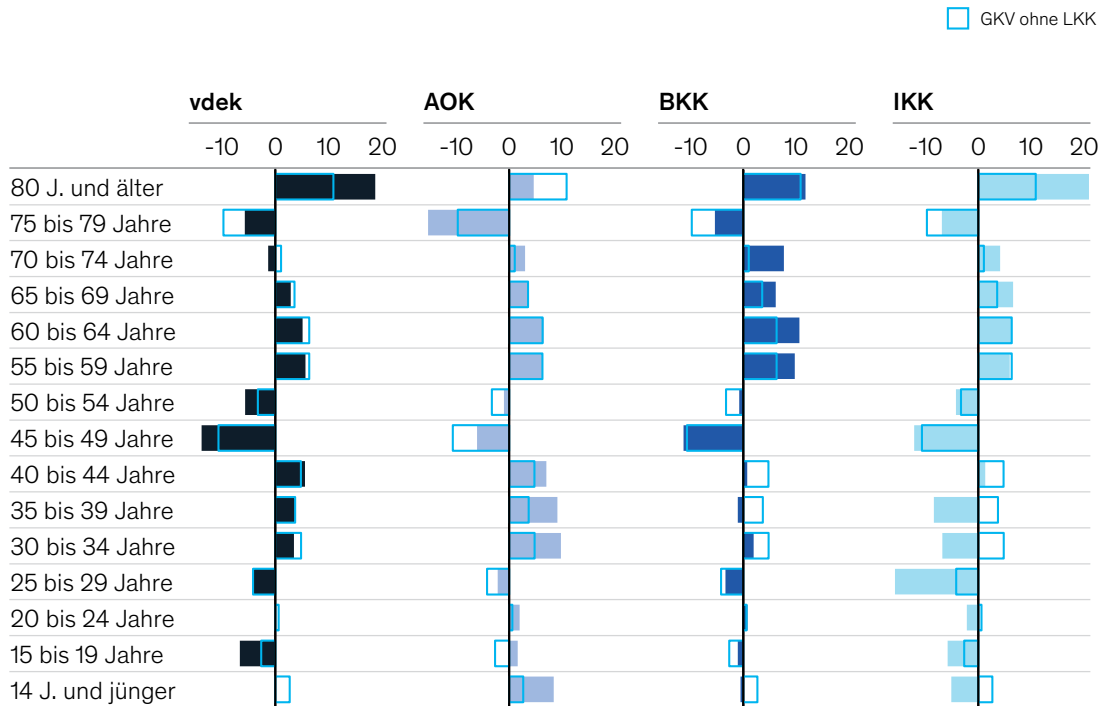


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Schaubild 8

Im Gegensatz zum Trend bei der GKV ohne LKK verzeichnet die AOK seit 2017 starke Zuwächse bei Versicherten unter 50 Jahren

Veränderung Anzahl Versicherte, 2019 ggü. 2017, in Prozent

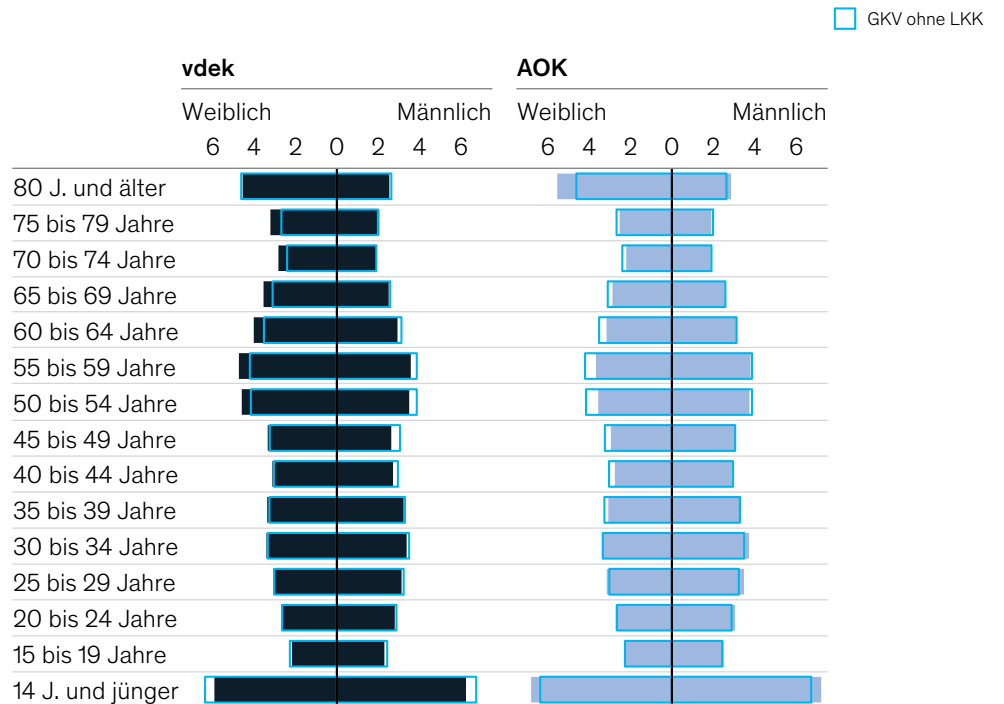


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Schaubild 9

Altersstruktur der Kassenarten im Vergleich zur GKV im Jahr 2019 (1/2)

Versicherte 2019, in Prozent

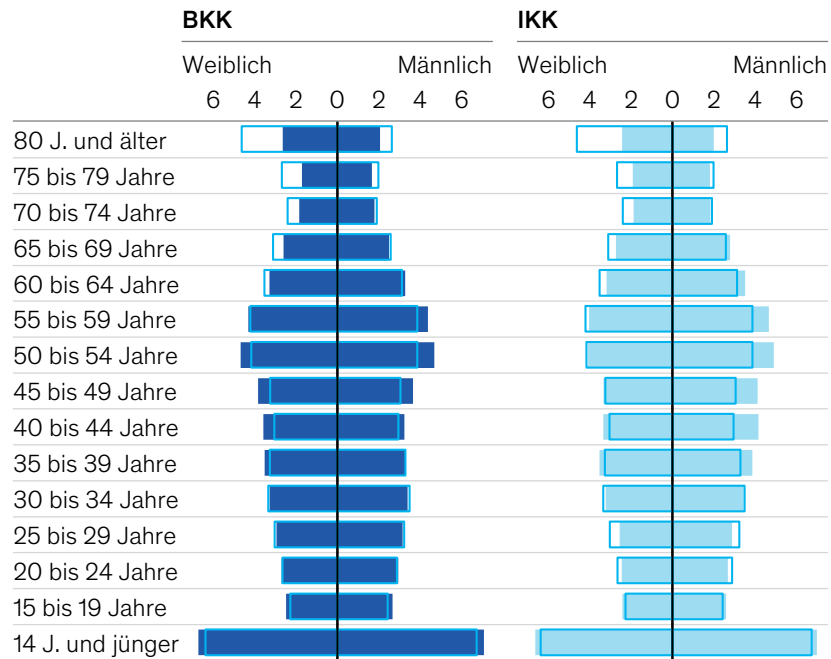


Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Altersstruktur der Kassenarten im Vergleich zur GKV im Jahr 2019 (2/2)

Versicherte 2019, in Prozent

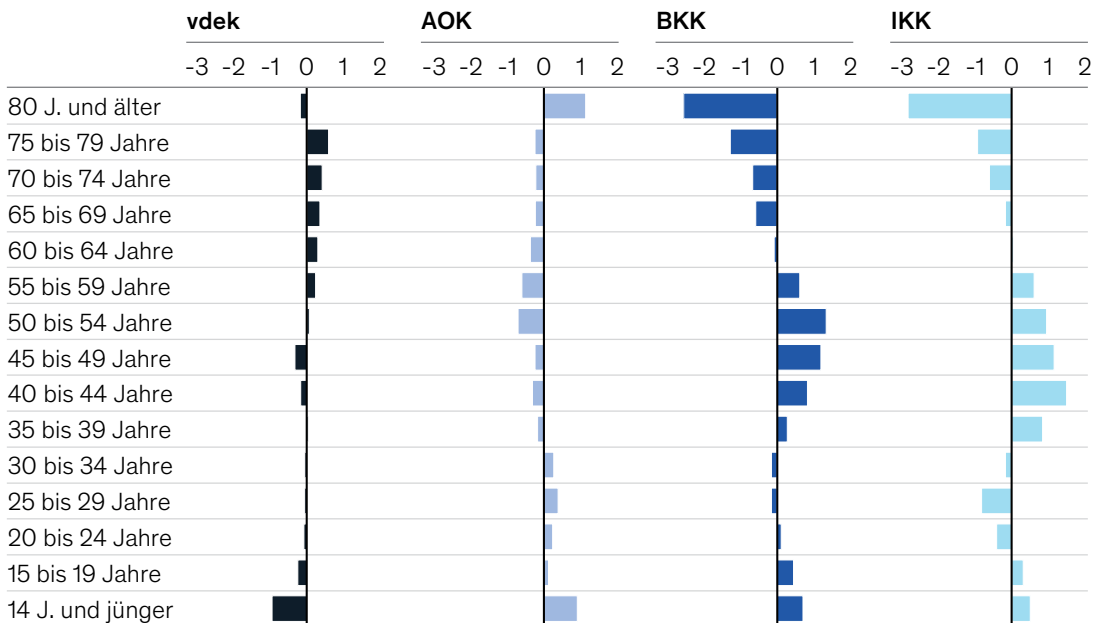
□ GKV ohne LKK



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

BKK und IKK 2019 weisen weiterhin in beide Richtungen die größten Abweichungen zur GKV ohne LKK auf

Abweichung Versichertenanteile 2019 ggü. GKV ohne LKK, in Prozentpunkten



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG



Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Alle Kassenverbände verzeichnen 2018 ein im Schnitt um 40% niedrigeres KJ1-Ergebnis als im Vorjahr. Grund hierfür ist der Anstieg der Fondsunterdeckung auf das Niveau von 2016. Im KJ1-Ergebnis werden verschiedene Einflussgrößen zu einer einzigen Kennzahl zusammengefasst, z.B. Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, sonstige Einnahmen (u.a. Zinsen, Regressansprüche, Erstattungen) und sonstige Ausgaben (u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder). Deshalb kann diese Kennzahl lediglich einen Hinweis darauf geben, wie es um die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse steht.

