

4. Tag der Versorgungsforschung

Entwicklungen unter Pandemiebedingungen

Virtuelles WIP-Kolloquium

Köln, den 22. September 2022

- Tagungsband -



Impressum

WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Die Autoren sind allein verantwortlich für die Inhalte und Zusammenfassungen der wissenschaftlichen Beiträge.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Tag der Versorgungsforschung | 4 |
| Entwicklungen unter Pandemiebedingungen | 4 |
| Organisation | 5 |
| Danksagung | 5 |
| Kolloquium | 6 |
| Programm | 6 |
| Parallelsession A: Gesundheitssystem-Analyse | 7 |
| Parallelsession B: Impfen und Versorgungssicherheit | 7 |
| Parallelsession C: Rehabilitation und Pflege | 8 |
| Zusammenfassungen - Abstracts | 9 |
| Bisherige Veranstaltungen | 20 |

Tag der Versorgungsforschung

Der jährlich stattfindende „Tag der Versorgungsforschung“ ist eine nicht-öffentliche Veranstaltungsreihe, die sich aus Sicht der privaten Krankenversicherungen dem Themenfeld der Versorgung nähert. Bislang existieren nur wenige Studien und Erkenntnisse über die Versorgung, die Privatversicherte betrifft.

Die Veranstaltung richtet sich in erster Linie an Leistungsmanager, die über Dienstleistungen und „Services“ ihrer Kunden entscheiden. Eine weitere wichtige Gruppe bilden Experten aus der Wissenschaft, die aktuelle Entwicklungen aufgreifen und vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse Diskussionen anregen und weiterführende Überlegungen anstoßen.

Außerdem gehören Dienstleister zur Zielgruppe dieser Veranstaltung, da sie im Auftrag der privaten Krankenversicherungen wichtige Funktionen übernehmen. Sie bringen eine vertiefte Expertise auf den verschiedenen Feldern mit, die den privaten Krankenversicherungen auf ihrem Weg vom „Payer zum Player“ begleiten und die Branche insgesamt weiter voranbringen.

Eine weitere Zielgruppe sind Leistungserbringer wie telemedizinische Anbieter, DIGA- bzw. DIPA-Hersteller, Apotheken, Apothekenketten, Internetapotheken bzw. Versandhändler und pharmazeutische Hersteller, da auch Herstellungs- und Verteilungsprozesse in der Versorgung von Privatversicherten mitgedacht werden müssen.

Das Ziel der Veranstaltung ist der gemeinsame und interaktive Austausch zu aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen, die wichtige Veränderungen für die Versorgung der Privatversicherten bedeuten können. Eine Diskussion in einem geschützten und vertraulichen Rahmen ist beabsichtigt.

Entwicklungen unter Pandemiebedingungen

Im Laufe der SARS-CoV2-Pandemie seit Anfang 2020 ergaben sich zahlreiche Veränderungen in der Versorgung, angefangen mit der damit verbundenen wachsenden Krankheitslast. Neben dem Infektionsgeschehen von COVID-19 (Inzidenz, Prävalenz, Testsregime etc.) und der Versorgung (häuslich, ambulant/telemedizinisch, stationär) betraf das insbesondere die mittel- bis langfristigen gesundheitlichen Folgen (Post-/Long-COVID-19) nach einer durchstandenen aktiven Infektion und ggf. erfolgreichen Behandlung. Diese traten nicht nur nach intensiv-medizinischer Behandlung in Erscheinung, sondern auch nach eher unauffälligen „milden“ Krankheitsverläufen. Die Prädiktoren für diese Verläufe sind bisher unklar.

Infolgedessen ist die Prävention und Impfung gegen das SARS-CoV2-Virus bzw. eine Ko-Infektion mit Influenza-Viren von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen von zentraler Bedeutung. Zudem geraten alle nachgelagerten, im Anschluss an eine Akutversorgung stattfindenden Versorgungsstrukturen, wie Rehabilitation und Pflege, in den Mittelpunkt. Es gilt, eine frühzeitige Arbeitsunfähigkeit abzuwenden und den Erhalt bzw. die Wiedergewinnung der ursprünglichen

Gesundheit nach Infektion auf allen Ebenen (physisch, mental) wiederherzustellen. In diese Prozesse und Ausrichtungen einen tieferen Blick zu gewähren und weiterführende Überlegungen zu ermöglichen, war der Hauptgedanke der diesjährigen Veranstaltung.

Organisation

| | | |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Dr. Christian O. Jacke | Dr. Frank Wild | Friederike Uhlitz |
| Claudia Weissenberger | Jenny Wernecke | Dr. Anke Schlieker |
| Julia Schaarschmidt | Jona-David Siebold | |

Danksagung

Unser Dank gilt allen Referentinnen und Referenten, die mit ihren Beiträgen maßgeblich zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben. Der Dank gilt zudem allen Moderatorinnen und Moderatoren, die durch die einzelnen Sessions begleitet haben und mit ihren Fragen und Kommentaren einen Impuls für die Diskussionen gaben. Danke!

