

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
Gesundheitssystemarchitekt und Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG

Gesundheitskioske und Co. mit Outcomes-Verpflichtung

>> Die wichtigsten Elemente für eine bessere Unterstützung der medizinisch-pflegerischen Versorgung – Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen – wurden aus dem Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen (GVSG) vorerst gestrichen. Dies ermöglicht es, sich mit den anderen Ministerien abzustimmen und Rückmeldungen von Verbänden einzuholen. Laut Bundesgesundheitsministerium und den Parteien der Ampelregierung soll dann im anschließenden parlamentarischen Verfahren die mögliche Wiedereinführung dieser und anderer aktuell ausgeschlossener Ansätze geprüft werden.

Mehr Gestaltungsspielräume für Kommunen

Gesundheitskioske sind vereinfacht gesagt greifbare Anlaufstellen für Beratung, Aufklärung und Weitervermittlung vor oder auch nach dem Arztpraxisbesuch in sozioökonomisch benachteiligten Gegenden. *Gesundheitsregionenverträge* stellen eine übergeordnete Möglichkeit dar, die regionale Versorgungsverantwortung zu übernehmen und die Transformation hin zu sektorübergreifender Versorgung durch die örtlichen Leistungserbringer:innen zu fördern.

Beides bietet den Kommunen bzw. den Landkreisen neue Einflussmöglichkeiten, die ihnen aktuell in der Versorgungsplanung fehlen. Letztere können wiederum das Management an Dritte übertragen. Nicht nur international, sondern auch in Deutschland konnten zu beiden Lösungen Erfahrungen gesammelt werden, die teilweise auch schon durch den Innovationsfonds begutachtet wurden.

So argumentiert die Gegenbewegung

Mit der Aufnahme der beiden Themen in den Koalitionsvertrag von SPD, FDP und Grünen im Jahr 2021 und den ersten Äußerungen des Gesundheitsministers im September 2022 bzgl. seiner Planung von bis zu 1000 Gesundheitskiosken setzte eine Gegenbewegung ein.

Krankenkassen klagten, dass das vorgesehene Kostenteilungsmodell für Gesundheitskioske (74,5% GKV, 5,5% PKV, 20% Kommunen) sie zu stark belaste, da es sich doch eigentlich um *gesamtgesellschaftlich zu tragende Kosten* handele. Die Krankenkassen mit dem mutmaßlich geringeren Anteil an Versicherten in den sozioökonomisch benachteiligten Gegenden deuteten gar Klageabsichten an.

Einzelne Ärzteverbände forderten, das vorgesehene Geld *in eine höhere Vergütung der Arztpraxen* zu stecken, da doch dort diese Beratung schon erbracht werde. Und auch die kommunalen Spitzenverbände setzten sich nicht allzu engagiert dafür ein, da sie befürchteten, dass sie damit *in Verantwortungen und Verpflichtungen gebracht werden könnten, die die Kommunen nicht wirklich ausfüllen könnten*.

Als weitere – die Gegner trotz ihrer unterschiedlichen Positionen einigende – Argumente erwiesen sich die Hinweise auf eine *„unnötige Doppelstruktur"* und den ohnehin schon existierenden *„Fachkräftemangel"* im Bereich der Pflege, wenn in den Kiosken vor allem Fachpflegekräfte die Beratung übernehmen sollten. Innerhalb der drei Regierungsparteien erwies sich die FDP am empfänglichsten für diese Argumente, sodass das Bundesfinanzministerium die Freigabe des Gesetzentwurfs so lange blockierte, bis das SPD-geführte BMG die Passagen zu den Gesundheitskiosken herausnahm.

Zu den Gesundheitsregionen und den diese ermöglichenden Vertragsoptionen gab es keine so intensive Debatte, die Formulierungen im ursprünglichen Gesetzentwurf waren allerdings auch so vage, dass die Befürworter zumindest Hoffnungsschimmer darin sahen und die Gegner sich ausreichend sicher fühlen konnten, kostenwirksame Verträge auf ewig auf dem Verhandlungstisch liegen zu lassen.