Ergänzend zum KJ1-Ergebnis sollten also vor allem die Leistungsausgabebereichen mit gestalterischen Freiheitsgraden für Krankenkassen¹ betrachtet werden, da sie eine wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite darstellen. Außer

bei der AOK, deren Ausgaben niedriger ausfallen als auf Grund ihrer Morbidität zu erwarten, übersteigen die Gesamtleistungsausgaben bei allen Kassenarten um rund 1% die zu erwartenden Ausgaben.

Vor diesem Hintergrund widmen wir uns im Folgenden den Leistungsausgaben innerhalb der GKV und untersuchen die Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex mithilfe einfacher Benchmarkingmethoden. Zudem analysieren wir die Entwicklung der Zusatzbeiträge und die Auswirkungen von Zusatzbeitragserhöhungen auf die Mitgliederentwicklung und die Morbidität einer Kasse. Abschließend betrachten wir die Veränderungen der Finanzsituation infolge der 2019 gestiegenen Leistungsausgaben und der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen.

KJ1-Ergebnisse

Im Jahr 2018 erzielten sämtliche Kassenarten ein positives KJ1-Ergebnis, das allerdings niedriger ausfällt als im Vorjahr (siehe Schaubild 1) und auf GKV-Ebene bei rund 29 EUR je Versicherten liegt. Auf Grund des positiven Vorjahresergebnisses blei-

ben bei fast allen Kassenarten die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag je Versicherten nahezu konstant oder konnten sogar gesenkt werden. Lediglich die BKKen weisen hier eine Erhöhung aus (siehe Schaubild 2)

¹ Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten

Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

Das KJ1-Ergebnis



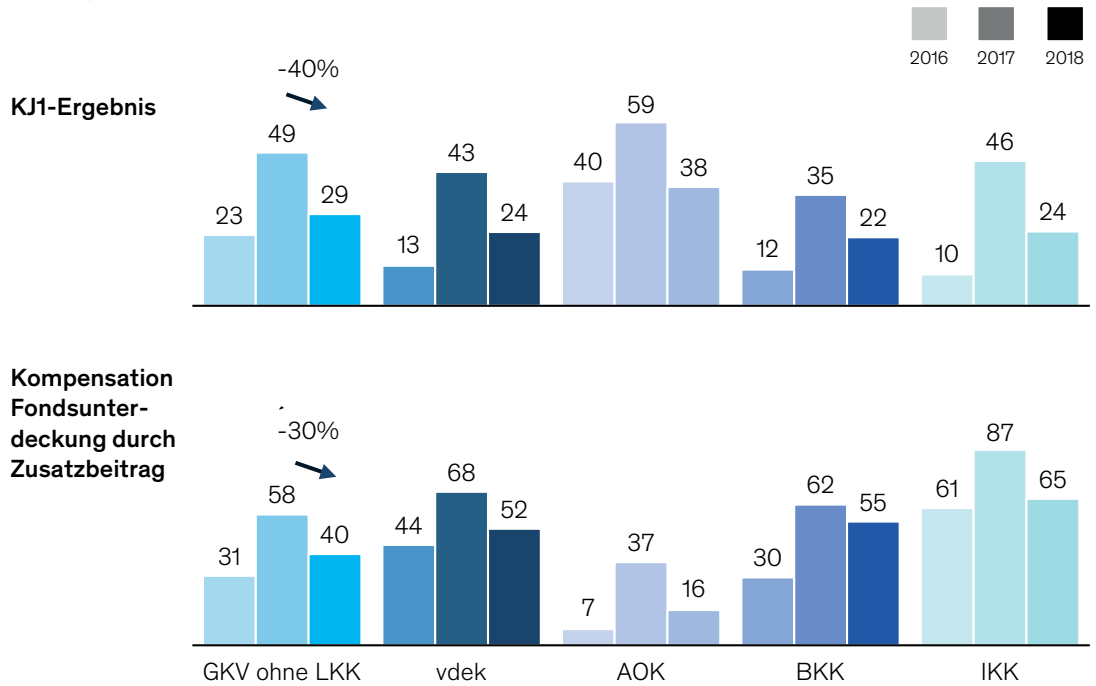
- Zuweisungen für Leistungsausgaben*
- Zuweisungen für Verwaltungskosten
- Sonstige Einnahmen
- Einnahmen aus Zusatzbeitrag

- Leistungsausgaben
- Verwaltungskosten
- Sonstige Ausgaben
- Mitgliederbezogene Veränderung (MbV)

* Die Zuweisungen für Leistungsausgaben berücksichtigen die Morbidität der Versicherten gemäß den Regelungen des Risikostrukturausgleichs. Mit dem Morbiditätsindex wird das Verhältnis der Morbidität einer Kasse zur GKV beschrieben. Ein Morbiditätsindex von 1,3 bedeutet beispielsweise, dass die Kasse 30% mehr Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben pro Versicherten erhält als der GKV-Durchschnitt.

Das KJ1-Ergebnis und die Kompensation der Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag fallen 2018 bei allen Kassenverbänden niedriger aus als 2017

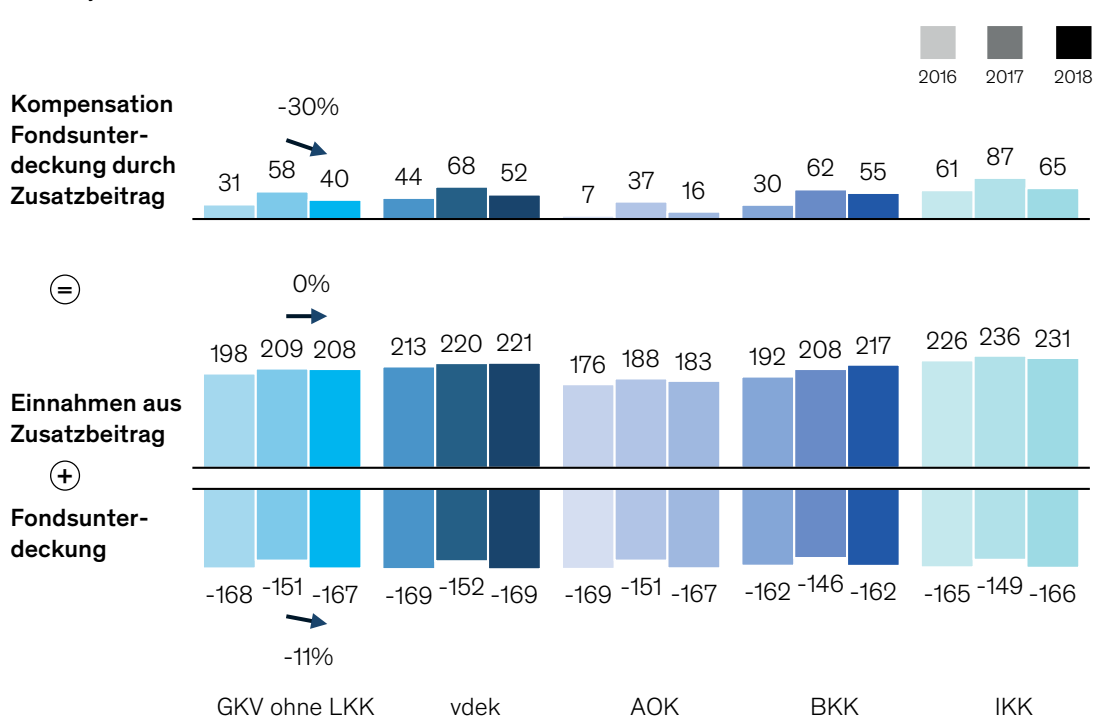
in EUR je Versicherten



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Die Zusatzbeitragseinnahmen der GKV 2018 bleiben konstant zum Vorjahr, die Fondsunterdeckung steigt hingegen auf das Niveau von 2016