Dr. Christian O. Jacke
WIP-Projektleiter

Dr. Frank Wild
WIP-Institutsleiter

Kolloquium

Programm

PL: Plenum

PSA: Parallelsession A

PSB: Parallelsession B

PSC: Parallelsession C

Moderation: Friederike Uhlitz, Christian O. Jacke

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| 09:45–10:00 | Registrierung & Login | | |
| 10:00–10:05 | Begrüßung & technische Hinweise | | |
| 10:05–10:15 | PL | F. Reuther PKV-Verbandsdirektor | Begrüßung zum Tag der Versorgungsforschung 2022 |
| 10:15–10:30 | PL | F. Wild Institutsleiter | Entwicklungen unter Pandemie-Bedingungen |
| 10:30–11:00 | PL | AR. Kozculla Universität Marburg | Post- und Long-COVID-19: Worauf müssen wir uns einstellen? |
| 11:00–12:30 | PSA | Parallelsession A | Gesundheitssystem-Analyse |
| 11:00–12:30 | PSB | Parallelsession B | Versorgung und Impfen |
| 11:00–12:30 | PSC | Parallelsession C | Rehabilitation & Pflege |
| 12:30–13:00 | PL | M. Michalke, S. Brenzek GTV-Europe, AXA | Telemedizinische Versorgungskonzepte: Die Zukunft |
| 13:00 | Danksagung & Verabschiedung | | |

Parallelsession A: Gesundheitssystem-Analyse

Moderation: Jenny Wernecke, Frank Wild

| 11:00 | Begrüßung | | |
|-------------|------------------|--|--|
| 11:00–11:30 | PSA | E. Swart, C. Stallmann Universität Magdeburg | Gesundheitsprofile privat krankenversicherter Teilnehmer*innen der NAKO-Gesundheitsstudie. |
| 11:30–12:00 | PSA | J. Köppen, K. Achstetter TU Berlin | Wie bewerten privat Krankenversicherte Qualität, Sicherheit, Zugang und Responsiveness des deutschen Gesundheitssystems? Ergebnisse aus dem Projekt IPHA |
| 11:00–11:30 | PSA | M. Theine, K. Gundlach ZEB | Blick in die Praxis: Wie kann man neue digitale Dienstleistungen an den Bedarfen der Privatversicherten ausrichten? |
| 13:00 | Ende der Session | | |

Parallelsession B: Impfen und Versorgungssicherheit

Moderation: Anke Schlieker, Christian O. Jacke

| 11:00 | Begrüßung | | |
|-------------|------------------|--|--|
| 11:00–11:30 | PSB | CO. Jacke, F. Wild WIP | Versorgungssicherheit der Privatversicherten mit Grippeimpfstoffen |
| 11:30–12:00 | PSB | D. Hruschka CSL | Grippeimpfstoffe – Innovationsbereitschaft erhalten |
| 12:00–12:30 | PSB | K. Rehwald, V. Tscholl AXA, LINDA-AG | Verteilung von Influenza-Impfstoffen und die LINDA-Kooperation |
| 13:00 | Ende der Session | | |

Parallelsession C: Rehabilitation und Pflege

Moderation: Julia Schaarschmidt, Jona-David Siebold

| | | | |
|-------------|-------------------------|---|--|
| 11:00 | Begrüßung | | |
| 11:00-11:30 | PSC | M. Hochheim Generali Health Solutions | Kosten-Effektivitätsanalyse zur MBR des chronischen Rückenschmerz |
| 11:30-12:00 | PSC | J. Zerth SRH Wilhelm Löhe Hochschule/KU Eichstätt | Rehabilitation und Pflege: Wo geht es hin? |
| 12:00-12:30 | PSC | JH. Simon, S. Krüppel, R. Richter Medicproof GmbH | Reha vor Pflege - Die Rolle der Pflegebegutachtung in der PPV |
| 13:00 | Ende der Session | | |

Long-Post-COVID: Eine Übersicht

Prof. Dr. med. A. Rembert Koczulla

PL

Professur für Pneumologische Rehabilitation an der Philipps Universität Marburg, Deutsches Zentrum für Lungenforschung, Schön Klinik Berchtesgarden

Laut WHO sind zum aktuellen Zeitpunkt 17 Millionen Europäer an Long-COVID erkrankt. Erfreulicherweise hat Long-COVID eine gute Rückbildungstendenz. Nach 28 Tagen berichten noch 13,3 % der akut erkrankten Patienten über Symptome, nach 12 Wochen nur noch 2,3 % aller Patienten. Wichtig ist die Erkennung der Patienten, die in die Arbeitsunfähigkeit gehen. Werden Pflichten oder Tätigkeiten vermieden, oder reduziert, oder zeitlich verteilt, sind dies Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine medizinische Versorgung benötigen. Die Abfragealgorithmen zur Erkennung dieser schwer betroffenen Patienten sind in der Leitlinie zu Long-COVID [1] hinterlegt. Eine Patientenleitlinie liegt vor.

Die Leitlinie definiert Long-COVID als Symptome, die nach 4 Wochen einer akuten SARS-CoV2 Infektion noch fortbestehen. Liegen die Symptome auch nach 3 Monaten noch vor, sprechen wir von Post-COVID als Unterform der Long-COVID Problematik. Häufige Symptome sind Luftnot, Leistungsminderung, Muskelschmerzen, Riech- und Schmeckstörungen sowie Fatigue.

In den Vereinigten Staaten sind bislang ca. 1 Mio. Menschen an Long-COVID verstorben. 44 % Long-COVID Patienten waren/sind arbeitsunfähig. 51 % haben weniger gearbeitet. Insgesamt sind das ca. 1 Mio. Menschen, die nicht arbeiten konnten (Verdienstaufschlag ca. 50 Mrd. US-Dollar). Für Deutschland liegen vergleichbare Zahlen vor [2, 3].

Eine besondere Rolle spielen Personen mit Long-COVID Symptomen, bei denen eine psychische Erkrankung vorausging und ausgeprägte Symptome einer akuten COVID-Infektion vorlagen. Therapeutische Erfolge können dann mit der Rehabilitation erzielt werden. Insbesondere die körperliche Belastbarkeit (med. Kapazität) im 6 Minuten Gehstest kann durch Rehabilitationsmaßnahmen bei leichten bis schweren Verläufen einer akuten Infektion signifikant gesteigert werden.