Verzicht auf Empirie und Outcomes

In den Debatten fällt vor allem der weitestgehende Verzicht auf empirische Evidenz auf. Das BMG hat es versäumt, den dringenden Bedarf für diese Lösungen zu untermauern, indem es die vermeidbare Eskalation von Erkrankungen und die derzeitige Fehlversorgung in den falschen Versorgungsebenen sowie den gesellschaftlichen Nutzen, der aus diesen Konzepten resultieren könnte, aufzeigt und auf bereits gemachte deutsche und internationale Erfahrungen verweist. Es sei hier nur darauf hingewiesen, dass es zu späte und zu kurze Behandlungstermine in überlasteten Praxen in Problemstadtteilen gibt, zu wenige Praxen auf dem Land, unzureichende Unterstützung für multimorbide Chroniker, fehlende spezifisch auf die lokale Bevölkerung zugeschnittene Aufklärungs- und Präventionsangebote sowie mangelnde Koordination und Unterstützung für Menschen, die sich im Gesundheitssystem nicht zurechtzufinden. Dies trifft insbesondere auf Menschen mit Migrationsgeschichte oder solche in prekären Lebensverhältnissen zu. Auf der anderen Seite haben auch die Ärzteverbände und neuerdings die Apothekerverbände nicht berechnet, wie viele Praxen bzw. Apotheken mit dem reduzierten Volumen von etwa 1.000 auf zirka 200 Kioske und rund 4 Mitarbeitenden ausgestattet werden könnten. Ebenso wenig haben sie darüber nachgedacht, wie sie die wettbewerblichen Konflikte zwischen den dann verbleibenden Praxen und Apotheken regeln würden.

Alle Beteiligten, sowohl Kritiker als auch der Großteil der Befürworter, bleiben in ihrem jeweiligen pfadabhängigen und sektoral begrenzten Denken verhaftet und vermeiden die Auseinandersetzung mit den Problemen, die die Bürger:innen erfahren. Wenn gelegentlich doch darauf Bezug genommen wird, geschieht dies mit Blick auf einzelne Erfahrungen, anstatt die gesellschaftlich daraus entstehenden Aufwände zu kalkulieren und zu zeigen, wie mit den neuen Instrumenten wirksam vorgebeugt werden könnte.

Mehr Gestaltungsspielräume für regionale Akteure gefordert

Fast zeitgleich zur „Entkernung" (Dr. Carola Reimann) des GVSG durch das BMG legte der AOK-Bundesverband ein Positionspapier mit konkreten Textvorschlägen für Gesetzes-

Zitationshinweis

Hildebrandt, H.: „Gesundheitskioske und Co. mit Outcomes-Verpflichtung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/24), S. 20–21. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2622

veränderungen zugunsten von Kiosken, Primärversorgungszentren, sektorenübergreifenden Versorgern und eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“– (RegioSV) vor. Das *Fazit* der AOK: „Versorgung findet vor Ort statt. Die regionalen Akteure kennen den Bedarf und haben auch Ideen und Ansatzpunkte für die Sicherung einer guten Versorgung. Hierfür brauchen sie mehr Gestaltungsspielraum – jenseits des Sektorendenkens.

Dieses Fazit ist fast deckungsgleich mit dem anderer Akteure, so eine gemeinsame Stellungnahme „Mut zu Reformen – Mut zu Regionen!“ des NDGR Netzwerks Deutsche GesundheitsRegionen e. V, der AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze e. V., des Bundesverbands Managed Care e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.

Benötigt: ein sektorenübergreifendes Wirtschaftsmodell

Die Herausforderung bleibt bestehen: Auch wenn regionale Akteur:innen durchaus „willig“ sind, Änderungen vorzunehmen, warum sollten sie in eine komplexe Veränderung der regionalen Versorgungsstrukturen investieren, wenn der Nutzen ihnen nicht zugute kommt, sondern den Patienten, den Krankenkassen oder der Kommune? Jede Verhandlungsstunde kostet Aufwand und die Erfahrungen mit den Integrierten Versorgungsverträgen und ihren Unsicherheiten lassen viele Akteur:innen eher vorsichtig auf neuerliche Vertragsvorbereitungen reagieren.

Wenn wir aus der Debatte um den Klimaschutz eines gelernt haben, dann ist dies doch die Notwendigkeit, die gesellschaftliche Debatte bzgl. der Reaktionsmöglichkeiten der Einzelnen um marktwirtschaftliche wirksame Instrumente wie die CO_2-Abgabe zu erweitern, die es für alle Wirtschaftsbereiche wirtschaftlich sinnvoll machen, in die Vermeidung von CO^2 zu investieren.

Gleiches benötigen wir für das Gesundheitswesen. Wir brauchen ein *sektorenübergreifendes Wirtschaftsmodell*, das es auf einer übergeordneten Logik für die Leistungserbringer – anders als heute – *wirtschaftlich interessant macht, in die Prävention und die Vermeidung von Krankheitseskalationen zu investieren*. Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen können dafür die Infrastruktur liefern, ihre Verträge müssten aber auf diese *Public-Health-Outcomes* hin angereizt sein und nicht nur weitere Einzelleistungen zusätzlich vergüten.