in EUR je Versicherten



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

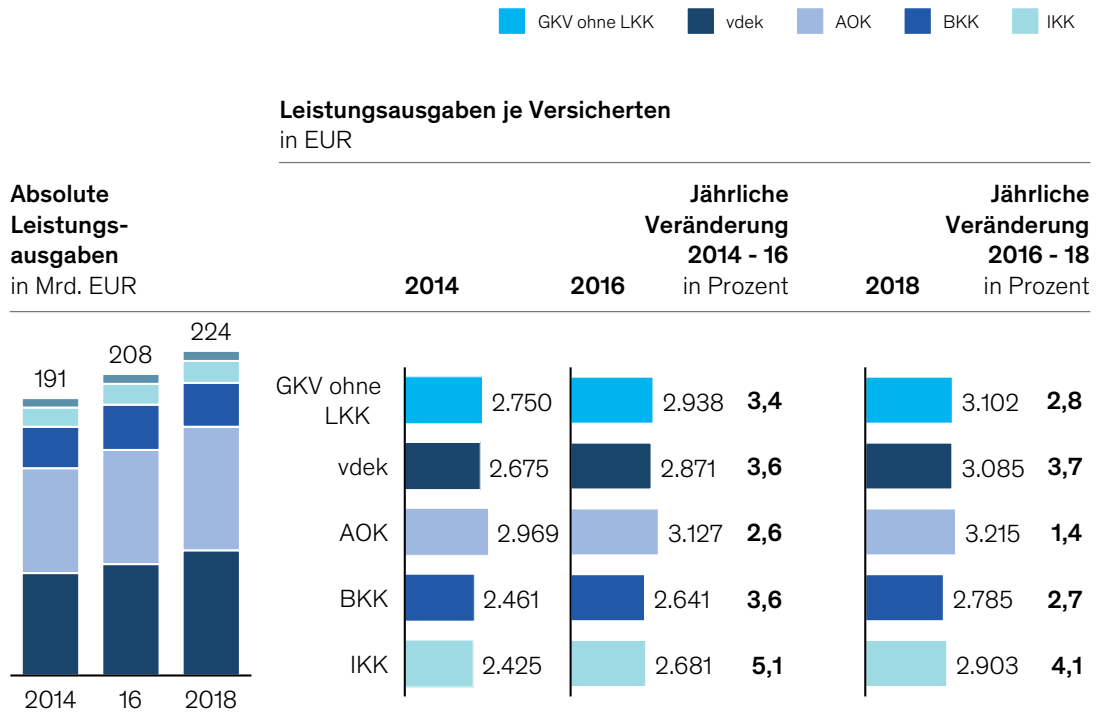
Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben sind weiterhin über alle Leistungsausgabenbereiche gestiegen, wobei sich der Anstieg 2018 im Vergleich zu den Vorjahren allerdings abgeschwächt hat (siehe Schaubilder 3 bis 5). Angesichts verschiedener Gesetzesänderungen im Jahr 2019 zeichnet sich hier ein deutlich gegenläufiger Trend ab, der in den Zahlen von 2018 noch keinen Widerhall findet. Daher bleibt das Management von Leistungsausgaben nach wie vor sehr relevant.

Für einen aussagekräftigen Vergleich der Leistungsausgaben, sowohl zwischen verschiedenen Kassenarten als auch zwischen einer Kassenart und dem GKV-Schnitt, ist die Versichertenstruktur der einzelnen Kassenarten im Verhältnis zur Versicher-

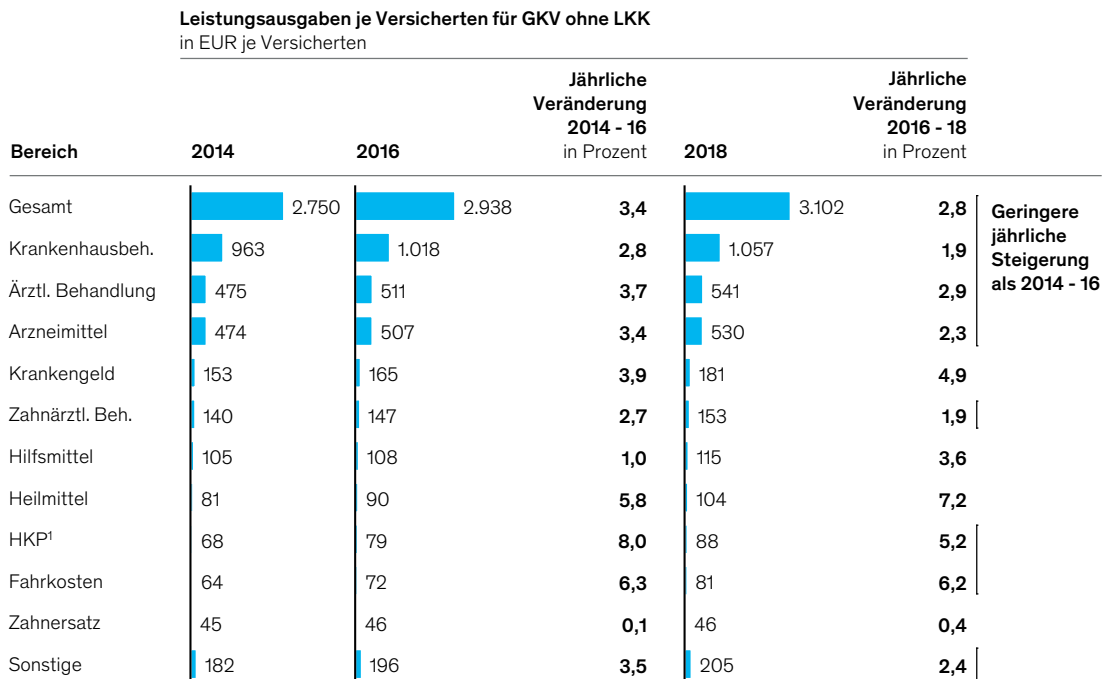
tenstruktur im GKV-Schnitt zu berücksichtigen. Eine Möglichkeit bietet der Morbiditätsindex, der Hinweise darauf gibt, wie krank die Versicherten einer Kassenart im Vergleich zu den Versicherten im GKV-Schnitt sind. Ganz konkret zeigt der Morbiditätsindex an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu einem Versicherten im GKV-Schnitt stehen. Abzuwarten bleibt, wie die geplante Reform des Morbi-RSA diesen Zusammenhang beeinflusst. Weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Morbiditätsindex bei den einzelnen Kassenarten werden auf den Schaubildern 6 bis 14 erläutert.

Die Leistungsausgaben sind seit 2014 kontinuierlich gestiegen, die jährliche Ausgabensteigerung hat sich jedoch zuletzt abgeschwächt



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Gegenüber 2014 - 16 war die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherten 2016 - 18 in vielen Bereichen rückläufig



¹ HKP = Häusliche Krankenpflege

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten 2018 im Vergleich zu 2016 nach Kassenart

Leistungsausgaben je Versicherten 2018
in EUR

xx Jährliche Veränderung 2016 - 18, in Prozent

	Bereich			
	Gesamt	Krankenhaus- behandlung	Ärztliche Behandlung	Arzneimittel
GKV ohne LKK	3.102 2,8	1.057 1,9	541 2,9	530 2,3
vdek	3.085 3,7	1.008 3,2	561 3,7	543 2,8
AOK	3.215 1,4	1.160 0,3	533 1,7	539 0,6
BKK	2.785 2,7	878 1,5	520 3,3	459 2,9
IKK	2.903 4,1	964 3,4	484 3,9	499 4,8
	Krankengeld	Zahnärztliche Behandlung	Hilfsmittel	Heilmittel
GKV ohne LKK	181 4,9	153 1,9	115 3,6	104 7,2
vdek	185 4,8	158 1,3	116 4,9	116 7,8
AOK	160 5,8	145 2,6	119 2,6	97 5,8
BKK	211 4,9	164 2,3	104 3,1	92 6,6
IKK	216 4,6	153 1,7	107 3,1	92 7,9
	Häusliche Krankenpflege	Fahrtkosten	Zahnersatz	Sonstige
GKV ohne LKK	88 5,2	81 6,2	46 0,4	205 2,4
vdek	79 7,6	74 8,3	46 1,0	200 3,9
AOK	106 2,8	95 4,1	48 -0,1	213 0,8
BKK	60 2,9	62 4,8	40 -0,6	196 2,0
IKK	69 10,7	73 8,1	44 0,5	203 3,6

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

Exkurs zu Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex

In der Gesamtsicht zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen Leistungsausgaben und Morbidität ...

Die Leistungsausgaben korrelieren sehr stark mit der Morbidität, bei den Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99%. Daher lässt sich aus dem Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für ihre Leistungsausgaben ableiten.

... auf Ebene der Leistungsbereiche werden Unterschiede deutlich

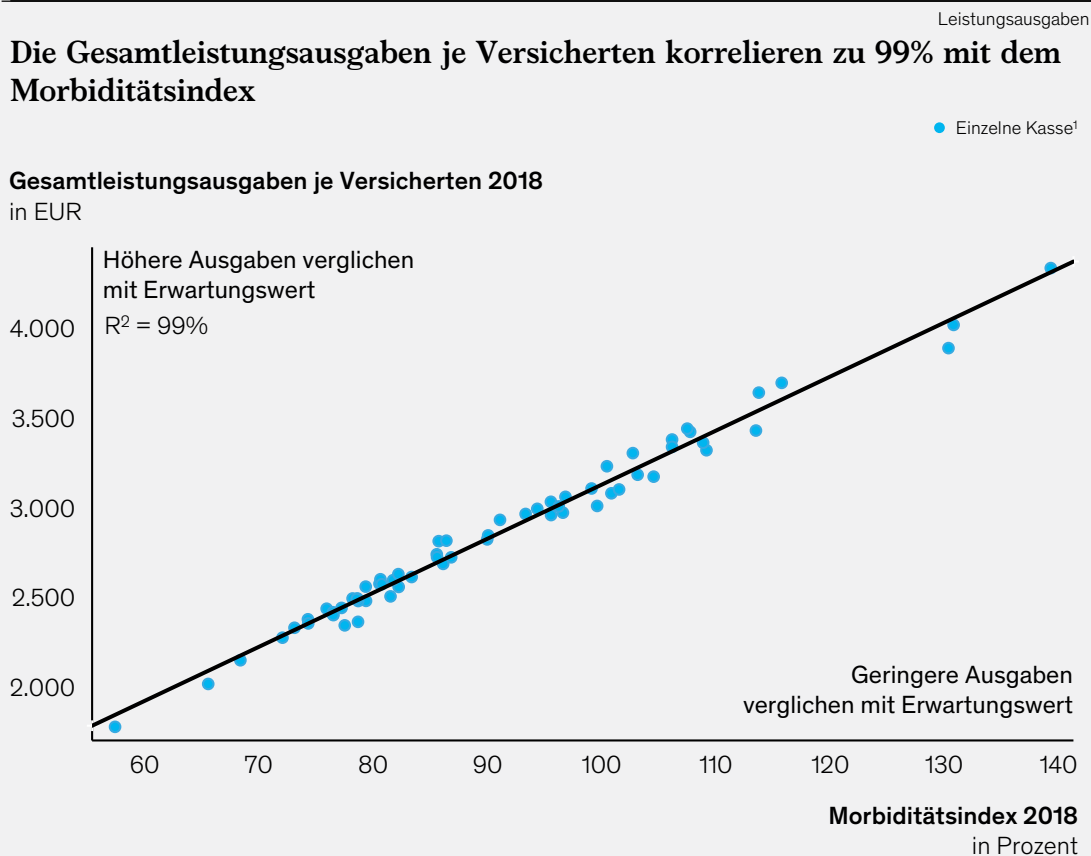
Zwar besteht in den meisten Leistungsbereichen eine starke positive Korrelation zwischen Ausgaben und Morbidität, aber in einigen kleineren Bereichen verhält es sich genau umgekehrt (siehe Schaubild 7).