Eine zukünftige Studie (RELOAD) soll Clustergruppen bilden und Fatigue, neurologische Symptomkomplexe und somatische Post-COVID Symptome adressieren. Ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten erscheinen zudem sinnvoll. Pneumologisch gibt es hierfür bislang keine gute Infrastruktur. An digitalen Konzepten wird gearbeitet, die sich aber hinsichtlich ihrer Ausrichtung (Rehabilitation vs. Trainingskonzepte) stark unterscheiden. Kombinationstherapien für somatische und seelische Symptome sind in der Entwicklung, können aber bisher nicht auf bestehenden Versorgungsstrukturen aufbauen. Hier entwickeln sich erste Ansätze, um Patienten schneller in das Arbeitsleben zurückzuführen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Literatur

[1] Koczulla et al. (2022). [AWMF-Leitlinie zu Long-Post-COVID](#)

[2] Techniker Krankenkasse (2022). [Zwei Jahre Corona-Pandemie \(Teil 2\)](#)

[3] Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2022). [Pressemitteilung](#)

Gesundheitsprofile privat krankensversicherter Teilnehmer*innen der NAKO Gesundheitsstudie

apl. Prof. Dr. habil. Enno Swart, Dr. Christoph Stallmann

PSA

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Universität Magdeburg
enno.swart@med.ovgu.de, christoph.stallmann@med.ovgu.de

Hintergrund: Chronische Erkrankungen führen zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und zu hohen Leistungsausgaben. Ein möglichst umfassendes Bild über die Entstehung und den Verlauf von chronischen Erkrankungen sowie die Möglichkeiten ihrer Prävention sind von immenser Bedeutung. Die prospektive Kohortenstudie „NAKO Gesundheitsstudie“ (NAKO; FKZ: 01ER1301A/B/C, 01ER1511D, 01ER1801A) verfolgt das Ziel, die typischen chronischen Erkrankungen (Volkskrankheiten) in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf zu erforschen, um Präventions- und Therapiemaßnahmen zielgenau zu entwickeln. Eine Differenzierung nach Krankenversicherungsart ist erforderlich.

Methoden: In einem Abstand von fünf Jahren werden die Teilnehmer*innen (TN) der NAKO in Studienzentren eingeladen und zu ihrer Gesundheit befragt und ggf. untersucht. Im Rahmen eines soziodemografischen Fragenblocks wird die Krankenversicherungsart erfragt. Zudem werden umfangreiche Untersuchungen, bspw. der Lungenfunktion und des kardiovaskulären Systems, durchgeführt. Weitere (Online-)Befragungen, bspw. zum Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2, sowie über Sekundärdaten (privater Krankenversicherungen, gesetzlicher Krankenkassen, Krebsregister) bis hin zu einem Mortalitäts-Follow-up werden durchgeführt. Details zu den Gesundheitsverläufen der TN werden ergänzt.

Ergebnisse: An der Erstuntersuchung der NAKO (2014-2019) nahmen 204.895 Personen teil. Der Anteil an privat krankensversicherten TN (pvTN) liegt bei ca. 13,7 %. Diese sind überwiegend männlich (65,4 %). Der Anteil der pvTN an allen TN nach Studienzentrum ist in den westlichen Bundesländern höher. Erste Teilanalysen der Befragungsdaten verortet die pvTN überwiegend in den Berufsgruppen der Führungskräfte und akademischen Berufe. Ebenfalls konnte dabei ein im Vergleich zu den gesetzlich krankensversicherten TN geringerer Anteil an Diabetiker*innen unter den pvTN erfasst werden (10,5 % vs. 4,3 %).

Diskussion: Die Daten der NAKO ermöglichen die Erstellung eines umfangreichen gesundheitlichen Längsschnittprofils der TN. Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens von Leistungen ist unter Berücksichtigung konkreter Gesundheitsaspekte gesondert nach Krankenversicherungsart möglich, allerdings ohne Identifizierung einzelner Versicherungsunternehmen. Epidemiologische und (eingeschränkt) gesundheitsökonomische Analysen sind durchführbar. Aktuelle Angaben zum Infektionsgeschehen erlauben empirische Analysen zu SARS-CoV-2 oder Long COVID auf Individual-ebene.

*Die privaten Krankenversicherungen können sich jederzeit aktiv mit ihren Sekundärdaten beteiligen und/oder selbst die Nutzung der Daten über den Transferhub der NAKO im Rahmen eines standardisierten Use-and-Access-Verfahrens beantragen (<https://transfer.nako.de>). Empfehlungen zur Analyse privater Krankenversicherungsdaten sind in der **AGENS** (SIG-PKV) in Bearbeitung, da erstmalig administrative und medizinisch-klinische PKV-Daten zur allgemeinen Verfügung stehen.*

Wie bewerten privat Krankenversicherte Qualität, Sicherheit, Zugang und „Responsiveness“ des deutschen Gesundheitssystems? Ergebnisse aus dem Projekt IPHA

Julia Köppen, Katharina Achstetter

PSA

Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin (HECOR), TU Berlin
julia.koepfen@tu-berlin.de, katharina.achstetter@tu-berlin.de

Hintergrund: Obwohl 11 % der Bevölkerung in Deutschland privat krankenversichert ist, ist diese Personengruppe in der Versorgungsforschung deutlich unterrepräsentiert. Es wird von einer „2-Klassen-Medizin“ gesprochen und eine Überversorgung bzw. Bevorzugung von PKV-Versicherten diskutiert. Bislang liegt wenig Forschung vor, wie PKV-Versicherte die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems wahrnehmen. Daher wurde im Forschungsprojekt IPHA („Integrating the population perspective in health system performance assessment“) die Perspektive von PKV-Versicherten auf verschiedene Aspekte des deutschen Gesundheitssystems untersucht [1-3].

Methode: Im Jahr 2018 wurden 20.000 Versicherte der Debeka zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Stichprobe wurde stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Beihilfestatus gemäß der Verteilung der PKV-Versicherten in Deutschland gezogen. Die Teilnahme an der Befragung war online oder anhand eines Papierfragebogens möglich. Zudem wurde von den Teilnehmenden das Einverständnis zur Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Abrechnungsdaten eingeholt. Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse der Befragung dargestellt.