Die Hoffnung: Wäre genau so etwas nicht die mögliche Problemlösung in einer Einigung der drei Regierungsparteien zusammen mit der Union, den Kommunen und den Krankenkassen – und zum besten Nutzen der Menschen, Bürger und Patienten? <<

Literatur:
https://t1p.de/4i74d
https://t1p.de/5c3t9

GAIA legt Studienergebnisse für BPS-Therapie-DiGA vor

>> Bislang ist keine pharmakotherapeutische Behandlung für die Indikation Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zugelassen. Umso wichtiger sind die Ergebnisse einer für diese Indikation recht großen klinischen Studie, welche die Wirksamkeit der weltweit ersten digitalen BPS-Therapie-DiGA (1) namens „priovi“ analysiert hat, die nun zur Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) auch zum klinischen Einsatz sowie zur langfristigen Anwendung zur Verfügung steht. Das herstellende Unternehmen, die GAIA AG, die auch zahlreiche andere Lösungen für psychische Erkrankungen, aber auch andere Indikationsbereiche wie z. B. Rheuma, MS und Rückenschmerzen anbietet, stellt die digitale Webanwendung als Einmallizenz für 855,82 Euro zur Verfügung. Das heißt: Einmal registriert, läuft das Programm auch über das ursprüngliche Einjahresspektrum hinaus und verlängert sich sogar automatisch, wenn es regelmäßig genutzt wird.

Durchgeführt wurde die Studie am Zentrum für Integrative Psychiatrie an der Universität zu Lübeck unter der Leitung von PD. Dr. med. Jan Philipp Klein. Die Studie im Auftrag der GAIA AG mit 580 Patient:innen gehört zu den größten Borderline-RCTs weltweit. Die eingeschlossenen Teilnehmer:innen zeigten zu Studienbeginn eine starke Ausprägung der Borderlinesymptome, 50% von ihnen waren in psychotherapeutischer Behandlung. Als primärer Endpunkt war die Verringerung der Borderlinesymptomatik nach drei Monaten „priovi“-Nutzung definiert.

Die Studie zeigte laut GAIA zum primären Endpunkt eine signifikante und klinisch relevante Reduktion der Borderlinesymptomatik (Ergebnis-Score der Borderline Symptom List, BSL-23) unter Nutzung von „priovi“ ($p<0{,}001$). Deutlich sei auch die Verringerung der Suizidversuchef, denn die Suizidversuchsrate lag mit priovi um 57,5% niedriger als in der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten gab es mit einer um 61,3% niedrigeren Rate von Suizidversuchen noch weniger Fälle.

PD Dr. Gitta Jacob, Leiterin der F&E-Abteilung bei GAIA und eine der führenden Borderline-Spezialist:innen weltweit, führte in einer Online-Pressekonferenz aus, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung – etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden Schätzungen zufolge darunter – ist ein Indikationsbereich, für den es bisher keine wirksamen Medikamente gibt, sodass „priovi“ einen echten Durchbruch darstellt. Sie sagte: „Die positiven Wirksamkeitsergebnisse freuen uns vor allem für die Patient:innen, die nun dauerhaft von dieser digitalen Gesundheitsanwendung profitieren können.“ <<

1: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01853

RCT für Onko-App „Mika”

>> Für „Mika”, eine appbasierte Plattform, wurden die Ergebnisse der OnkoDigiTrial-II-Studie (1) zur Wirksamkeit der App unter der Leitung von Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf vom Universitätsklinikum Leipzig im Journal of Internet Medical Research (JMIR) veröffentlicht; an der Studie beteiligt war Prof. Dr. Guy Montgomery von der Icahn School of Medicine am Mount Sinai in New York. Die randomisiert-kontrollierte OnkoDigiTrial-II-Studie (1) mit einer Wartelistenkontrollgruppe wurde von September 2021 bis März 2022 am Universitätsklinikum Leipzig mit insgesamt 218 Patient:innen durchgeführt.

Die Studienergebnisse belegen den therapeutischen Einfluss der App auf mehrere der häufigsten Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung: chronische Erschöpfung, depressive Verstimmung, psychische Belastung und Angstsymptome. Jährlich sind in Deutschland immerhin rund 500.000 Menschen von einer Krebsdiagnose betroffen. Die Studie würde belegen, führt Dr. Gandolf Finke, Mika-Gründer und Geschäftsführer aus, dass „Mika als verlässliches digitales Therapeutikum und evidenzbasierte Informations- und Motivationsquelle gerade in solchen Fällen eine wichtige Stütze ist”. <<

1: https://www.jmir.org/2024/1/e51949