Betrachtet man die Korrelation zwischen Morbiditätsindex und Leistungsausgaben für einzelne Leistungsbereiche eingehender, werden Ungenauigkeiten der bisher genutzten einfachen Richtwertmethoden deutlich. Diese gehen nämlich davon aus, dass das Verhältnis der Steigerungsraten von Leistungsausgaben und Morbidität exakt gleich

ist. Tatsächlich bewirkt ein Anstieg des Morbiditätsindex um 10% innerhalb eines Leistungsbereichs aber nicht unbedingt 10% höhere oder niedrigere Leistungsausgaben in diesem Bereich (siehe Schaubild 8). Ein Grund dafür ist, dass ältere Versicherte mit im Allgemeinen höherer Morbidität je nach Leistungsbereich über- bzw. unterproportionale Leistungsausgaben verursachen.

Wie dem Beispiel der Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung auf Schaubild 8 zu entnehmen ist, verursachen ältere Versicherte höhere Leistungsausgaben als jüngere – z.B. durch höhere Komplikationsraten, schwerere Grunderkrankungen, die aufwendiger behandelt werden müssen, und durchschnittlich längere Verweildauern bei stationären Aufenthalten. Genau umgekehrt verhält es sich z.B. im Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz (siehe Schaubild 7): Ältere Versicherte verursachen trotz per se höherer Morbidität geringere Leistungsausgaben als jüngere Versicherte, da Zahnbehandlungen ohne Berücksichtigung von Zahnersatz bei jüngeren Versicherten häufiger erforderlich sind als bei älteren.

Schaubild 6



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

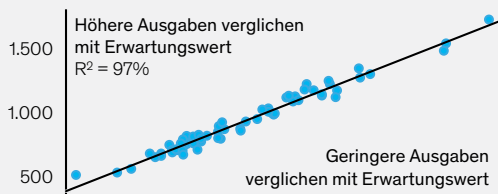
In fast allen Leistungsbereichen besteht eine starke Korrelation zwischen Leistungsausgaben und Morbidität

Ausgaben je Versicherten 2018

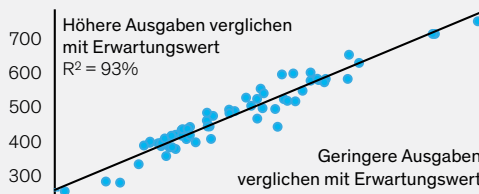
in EUR

● Einzelne Kasse¹

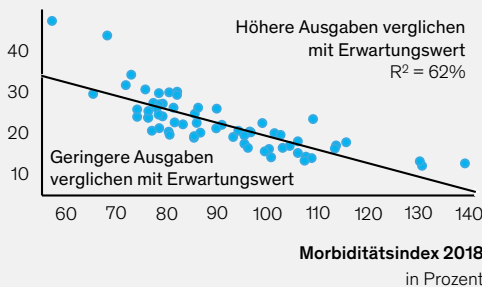
Krankenhausbehandlung



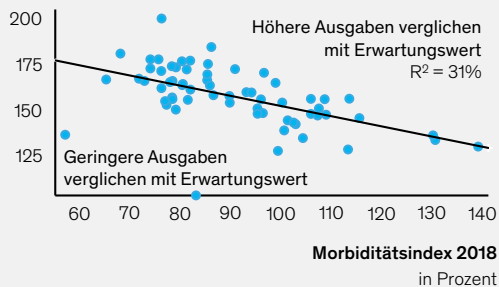
Arzneimittel



Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

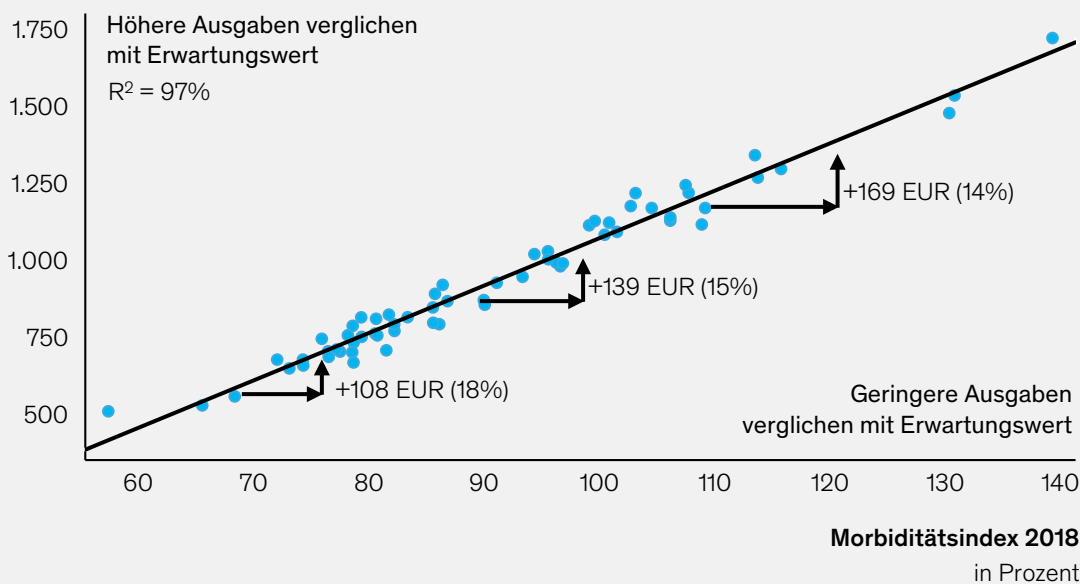
Entgegen der Annahme bisheriger Richtwertmethoden führt ein Anstieg der Morbidität um 10% nicht zwangsläufig zu 10% höheren Ausgaben

→ +10% Morbidität ↑ Veränderung der erwarteten Leistungsausgaben ● Einzelne Kasse¹

Ausgaben je Versicherten 2018

in EUR

Krankenhausbehandlung



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Mit einer Abweichung von 1,7% bzw. 57 EUR je Versicherten fallen bei der AOK als einziger Kassenart deutlich geringere Gesamtleistungsausgaben an, als man gemäß ihrer Morbidität erwarten würde (siehe Schaubilder 9 und 10). Bezogen auf die wesentlichen steuerbaren Leistungsbereiche schneidet die AOK besonders gut in den Bereichen Arzneimittel, Hilfsmittel und Heilmittel ab.

Bei allen anderen Kassenarten fallen die Leistungsausgaben dagegen um ca. 1% höher aus,

als gemäß ihrer jeweiligen Morbidität zu erwarten wäre (siehe Schaubilder 9 und 12). Beim vdek sind die Unterschiede zwischen einzelnen steuerbaren Leistungsbereichen besonders groß. Während die Leistungsausgaben für Arzneimittel und Heilmittel die zu erwartenden Ausgaben deutlich um 5,4% bzw. sogar um 18,3% übersteigen, liegen die Leistungsausgaben für Krankenhaus, Fahrkosten und Häusliche Krankenpflege um 2,4%, 7,9% bzw. 5,1% unter den Ausgaben, die gemäß der Morbidität des vdek zu erwarten sind (siehe Schaubild 9).

Schaubild 9

Die AOK ist 2018 die einzige Kassenart, bei der die Gesamtleistungsausgaben deutlich unter den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben liegen

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben 2018
in Prozent

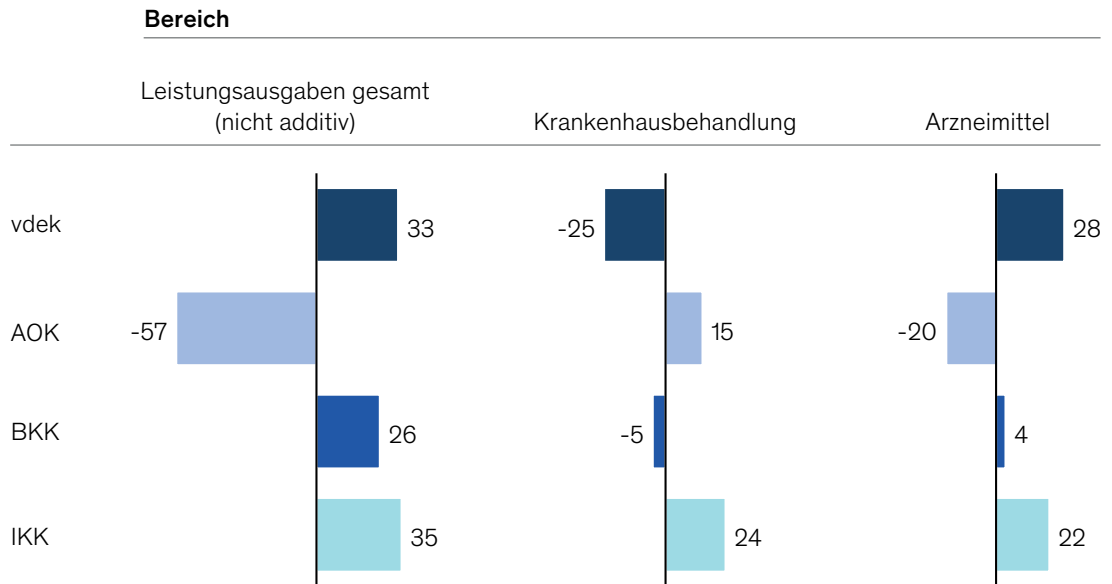
Ausgaben unter ...  ... bzw. über den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben

	Leistungsbereich						
	Leistungsausgaben gesamt (nicht additiv)	Krankenhausbehandlung	Arzneimittel	Hilfsmittel	Heilmittel	Häusliche Krankenpflege	Fahrkosten
vdek	1,1	-2,4	5,4	1,9	18,3	-5,1	-7,9
AOK	-1,7	1,3	-3,6	-4,0	-6,0	4,3	2,7
BKK	0,9	-0,6	0,8	3,5	2,3	2,0	-3,4
IKK	1,2	2,6	4,5	1,7	-0,7	1,8	4,2

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

In den wesentlichen steuerbaren Bereichen ist die Abweichung von den zu erwartenden Ausgaben zwischen den Kassenarten sehr unterschiedlich (1/2)

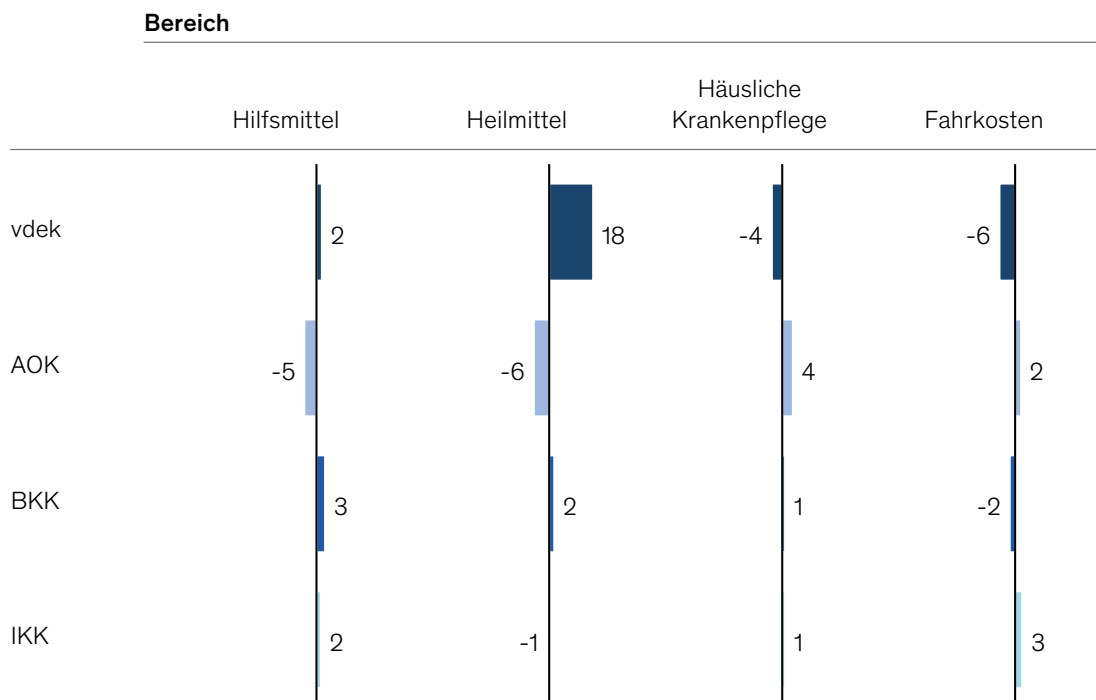
Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten 2018
in EUR



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

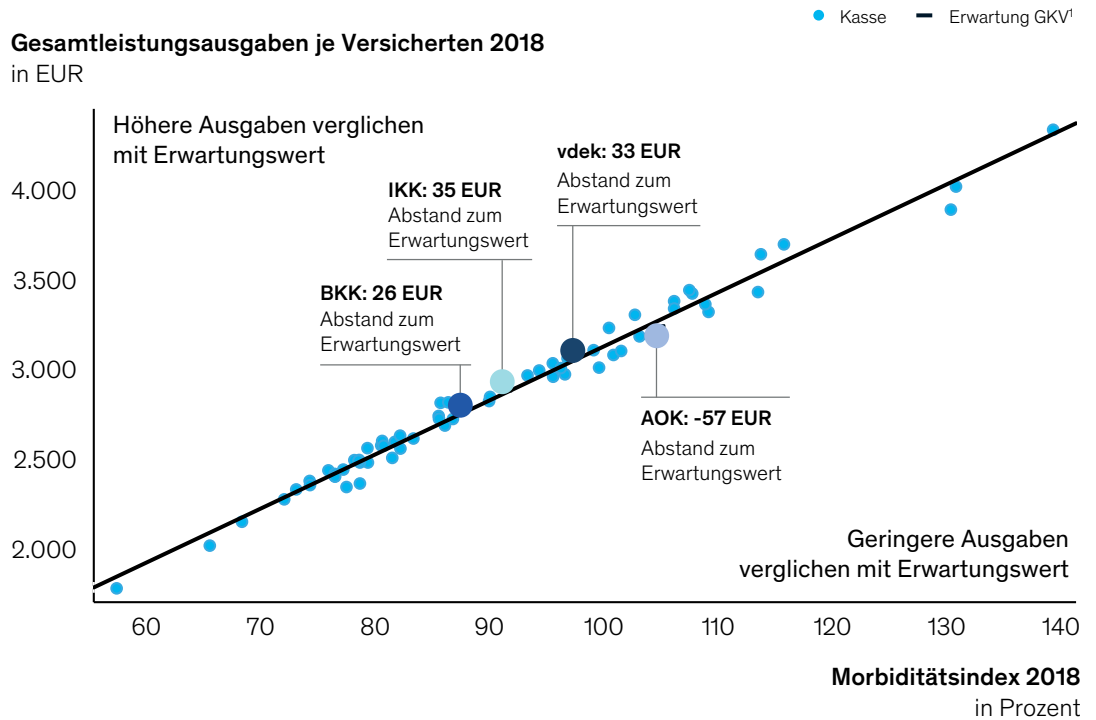
In den wesentlichen steuerbaren Bereichen ist die Abweichung von den zu erwartenden Ausgaben zwischen den Kassenarten sehr unterschiedlich (2/2)

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten 2018
in EUR



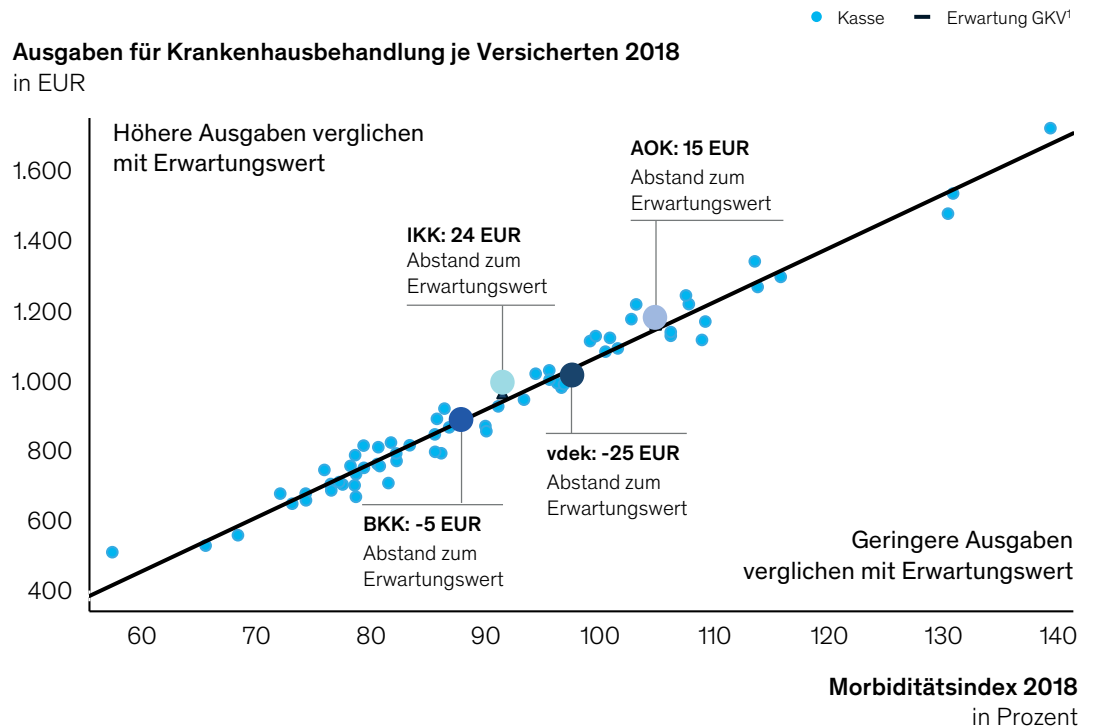
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

AOK-Ausgaben unterschreiten zu erwartende Ausgaben 2018 um 57 EUR je Versicherten – BKK-, IKK- und vdek-Ausgaben liegen klar darüber