Ergebnisse: Die 3.601 Teilnehmenden (männlich 65 %; Alter MW 58,5 [SD 14,6]) weisen einen hohen Bildungsstand (81 % ISCED 5-8), ein hohes Nettoäquivalenzeinkommen (Median 2.667 €) sowie einen (sehr) guten Gesundheitszustand auf (72 %). Von einer oder mehreren chronischen Erkrankungen berichten 59 %. Eine (sehr) gute Bewertung der Responsiveness (d.h. die legitimen nicht-medizinischen Erwartungen) erreichten die Bereiche Vertraulichkeit und respektvoller Umgang (je 94 %); das Vertrauen in die Behandlung zum gesundheitlichen Wohlergehen (statt anderer Interessen) erreichte hingegen nur 82 %. Nur 61 % bewerteten die Koordination zwischen Ärzt*innen (sehr) gut. Zugang zu ärztlicher Versorgung abends, am Wochenende oder an einem Feiertag empfanden 54 % als (sehr) schwierig. Von einem Verzicht auf eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeiten oder finanziellen Gründen berichteten 8 % bzw. 7 % der Befragten. Große Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern nahmen 75 % der Befragten wahr. Behandlungsfehler vermuteten 14 %, mitgeteilt wurde dies 4 % der Befragten. Der größte Reformbedarf wurde bei der Koordination zwischen Leistungserbringern gesehen (47 %), gefolgt von privaten Gesundheitsausgaben (38 %) und Verfügbarkeit von Fachärzten (23 %).

Schlussfolgerung: Insgesamt bewerten PKV-Versicherte das deutsche Gesundheitssystem als gut, jedoch besteht insb. im Bereich der Koordination, der Qualität der Versorgung sowie der Patientensicherheit Optimierungsbedarf. Zudem wurden Subgruppenunterschiede (Alter, Geschlecht, Einkommen, chronische Erkrankungen) sichtbar. Weitere (Versorgungs-)Forschung zu PKV-Versicherten ist notwendig.

Literatur

- [1] Blümel et al. (2020). DOI [10.15171/IJHPM.2019.141](https://doi.org/10.15171/IJHPM.2019.141)
- [2] Achstetter et al. (2022). DOI [10.1002/hpm.3541](https://doi.org/10.1002/hpm.3541)
- [3] Achstetter et al. (2022). DOI [10.1002/hpm.3570](https://doi.org/10.1002/hpm.3570)

Ein Blick in die Praxis: „Wie der Umgang mit digitalen Services gelingt und welche Anforderungen sich für das Leistungsmanagement ergeben“

Mirko Theine, Kilian Gundlach

PSA

zeb consulting, Hammer Straße 165, 48153 Münster
mirko.theine@zeb.de, kgundlach@zeb.de

Hintergrund: Die Krankenversicherung ist im Wandel. Immer mehr Anbieter möchten vom Kunden nicht mehr nur als reiner Kostenerstatter wahrgenommen werden, sondern als Dienstleister rund um das Thema Gesundheit. Der Kunde rückt mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum der Krankenversicherer. Zudem wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens forciert. Veränderungen der technischen Infrastruktur, die elektronische Patientienakte (ePA) und E-Rezept ermöglichen eine neue Interaktion mit Kunden. Auf der anderen Seite fordern diese Digitalisierungsmaßnahmen die Krankenversicherer und deren Organisation.

Methode: Über zwei Erhebungen im PKV-Markt (in 2020 [1] sowie zu Anfang 2022 [2]) wurde versucht die Entwicklungen hinsichtlich des Angebots an zusätzlichen digitalen Gesundheitsservices der einzelnen PKVen auf ihrem Weg zu lösungsorientierten Gesundheitsdienstleistern zu erfassen. Es wurden öffentliche Informationen von 29 Anbietern privater Krankenvollversicherungen mittels Outside-In Betrachtung erhoben und ausgewertet.

Ergebnisse: Es ist festzustellen, dass das Angebot an zusätzlichen digitalen Gesundheitsservices seit der Ersterhebung um ca. 20 % zugenommen hat. Treiber der Entwicklung sind hierbei insb. Angebote in den Clustern der akuten Services (+38 %), gegen bspw. Psyche/Stress, Diabetes oder Tinnitus, sowie präventiven Services (+28 %). Viele Dienstleistungen im Cluster der allgemeinen Services sind zwischenzeitlich Hygienefaktor, wie bspw. eine Rechnungsapp oder Gesundheitstelefon – wohingegen beim telemedizinischen Angebot noch ein starkes Angebotswachstum zu verzeichnen war. Insgesamt wird die Entwicklung aktuell jedoch prädominant von den großen Versicherern, als auch einer Gruppe mittelständischer Challenger getrieben – eine Gruppe von „Slow Mover“ stagniert in diesem Kontext und auch für die „Normal Adapter“ ist eine strategische Positionierung in dem sich weiter transformierenden Markt immanent.

Schlussfolgerung: Bei der strategischen Aufstellung des Leistungsmanagements privater Krankenversicherer gilt es einen holistischen Blick auf alle Bestandteile zu entwickeln. Diese Entwicklungsrichtungen erfordern eine Transformation in Organisation und Personal. Der bisherige Fokus der manuellen Prüfung wird verschoben zur Steuerung der Versicherten in einem vernetzten Gesundheitsmanagement. Ein Kulturwandel ist erforderlich, welcher die gesamte Organisation der Versicherung betrifft. Details zur durchgeführten Studie sind auf Nachfrage von zeb Consulting erhältlich.

Literatur

[1] zeb (2021). [Der Weg zum Gesundheitsdienstleister](#)

[2] zeb (2022). [Digitalisierungsschub durch Gesundheitsservices](#)

Versorgungssicherheit von Grippeimpfstoffen für Privatversicherte

Dr. Christian O. Jacke, Dr. Frank Wild

PSB

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

christian.jacke@wip-pkv.de, frank.wild@wip-pkv.de

Hintergrund: Der Mangel an Grippeimpfstoffen in der Grippesaison 2020/21 zeitgleich zur Corona-Pandemie betraf die gesamte Bevölkerung. Die Studie zielte darauf ab, die Folgen eines Grippeimpfstoffmangels bei Privatversicherten zu prüfen und die administrativen Impfquoten und Bedarfe auf Basis von Sekundärdaten zu schätzen.

Methode: Das Apotheken-Panel des Deutschen-Apotheken-Portals (DAP) mit seinen ca. 12.500 Apotheken und 22.000 Erwerbstätigen diente als Auswahlgesamtheit für die online-Befragung im Februar 2021. Insgesamt 2.740 Personen aus 2.119 Apotheken nahmen deutschlandweit an der Befragung teil. Ein Online-Fragebogen erfasste systematisch das Impfgeschehen für Privatversicherte aus Sicht der Befragten. Die Sekundärdatenanalysen basieren auf PKV-Bestandsdaten und dem WIP-Arzneimitteldatenpool, den 19 Private Krankenversicherungen mit jährlich ca. 65 Mio. Verordnungen speisen. Die deskriptiven Statistiken basieren auf dem jeweiligen Beobachtungsjahr zuzüglich der ein Jahr später eingereichten Verordnungen.

Ergebnisse: Die relevante Stichprobe für 1,7 % der ApothekerInnen in 11,3 % bundesdeutschen Apotheken zeigte neben dem Mangel an Grippeimpfstoffen insbesondere die Benachteiligung der Privatversicherten. Nach Ansicht der ApothekerInnen traf dies im besonderen Maße Privatversicherte der Risikopopulation (ab 60 Jahre). Die sekundäranalytischen Auswertungen zeigten, dass die eingereichten Impfverordnungen auf eine administrative Impfquote von weniger als ein Drittel (Prä-Pandemie) und etwas weniger als die Hälfte (Pandemie) hindeuten.

Schlussfolgerung: Die Bedarfsplanung von Grippeimpfstoffen ist allein schon aufgrund des langwierigen Herstellungsprozesses erheblichen Risiken unterworfen. In Zeiten des Mangels geraten die Privatversicherten, insbesondere die Risikopopulation, in Konkurrenz zu Selbstzahlern der Nicht-Risikopopulation. Neben diversen Anreiz- und Verteilungsproblemen können Schätzmodelle auf Basis administrativer Daten helfen, präzisere Bedarfszahlen für Hersteller beizusteuern und eine höhere Versorgungssicherheit zu erzielen. Die Weiterentwicklung von belastbaren Schätzmodellen wird von zentraler Bedeutung bleiben.

Grippeimpfstoffe - Innovationsbereitschaft erhalten

Dieter Hruschka

PSB

CSL Seqirus GmbH, Stefan-George-Ring 23, 81929 München

Dieter.Hruschka@seqirus.com

Hintergrund: Im Pandemiejahr 2020/2021 deckten die verfügbaren Impfstoffdosen bei weitem nicht den Bedarf. Das lag mit unter daran, dass in Prä-Pandemiezeiten die Influenza-Impfquoten wie jedes Jahr weit unter dem von der WHO geforderten Niveau lagen. Hohe Impfquoten sind jedoch relevant, da eine Übersterblichkeit laborbestätigter Grippefälle sowie hohe Versorgungskosten leicht vermieden werden können. Ziel dieses Beitrags ist eine Analyse des bisherigen Systems der Grippeimpfstoffversorgung aus der Perspektive eines forschenden pharmazeutischen Unternehmens.

Methode: Analyse des Forschungs- und Herstellungsprozesses sowie des regulatorischen Rahmens.

Ergebnisse: Die ständige Evolution des Grippevirus erfordert eine jährliche Anpassung der Grippeimpfstoffe. Ein erster Blick richtet sich dabei auf die Südhalbkugel (Australien), da die Influenza-Saison dort jahreszeitenbedingt früher beginnt. Nach Analyse der aktuellen Grippevirenstämme erfolgt die Prüfung und ggf. Anpassung der bestehenden Impfstoffe. Derzeit gibt es auf dem Markt ein Spektrum von weiterentwickelten Grippeimpfstoffen, die von adjuvantierten und zellbasierten bis hin zu einem Hochdosis-Grippeimpfstoff reichen. Diese berücksichtigen neben den aktuellen Influenza-Viren auch die Merkmale der Risikopopulationen. Die Vielfalt an Wirkstoffen gilt es zu bewahren, um eine breite und gleichzeitig auch nach Alters- und Risikogruppen differenzierte Einsatzmöglichkeit zu gewährleisten.

Der Planungs- und Herstellungsprozess charakterisiert sich durch eine zeitlich sehr enge Taktung über das Jahr und fordert den pharmazeutischen Herstellern eine sehr konzise Planung und Steuerung ab. Nach ca. 6 Monaten erfolgt der Auslieferungsprozess. Eine „Nachbestellung“ wie bei anderen Arzneimitteln ist nur sehr eingeschränkt möglich. Der Markteintritt erfolgt nach erfolgreich absolvierter wissenschaftlicher Evaluation. Hierbei werden manchmal die gesellschaftlichen Anforderungen in ökonomischer und therapiegerechter Perspektive ausgeblendet und führen zu einer Gefährdung des Bevölkerungsschutzes aus methodischen Erwägungen heraus.

Die Verimpfung durch niedergelassene Ärzte, Betriebsärzte, Gesundheitsämter und neuerdings Apotheken folgt den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Diese empfiehlt Impfstoffe zu den verschiedenen Risikogruppen und kann ggf. die aus medizinischer Sicht notwendige Flexibilität einschränken.