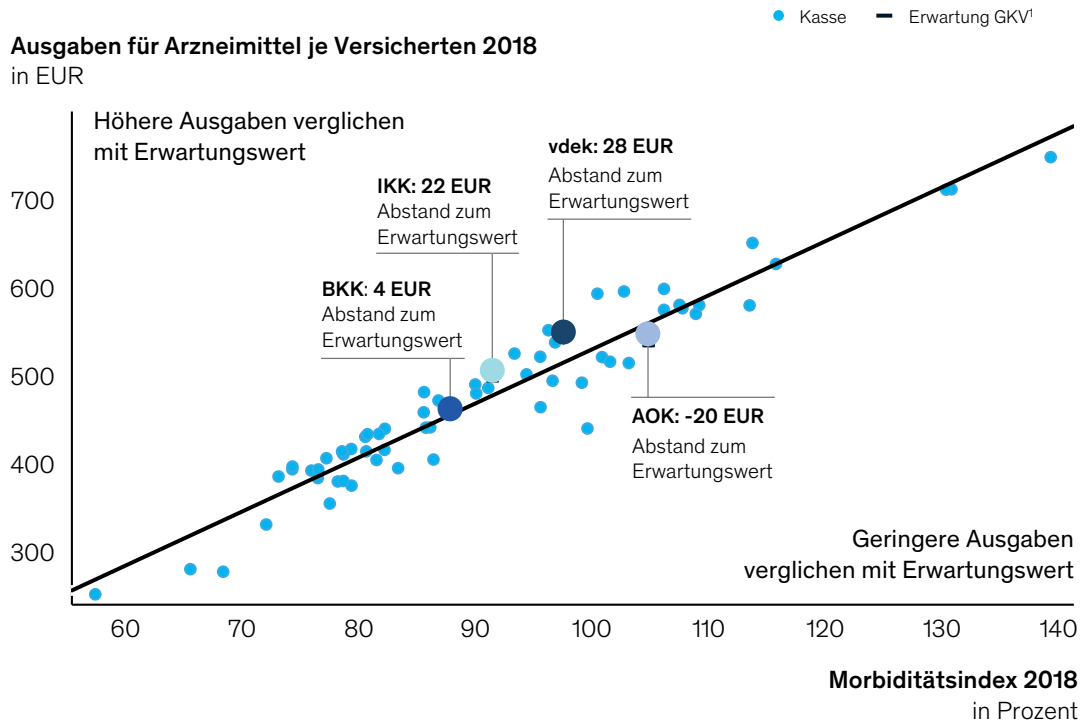
¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Im Krankenhausbereich verzeichnet die IKK 2018 mit 24 EUR je Versicherten die höchste Überschreitung der zu erwartenden Ausgaben



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Bei den Ausgaben für Arzneimittel liegen der vdek und die IKK 2018 mit mehr als 20 EUR je Versicherten über den zu erwartenden Ausgaben



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Zusatzbeiträge

Gegenüber 2019 ist der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt von 1,01% auf 1,00% zu Beginn des Jahres 2020 gesunken (siehe Schaubild 15).

durchschnittlichen Zusatzbeiträge aller übrigen Kassenarten liegen dagegen mit Werten zwischen 1,05% und 1,12% klar über dem GKV-Durchschnitt.

Eine genauere Betrachtung zeigt allerdings deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Zusatzbeiträgen der einzelnen Kassenarten (siehe Schaubild 16). So weist die AOK im Jahr 2019 mit rund 0,89% den mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf und damit den niedrigsten Finanzbedarf über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinaus. Die

Veränderungen des Zusatzbeitrags beeinflussen unmittelbar den Zuwachs bzw. Verlust von Versicherten einer Kasse (siehe Schaubild 17). Häufig geht mit der Abwanderung von Versicherten ein Anstieg des Morbiditätsindex einher (siehe Schaubild 18). Infolgedessen steigen die Leistungsausgaben je Versicherten.

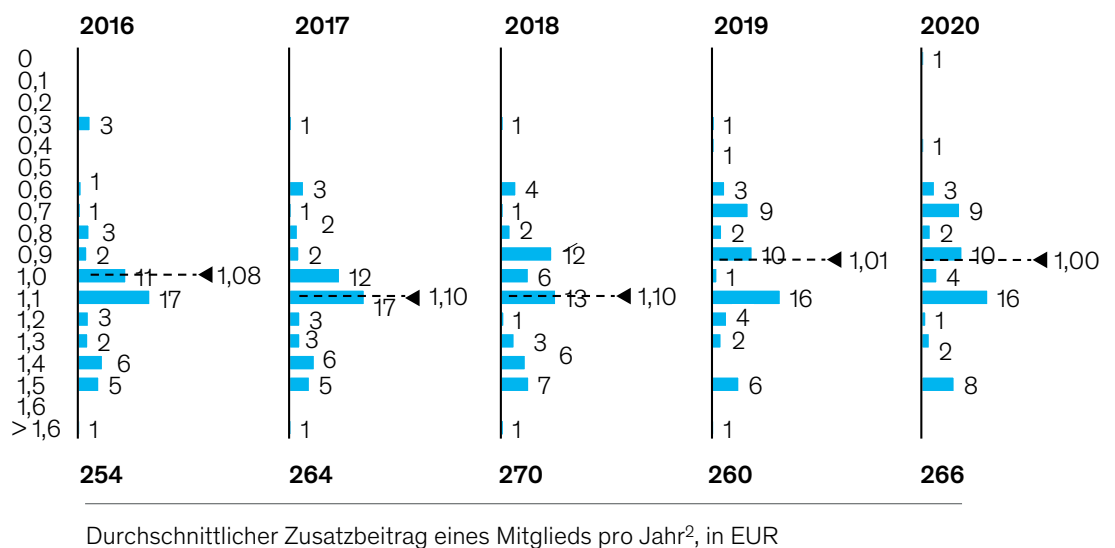
Schaubild 15

Anfang 2020 sind die Zusatzbeiträge der Kassen noch stabil, einzelne Kassen konnten den Zusatzbeitrag ggü. 2019 sogar nochmals senken

◀ x,xx Gewichteter Durchschnitt der Zusatzbeiträge in der GKV¹, in Prozent

Anzahl Mitglieder je Zusatzbeitragsatz zum Stichtag 1.1. innerhalb der GKV¹

Auf Zehntel gerundete Zusatzbeiträge in Prozent; Anzahl Mitglieder in Mio.



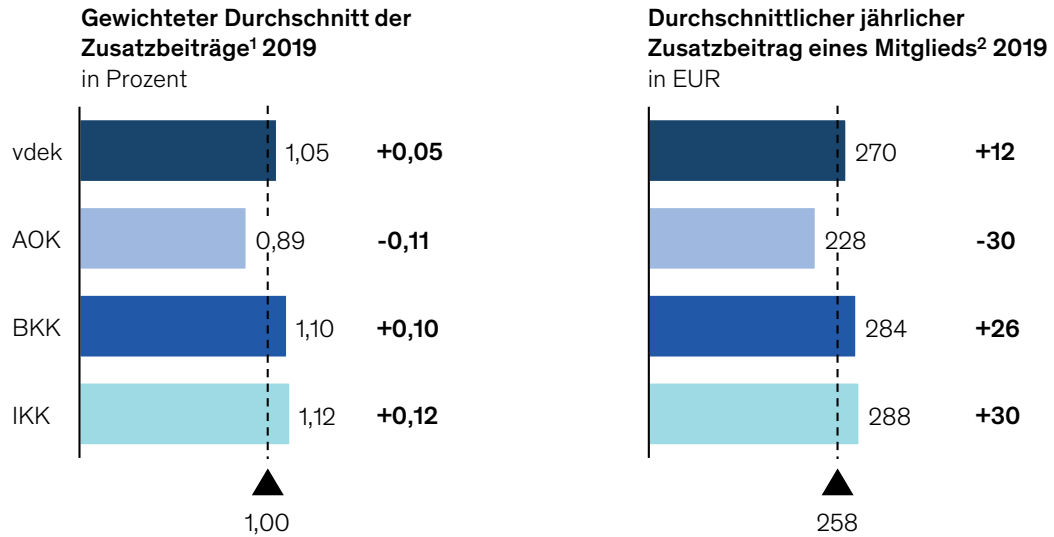
¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne BBKs

² Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen und Zusatzbeitrag zum Stichtag

Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Mitglieder gemäß Veröffentlichung DfG

Die Spanne der gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge reicht 2019 von 0,89% bis 1,12% – die AOK liegt ~0,1 Prozentpunkte unter dem Schnitt

x,xx Abweichung ggü. GKV-Schnitt, in Prozentpunkten ▲ GKV-Schnitt in Prozent



¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne BKKen

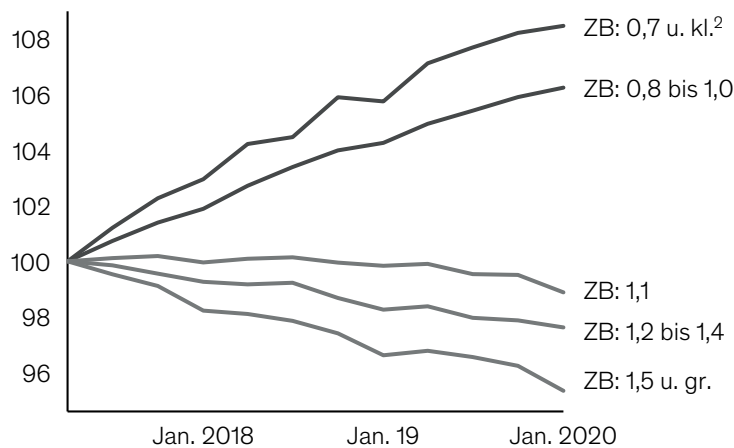
² Bei durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen

Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Mitglieder gemäß Veröffentlichung DfG