Schlussfolgerung: Die Versorgung mit innovativen Grippeimpfstoffen ist ein hoch komplexes System, das dem Gesundheitsschutz von vulnerablen Bevölkerungsgruppen dient und die Bedarfe der verimpfenden Institutionen sowie pharmazeutischen Herstellern mitdenken muss. Gerade für letztere gilt es zu bedenken, dass umfangreiche Investitionsentscheidungen für die Erforschung, Entwicklung und Bereitstellung von innovativen Grippeimpfstoffen gefällt werden. Daher ist es entscheidend, dass die Rahmenbedingungen des Arzneimittelmarktes sorgfältig zwischen Schutz- und Sicherheitsanforderungen sowie schnell verfügbaren, hochwirksamen Innovationen abwägen. Die besonderen Rahmenbedingungen der Planungs-, Herstellungs-, Auslieferungs- und Evaluationszwänge sind frühzeitig zu berücksichtigen. Nur eine vielfältige Grippeimpfstoffversorgung bietet eine nachhaltige Versorgungssicherheit und ein kosteneffektives Versorgungssystem.

Versorgungs-Pilot Gripeschutzimpfung 2021

Kerstin Rehwald¹, Vanessa Tscholl²

PSB

1 AXA Krankenversicherung AG, 2 LINDA AG / LINDA Apotheken

Hintergrund: Der Mangel an Grippeimpfstoffen Ende des Jahres 2020 betraf konkret ebenfalls die AXA-Privatversicherten. Auf Basis der bereits bestehenden Kooperation mit den LINDA Apotheken sollte ein weiteres gemeinsames Pilotprojekt die Verteilungs- und Zugangsprobleme für die AXA-Versicherten verbessern.

Methode: Ende August 2021 wurden AXA-Versicherte v.a. aus der Risikopopulation und in der Nähe zu LINDA Apotheken (> 600 Apotheken deutschlandweit) liegend über eine Gripeschutzaktion informiert. Das Anschreiben erfolgte per Post oder via Onlineportal (*myAXA*, *meineGesundheit*). Über die Schreiben konnten die AXA-Versicherten per LINDA App oder per Rezepteinlösung vor Ort die AXA-Kontingente innerhalb des Zeitraumes vom 1.9 bis 15.10.2021 für Gruppeschutzimpfungen zu einem festen Termin reservieren. Apothekenintern erfolgte eine umfangreiche Aufklärung aller LINDA Apotheken sowie eine enge Zusammenarbeit mit einem Hersteller für Grippeimpfstoffe.

Ergebnis: Gemäß dem AXA Onlineportal *meineGesundheit* folgten insgesamt 14,5 % der angesprochenen Personen der Grippeimpfaktion (conversion rate). Insgesamt haben sich 4,6 % der Angeschriebenen für eine Grippeimpfung bei den LINDA Apotheken entschieden. Im Beobachtungszeitraum 2020/2021 trug auch das Projekt dazu bei, die Impfquote um weitere 11 % zu steigern. AXA-Versicherte und LINDA Apothekenmitarbeiter berichten von einer hohen Zufriedenheit.

Schlussfolgerung: Das Pilotprojekt hat sich als Instrumentarium der Versorgungssteuerung als wirksam erwiesen. Beide Vertragspartner haben an dem Konstrukt für das Jahr 2022 festgehalten. Neben der Versorgungssicherheit werden zudem gesundheitsökonomische Ziele (vermiedene medizinische Behandlungen infolge einer Influenza-Erkrankung) erreicht. Zukünftig können Apotheken zusätzlich als Leistungserbringer auftreten, sodass eine enge Abstimmung mit Herstellern eine weitere Steigerung der Impfquoten in Reichweite bringt.

Kosten-Effektivitätsanalyse eines biopsychosozialen Versorgungsprogramm für Menschen mit unspezifischen, chronischen Rückenschmerzen im Vergleich mit der Regelversorgung von privatkrankenversicherten in Deutschland

Martin Hochheim

PSC

Generali Health Solutions, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund: Das Ziel der Studie war die Überprüfung der Kosteneffektivität des Rückenprogramms im Vergleich zur Regelversorgung nach 24 Monaten.

Methode: Es wurden Fragebogendaten und administrative Daten der Studienteilnehmer verwendet. Primäre Outcomes waren inkrementelle Kosteneffekte (ICER) mittels qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALYs). Sekundäre Outcomes waren rüchenschmerzbedingte AU-Tage. Zur Berechnung der Kosten-Effektivitätsanalyse wurde ein Propensity score matching difference-in-difference (PSM-DiD) Modell mit nicht-parametrischem bootstrapping genutzt. Die Berechnung der Unterschiede bei den AU-Tagen wurde mit Kovarianzanalysen durchgeführt.

Ergebnis: Die Intervention (IG) kann mit einem ICER von 8.296 € pro QALY als kosteneffizient eingestuft werden. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe (KG) reduzierte die IG die Krankheitszeiten aufgrund von Rückenschmerzen in den letzten sechs Monaten um 17,5 Tage ($p = 0,001$). Vor allem stark betroffene Rückenschmerzpatienten profitierten signifikant von der Teilnahme. Rückenschmerzspezifische Kosten konnten in dieser Subgruppe um -1.824 € reduziert werden.

Schlussfolgerung: Die Kosten-Effektivitätsanalyse zeigte, dass speziell Patienten mit hohen Schweregraden von der Teilnahme am Programm profitieren. Hier sind sowohl die Einsparungen als auch die Reduktion der AU-Tage und der Gewinn der Lebensqualität am größten im Vergleich zur Regelversorgung. Um eine gesundheitsökonomisch dominante Intervention anbieten zu können, sollte sich der Kostenträger darauf konzentrieren, die richtige Zielgruppe ins Programm einzusteuern.

Literatur

[1] Hochheim et al. (2021). DOI [10.1186/s12913-021-07337-9](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07337-9)

Rehabilitation und Pflege: Wo kann es hingehen?

Prof. Dr. Jürgen Zerth

PSC

SRH Wilhelm Löhe Hochschule/KU Eichstätt

Rehabilitation und Pflege (RP) sind Anknüpfungspunkte für Sorgegestaltung [1]. RP orientiert sich an medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarfslagen und muss sich den Problemen einer alternden Population sowie den damit einhergehenden Folgen für die Sorgestrukturen stellen. Zu beachten sind dabei die Prämissen „Reha vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ [2].

Ziel der Rehabilitation sollte, stärker als bei der Pflege, die Förderung der Selbstversorgungs- und Selbstmanagementkompetenzen sein. Ein kluger Mix aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Strukturen und die Förderung von Sorgearrangements, die eine selbständige Lebensführung unterstützen können sowie die Einbettung in den Sozialraum ermöglichen, sind hier zielführend. Der zentrale Charakter von Rehabilitation als proaktive Form einer Selbstpflege wird hier sichtbar [3]. Rehabilitation ist jedoch institutionell in Deutschland sehr heterogen angeordnet. Beim Erwerbstätigen gilt – vornehmlicher Rehabilitationsträger ist die Gesetzliche Rentenversicherung – das Prinzip „Reha vor Rente“. Beim älteren Menschen und mit wachsendem Risiko der Pflegebedürftigkeit ist dann in erster Linie die GKV zuständig, das Prinzip „Reha vor Pflege“ ist anzuwenden. Im Bereich der PKV bleibt ein Regelanspruch auf eine Rehabilitation abhängig von der Vertragskonstellation. Mit Blick auf die Empirie – hier durch ein Gutachten für den GKV-Spitzenverband ersichtlich [4] – verdeutlicht sich zwar ein gewachsener Anteil an Reha-Empfehlungen. Die Schere zur tatsächlichen Reha-Inanspruchnahme wächst aber zusehends und stellt deutliche Fragen nach der Transparenz und der u. U. fehlenden Vernetzung von Rehabilitationsstrukturen.

Rehabilitation ist als Teil einer „Assistenzlogik“ zu interpretieren, wo der Einzelne in einer Bedarfslage geschult, mit Hilfsmitteln unterstützt und/oder durch personell-erbrachte Rehabilitation im Idealfall zur selbständigen Lebensführung angehalten wird. Gleichwohl ist die Einordnung von Rehabilitation wie auch bei Pflege selbst nicht als Diagnose zu deuten, sondern als Feststellung einer oder diverser Bedarfslagen, die unterschiedliche Assistenzen gerade mit Blick auf die Gestaltung der demographischen Kompression [5], d. h. der weitgehend in Gesundheit verbrachten Lebenszeit, erforderlich machen. Es geht eher um ein zielführendes Vorgehen, dass gerade bei Fortschreiten der demographischen Progression nicht nur reaktiv, sondern pro-aktives Handeln fördert (etwa eingebettet in geriatrische Assessments). Digitalisierungsansätze, sowohl im Sinne einer effektiven elektronischen Patientenakte als auch im Sinne organisatorischer Modelle der Telerehabilitation, können dann effektive und effiziente Ansätze sein. Letztgenannte Strukturen profitieren insbesondere mit Blick auf ein Rehabilitationskontinuum, das auf der Akteursebene (nicht anlassbezogen) Selbstpflegepotenziale fördert und anlassbezogen bei Überleitungsphänomenen eine integrative und kontextualisierte Begleitung mit ausphasender physisch angeleiteter rehabilitativer Schulung und einphasender virtueller rehabilitativer Rehabilitation verknüpfen sollte.

Literatur

- [1] Jendrzej B, Schmidt R (2017). [Veränderten Anforderungsprofile ... S. 7-23](#)
- [2] Zerth J, Wasem J, Matusiewicz D (2019). „Reha vor Pflege“
- [3] Gutenbrunner C et al. (2021). [Nursing – a core element of rehabilitation](#)
- [4] Golla A et al. (2019). [Abschlussbericht](#)
- [5] Von Renteln-Kruse et al. (2011). [Rehabilitation vor Pflege](#)

„Reha vor Pflege“ - Die Rolle der Pflegebegutachtung in der PPV

Swenja Krüppel, Jan Henrik Simon

PSC

Medicproof GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74A, 50968 Köln

Hintergrund: Die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt an, besonders bei Versicherten mit geringen Einschränkungen. Seit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG) verzeichnet Medicproof, der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung, einen wachsenden Bedarf an Pflegebegutachtungen. Pflegeversicherte beantragen bereits bei geringen Einschränkungen Leistungen. Das geht mit einer längeren Dauer der Pflegebedürftigkeit einher, die nach aktuellen Schätzungen bei PPV und SPV bis 2050 bis zu 6,5 Mio. Leistungsempfänger verursacht [1]. Hierbei ist zu erwarten, dass der große Anstieg die PPV früher als die SPV treffen wird, da die PPV in den Alterskohorten der heute 55-70-Jährigen überproportional repräsentiert ist. Die Untersuchung zielt darauf ab, die Entwicklung der beantragten Pflegebegutachtungen und ausgewählte Aspekte der daraus resultierenden Begutachtung zu beschreiben.

Methode: Aus der zentralen Datenbank von Medicproof wurden alle Gutachten aus den Jahren 2015 bis 2019 ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mittels Methoden der deskriptiven Statistik. So wird die Verteilung von Pflegestufen bzw. -graden (ab 2017) dargestellt, wie auch verschiedene Verteilungen hinsichtlich Heilmitteln und Rehabilitation.