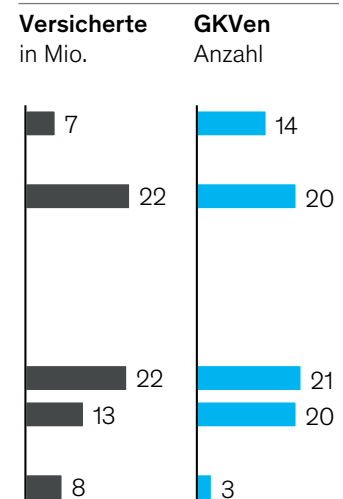
Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag als einem von mehreren Faktoren

Entwicklung der Anzahl Versicherter der Krankenkassen¹ nach Höhe des Zusatzbeitrags (ZB) am Stichtag 1.4.2017

Versichertenanzahl indiziert, 1.4.2017 = 100%



Status Januar 2020

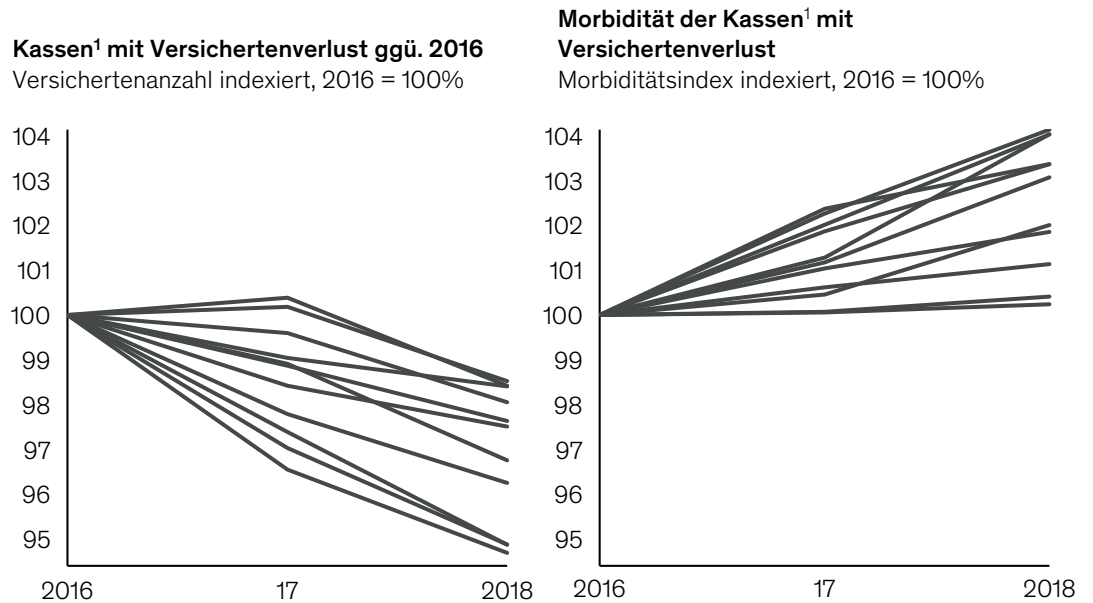


¹ Ohne LKK und rein betriebsinterne BKKen

² Zusatzbeitrag gerundet, z.B. 1,35 gerundet auf ZB 1,4

Quelle: Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband; Anzahl Versicherte gemäß Veröffentlichung DfG

Ein Versichertenverlust geht häufig mit steigender Morbidität einher, typischerweise steigt auch das Durchschnittsalter



¹ Kassen mit mehr als 300 Tsd. Versicherten, ohne Fusionen

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Aktuelle Entwicklungen (vor COVID-19)

Nach Überschüssen von fast 2 Mrd. EUR im Jahr 2018 erwartet die GKV für 2019 ein Gesamtdefizit von 1,6 Mrd. EUR. Diese Schätzung beruht auf vorläufigen Erhebungen der Kassenverbände unter ihren Mitgliedskassen.¹ Gründe hierfür sind die stark gestiegenen Leistungsausgaben, insbesondere im Bereich Arzneimittel und Heilmittel, verschiedene gesetzliche Veränderungen zur Verbesserung der Versorgung und der politisch gewollte Abbau der Rücklagen und Betriebsmittel der Kassen.

Auf diese veränderte Lage sind die Krankenkassen sehr unterschiedlich vorbereitet; Kassen mit hohem Verwaltungsvermögen und hohen Reserven befinden sich in einer besseren Ausgangslage (siehe Schaubilder 19 und 20). Weitere Konsolidierungen und Fusionen dürften daher in den nächsten Jahren anstehen.

¹ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24. Februar 2020

Schaubild 19

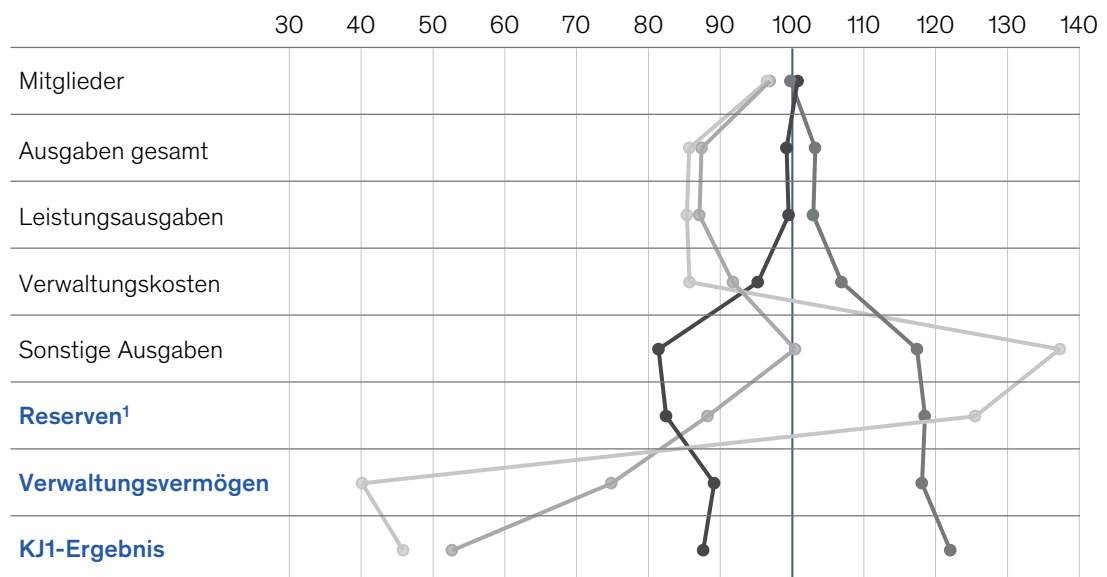
Ausblick

Kassen verschiedener Größe unterscheiden sich strukturell deutlich, insbesondere auch im Hinblick auf Reserven und Verwaltungsvermögen

Kassen gemäß Versichertenzahl 2018

• über 4 Mio. • 400 Tsd. - 4 Mio. • 100 - 400 Tsd. • unter 100 Tsd.

Wert je Versicherten 2018, GKV ohne LKK = 100%
in Prozent

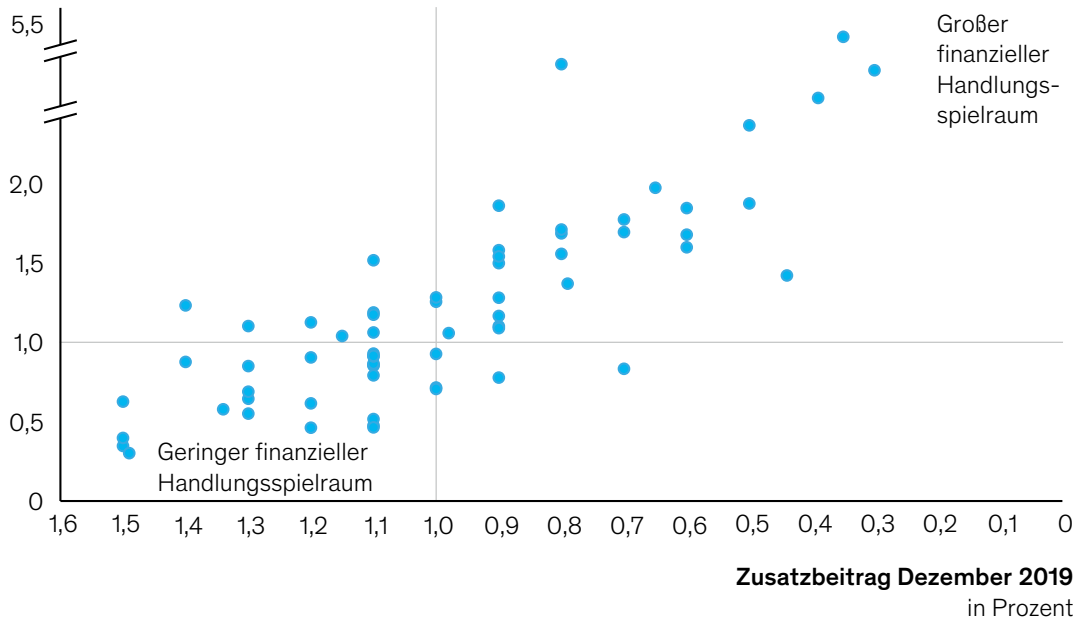


¹ Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V

Da die Reserven sehr ungleich auf Einzelkassen verteilt sind, geraten Teile der Kassenlandschaft 2020 potenziell unter starken Druck

Reserven 2018 in Monatsausgaben¹
in EUR



¹ Betriebsmittel und Rücklagen ohne Geldmittel zur Anschaffung von Verwaltungsvermögen, Monatsausgaben = 1/12 Gesamtausgaben

² Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2018

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305 b SGB V; Krankenkassenliste GKV-Spitzenverband

Ausblick



Was jetzt zu tun ist

„Aufbruch in eine herausfordernde, aber auch chancenreiche neue digitale Zeit“ – so lässt sich der Ausblick auf die kommenden Jahre aus Sicht der Akteure im deutschen Gesundheitssystem umreißen. Denn inmitten der COVID-19-Krise beginnt sich eine „neue Normalität“ zu etablieren, die die Nachfrage der Versicherten nach Digital-Health- und E-Health-Angeboten verstärkt. Dies erfordert mehr denn je fundamentale Änderungen in den bisher eher traditionell geprägten Geschäftsfeldern des Sektors.