Ergebnisse: Die Summe aller Begutachtungen ist von ca. 130.000 (2015) auf ca. 170.000 (2019) um 30 % gestiegen. Die Anteile der niedrigen Pflegegrade sind stark gewachsen. Die Heilmittelversorgung wächst stark bei Personen in niedrigen Pflegegraden und ist bei jüngeren Leistungsempfängern stärker verbreitet. Bei älteren Leistungsempfängern und bei denen in höheren Pflegegraden wird die aktuelle Versorgung öfter als ausreichend bewertet. Daher ist in dieser Gruppe der Anteil der Reha-Empfehlungen gegenüber jüngeren und Menschen mit niedrigen Pflegegraden geringer.

Schlussfolgerung: Die Pflege-Begutachtung kann die Funktion eines frühzeitiges Screenings bzw. Assessments für Präventions- und Rehabilitationspotentiale einnehmen. Empfehlungen zur Förderung von Selbstständigkeit, Prävention und Rehabilitation sind integraler Bestandteil einer jeden Begutachtung. Die Gutachterinnen und Gutachter können die Versicherten umfassend zu einem präventiven Verhalten sensibilisieren und konkrete Empfehlungen für Hilfsmittel und der medizinischen Rehabilitation geben. Ziel muss es sein, die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt der richtigen Person zu empfehlen.

Literatur

[1] Bundesministerium für Gesundheit (BMG), [Zahlen und Fakten 2022](#)

Telemedizinische Versorgungskonzepte - Die Zukunft

Michael Michalke¹, Stephen Brenzek^{1,2}

PL

1 Gesellschaft für Telemedizinische Versorgung (GTV), Ludwigshafen, 2 AXA Konzern AG, Köln
michael.michalke@gtv-europe.com, stephen.brenzek@axa.de

Hintergrund: Telemedizinische Versorgungsangebote erfreuen sich seit der COVID-19-Pandemie einer zunehmenden Bedeutung. Die Versicherten nehmen diese vergleichsweise häufiger in Anspruch, während die niedergelassenen Ärzte ihre Angebote kontinuierlich erweiterten [1, 2]. Die Selbstverwaltung hat durch verbesserte Rahmenbedingungen einen wichtigen Beitrag geleistet. Die privaten Krankenversicherungen setzten telemedizinische Konzepte jedoch bisher nicht zielgerichtet ein. Der Beitrag untersucht die Ursachen und entfaltet entlang der einzelnen Aspekte die Potenziale telemedizinischer Versorgungslösungen.

Methode: Die Informationen stammen aus zahlreichen qualitativen Analysen sowie deskriptiven Auswertungen.

Ergebnisse: Viele Krankenkassen (GKV) und Krankenversicherungen (PKV) etablieren telemedizinische Angebote passiv und vergeben die Aufgaben an externe Dienstleister. Damit kommt es zu einer Vielzahl paralleler und unkoordinierter Angebote, die Qualitätsstandards von zertifizierten (Fach-)Medizinern mit spezieller Ausbildung in Telemedizin nicht halten können. Medizinische wie ökonomische Steuerungseffekte sowie Datengrundlagen zur Evaluation und Anpassung der eigenen digitalen Angebote gehen verloren. Dabei bietet das Feld der ambulanten, digitalen Versorgung eine enge Verzahnung mit vorhandenen Dienstleistungen und Tarifstrukturen an. Eine modulare Herangehensweise und Anpassung von Bausteinen, wie eRezept, eBefund, eRechnung, Hilfs- und Arzneimittelmanagement, Pflegeberatung u.v.a. entlang medizinischer Versorgungspfade ist möglich. Bisherige Daten zur Inanspruchnahme zeigen eine hohe Akzeptanz bei den Versicherten (20 % kehren mindestens einmal zurück), unabhängig von den zugrunde liegenden Diagnosen oder dem Alter. Eine hohe Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit ist feststellbar.

Schlussfolgerung: Die Replikation der analogen Versorgungsprobleme (doppelte Desintegration) müssen bei der Entwicklung eines telemedizinischen Angebots von Beginn an vermieden werden. Eine Orchestrierung der Aktivitäten ist notwendig, um zielgerichtet vorzugehen. Telemedizin kann ambulante Behandlungskosten senken [3, 4] und regionale Unterversorgung [5] überbrücken. Die allgemeine Verfügbarkeit und geringe Wartezeiten bei gleichzeitig schneller Arzneimittelversorgung ermöglicht eine angemessene Versorgung. Die verfügbare Evidenz der Interventionsgüte bei psychischen Erkrankungen können zukünftig auf somatische Versorgungsbedarfe übertragen werden, solange Qualitätsstandards hoch sind und eine enge Verzahnung zwischen digitalen und analogen Versorgungsstrukturen gelingt. Das bisherige telemedizinische Potenzial ist bisher gerade einmal bis 5 % abgefragt, d. h. die Entwicklung steht erst ganz am Anfang.

Literatur

[1] Breil et al. (2021). DOI [10.1055/a-1335-4245](https://doi.org/10.1055/a-1335-4245)

[2] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung [Zi-Trendreport 2/2021](#)

[3] Snoswell et al. (2020). DOI [10.2196/17298](https://doi.org/10.2196/17298)

[4] Eze et al. (2020). DOI [10.1371/journal.pone.0237585](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237585)

[5] Mehrotra et al. (2016). DOI [10.1377/hlthaff.2016.1461](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1461)

Bisherige Veranstaltungen

- 2019 Versorgungsprogramme für chronische Erkrankungen - Brauchen wir das in der PKV?
- 2020 Kooperationen und Digitalisierungen - Gibt es einen sinnvollen Mehrwert? (entfallen)
- 2021 Kooperationen, Digitalisierungen, Effizienz
- 2022 Entwicklungen unter Pandemiebedingungen