Die Schlüsselrolle bei der Schaffung digitaler und gleichzeitig sicherer und verlässlicher Versorgungsstrukturen fällt den GKVEn zu. Sie sind angesichts der regulatorischen Rahmenbedingungen und ihrer zentralen Schnittstellenfunktion unentbehrlich bei der Grundsteinlegung für viele Neuerungen – von der Telemedizin über hybride Behandlungspfade und die medizinische Nutzung von Daten bis hin zu einem gesamthaften Gesundheitsökosystem.

Der Weg in die neue digitale Zeit wird von den GKVEn konsequentes Handeln, Durchhaltevermögen und ein Vertrauen auf die eigenen Stärken erfordern. Dies gilt auch, weil sich bereits jetzt erhebliche finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Krise abzeichnen, die mit einem generellen Anstieg von Leistungsausgaben zusammenfallen. Letzterer wird u.a. getrieben durch den Einsatz neuer Technologien und Behandlungsmethoden im Gesundheitssektor sowie den verschärften Wettbewerb unter Leistungserbringern.

Für die Fortführung der bereits gestarteten Transformation der GKVEn ist es daher erfolgskritisch, vor allem mittel- und langfristig den Fokus und klare Prioritäten bei der Digitalisierung zu bewahren. Außerdem sind über dem Managen der aktuell angespannten finanziellen Lage nicht die strategischen Hebel für eine Verbesserung der Wettbewerbsposition aus den Augen zu verlieren. Deshalb müssen die GKVEn nun zügig und konsequent digitale Kompetenzen aufbauen und im Hinblick auf Kollaboration und Vernetzung eine neue Offenheit gegenüber den anderen zentralen Akteuren im Gesundheitssektor zeigen. Ganz nach dem Motto: „gemeinsam an einem (digitalen) Strang ziehen“.

Methodik und Definitionen

Begriff, Abkürzung	Definition
Beitragspflichtige Einnahmen, BPE	Beitragspflichtige Einnahmen sind alle geldwerten Einnahmen der Mitglieder, aus denen Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen sind. Hohe Einnahmen werden dabei auf die Beitragsbemessungsgrenze des jeweiligen Jahres gekappt.
Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben, bLA	Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergeben sich aus der Summierung der Ausgaben gemäß berücksichtigungsfähigen Konten nach § 4 RSAV; im Einzelnen sind die Konten der vom Bundesversicherungsamt jährlich veröffentlichten Anlage 1.1 zu entnehmen.
Bestimmtheitsmaß R^2, R^2	R^2 ist eine Kennzahl zur Beurteilung der Anpassungsgüte einer Regression und wird in Prozent gemessen. Die Kennzahl gibt an, wie viel Streuung in den Daten sich durch ein vorliegendes lineares Regressionsmodell erklären lässt. Je näher dieser Wert bei 100% liegt, desto höher ist die „Bestimmtheit“ bzw. „Güte“ der Anpassung. Bei einem R^2 von 100% liegen die betrachteten Datenpunkte genau auf der Regressionsgeraden.
Bundesministerium für Gesundheit, BMG	Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht u.a. regelmäßig Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung, z.B. die Statistik über Versicherte zum Stichtag 1. Juli (KM6) und die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1).
Dienst für Gesellschaftspolitik, DfG	Der Dienst für Gesellschaftspolitik veröffentlicht wöchentlich Neuigkeiten zur Gesundheitswirtschaft, u.a. auch aktuelle Mitglieder- und Versichertenzahlen der Kassen.
Digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA	Als digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden Anwendungen mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung bezeichnet, die hauptsächlich auf digitalen Technologien beruhen. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) gibt gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf die Versorgung mit DiGAs, die nach erfolgreichem Durchlaufen des Prüfverfahrens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) gelistet sind.
Einnahmen aus Zusatzbeiträgen	Zusatzbeiträge sind Beiträge, die von jeder einzelnen Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erhoben werden können. Die Zusatzbeiträge dienen dazu, die Unterfinanzierung des Fonds und finanzielle Engpässe auszugleichen. Für die Finanzwirkung des Zusatzbeitrags auf die jeweilige Kasse sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich – und nicht die tatsächliche Einkommensstruktur einer Kasse.
Finanzierungslücke der Verwaltungskosten	Die Finanzierungslücke der Verwaltungskosten ist die Differenz zwischen den Verwaltungskosten und den Zuweisungen für Verwaltungskosten.

Gesundheitsbericht- erstattung des Bundes, GBE	Die Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes führt Gesundheitsinformationen aus mehr als 100 Quellen – darunter viele Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – an zentraler Stelle zusammen.
Gewichtete durchschnittliche Zusatzbeiträge	Zur Ermittlung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge werden die Zusatzbeiträge einer Kasse mit dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder multipliziert und abschließend summiert.
Jährliche Veränderung	Die jährliche Veränderung zwischen zwei Werten stellt den mittleren Prozentsatz dar, um den sich der Anfangswert jedes Jahr ändern müsste, um zum Endwert aufzuschließen.
KJ1-Ergebnis	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
KJ1-Jahresrechnung, KJ1	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
KM6-Mitgliederstatistik, KM6	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und deren Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1. Juli eines Jahres.
Kompensation Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.
Leistungsausgaben, LA	Leistungsausgaben beziehen sich auf die Leistungsansprüche der Versicherten (inkl. Satzungs- und Ermessensleistungen) und werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.
Lineare Regression	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgerade. Der Erwartungswert der Abweichungen zur Regressionsgeraden ist 0, somit entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.
Mitgliederbezogene Veränderung, mbV	Die mitgliederbezogene Veränderung wird nach § 40 RSAV durch das BVA bestimmt und spiegelt den Einnahmen- oder Ausgabenüberschuss im Gesundheitsfonds bezogen auf die Gesamtmitgliederanzahl in der GKV wider. In den vergangenen Jahren wurde vom GKV-Schätzerkreis ein Ausgabenüberschuss prognostiziert, was in diesen Jahren jeweils zu einer negativen mbV je Mitglied geführt hat.

Morbiditätsindex	Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.
Relative Entwicklung	Als relative Entwicklung wird die Entwicklung eines Werts im Zeitverlauf relativ zu seinem Wert an einem festgelegten Anfangszeitpunkt bezeichnet. Zur Berechnung werden alle Werte, die sich nach dem Anfangszeitpunkt verändert haben, als Anteile des Ausgangswerts in Prozent betrachtet.
Richtwertmethode	Bei der einfachen Richtwertmethode werden die Veränderungen bei den Ausgaben einer Kasse je Versicherten – insgesamt und je Leistungsbereich – mit der entsprechenden, nicht strukturbereinigten GKV-Veränderungsrate verglichen.
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV	Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung regelt das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der GKV.
Sonstige Ausgaben	Bei den Sonstigen Ausgaben handelt es sich um Ausgaben der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
Sonstige Einnahmen	Die Sonstigen Einnahmen entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.
Sozialgesetzbuch V, SGB V	Das Sozialgesetzbuch V regelt die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der GKVen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
Verwaltungskosten, VWK	Zu den Verwaltungskosten, die in die Kontenklasse 7 des GKV-Kontenrahmens gebucht werden, zählen u.a. die Vergütung und die Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeiter, Ausgaben zur Mitgliederanwerbung, Verwaltungssachkosten, Verbandsbeiträge und Kosten für die Selbstverwaltung.
Zuweisungen für Leistungsausgaben	Zuweisungen für Leistungsausgaben stellen den größten Teil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar. Die Zuweisungen basieren u.a. auf Geschlecht, Alter, dokumentierten Diagnosen und verordneten Arzneimitteln der Versicherten.
Zuweisungen für Verwaltungskosten	Zuweisungen für Verwaltungskosten stellen hinter den Zuweisungen für Leistungsausgaben den zweitgrößten Anteil an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar.

Impressum

Ansprechpartner

Florian Niedermann
Manuela Martin

Projektteam

Isabel Ehinger
Fabian Geldmacher
Malte Hotop
Beatrice Pototzky
Elke Uhrmann-Klingen

Redaktion

Kirsten Best-Werbunat
Jörg Hanebrink

Kontakt

Florian Niedermann
c/o McKinsey & Company, Inc.
Dorotheenstraße 6
70173 Stuttgart

Inhaltliche Beiträge

Stefan Biesdorf
Ulrike Deetjen
Isabel Ehinger
Katharina Eick
Dominik Esslinger
Harald Fanderl
Tjark Freundt
Mathis Friesdorf
Markus Gampert
Fabian Geldmacher
Markus Hedwig
Steffen Hehner
Christian Heinemeyer
Malte Hotop
Martin Huber
Christian Julius
Boris Körs
Karl Liese
Stephanie Lotz
Tobias Mann
Manuela Martin
Jochen Messemer
Manuel Möller
Georg Nederegger
Franz-Xaver Neubert
Rafael zur Nieden
Florian Niedermann
Beatrice Pototzky
Konstanze Reinecke
Laura Richter
Thomas Rudolph
Stephanie Schiegnitz
Tobias Schneider
Philipp Schuh
Elke Uhrmann-Klingen
Heike Thielmann (External Advisor)

Copyright © 2020 McKinsey & Company, Inc.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung von McKinsey & Company, Inc., unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Basisbilder Illustrationen: Copyright © Getty Images

Copyright 2020 © McKinsey & Company, Inc.

www.mckinsey.com

 @McKinsey

 @McKinsey

