

INNOVATIONEN FÜR DIE GESUNDHEIT?

Einfach entwickeln.

6. Ausgabe
05/2022

Der SDK-Gesundheitsausschuss –
Expertenwissen für neue Lösungen.



Thinktank.

Achte Sitzung des SDK-Gesundheitsausschusses – Potenziale, Umsetzung und Machbarkeit der vernetzten Versorgung für die SDK.

Die Corona-Pandemie ist ein Inbegriff für die Notwendigkeit eines funktionsfähigen und vernetzten Gesundheitswesens. Doch auch abseits von Notfall und Gefahrenlage ist es wichtig, die bisherigen Erfahrungen auszuwerten und hieraus Schlüsse für die Zukunft zu ziehen. Denn in jeder Krise steckt auch eine Chance, das Gesundheitswesen nachhaltig weiterzuentwickeln.

In der vorherigen Sitzung vom Juli 2021 diskutierten die Experten des SDK-Gesundheitsausschusses über die elektronische Patientenakte (ePA) und stellten dabei das

Potenzial der ePA im Hinblick auf die umfassende Vernetzung des deutschen Gesundheitswesens fest. Die vernetzte Versorgung wird in den kommenden Jahren ein zentraler Schwerpunkt sein, welcher sich nicht nur auf neue Technologien bezieht, sondern auch auf Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention und der Versorgung. Hierauf aufbauend wurde das Thema „Vernetzung im Gesundheitswesen“ in der achten Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 11. November 2021 in Berlin aufgegriffen. Insbesondere wurden Potenziale, Umsetzung und Machbarkeit der vernetzten Versorgung für die SDK näher beleuchtet.



Diskussionspunkte und Erkenntnisse der Sitzung vom 11. November 2021

- ▶ Durch verbesserte Lebensbedingungen und den medizinisch-technischen Fortschritt steht das deutsche Gesundheitswesen vor der großen Herausforderung einer immer älter werdenden Gesellschaft und den damit verbundenen chronischen Erkrankungen sowie höherer Morbidität. Gleichzeitig steigen die Behandlungskosten weiter an. Insofern stellt sich die Frage nach möglichen Lösungsansätzen, die der Bevölkerung die bestmögliche medizinische Versorgung gewährleisten und zugleich das deutsche Gesundheitssystem effizienter und effektiver gestalten. In diesem Zusammenhang diskutierte der Expertenkreis des Gesundheitsausschusses über die „Potenziale, Umsetzung und Machbarkeit der vernetzten Versorgung für die SDK“.
- ▶ Der Gesundheitsausschuss sieht in der vernetzten Versorgung einige Vorteile für die Akteure des Gesundheitswesens, aber auch für die Patienten. Dies spiegelt sich beispielsweise in einer Zeit- und Kostenersparnis für alle Beteiligten und der damit verbundenen Steigerung der Versorgungsqualität für die Patienten wider. Einige Pilotprojekte und damit auch einhergehende Erfolgsfaktoren für diese Versorgungsmodelle wurden vorgestellt und diskutiert.
- ▶ Laut eines Gesundheitsausschussmitglieds verdoppelt sich das medizinische Wissen alle 73 Tage mit steigender Komplexität und verstärkter Personalisierung. Vor diesem Hintergrund diskutierten die Experten des Gesundheitsausschusses im weiteren Verlauf der Sitzung, ob die Netzwerkmedizin eine Alternative zur integrierten Versorgung darstellen könnte. Durch die Bildung von Regionalverbänden und die Integration von Netzwerkmedizin wäre es möglich, die Komplexität aufzufangen und eine hochwertige Versorgung auch in der Fläche des Landes zu gewährleisten.
- ▶ Die vernetzte Versorgung ist seit vielen Jahren Mittelpunkt vieler gesundheitspolitischer Diskussionen, jedoch führten die bisherigen Bemühungen der Regierung zu kaum einer Verbesserung der vernetzten Versorgung in Deutschland. Insofern tauschte sich der Gesundheitsausschuss darüber aus, welche Möglichkeiten die neue Koalition hat, um die vernetzte Versorgung in Deutschland voranzutreiben.

Vernetzte Versorgung.

Bedeutung, Chancen und Risiken.

Der Gesundheitsausschuss diskutierte in seiner Sitzung am 11. November 2021 unter anderem den aktuellen Stand vernetzter Versorgung in Deutschland. In diesem Zusammenhang waren auch die Verbesserungsmöglichkeiten durch die neue Koalition von großer Bedeutung sowie die Chancen und Risiken vernetzter Versorgung für die Gesundheitsakteure:

Die Corona-Pandemie zeigt, wie leistungsstark das deutsche Gesundheitssystem ist. Die starke ambulante Versorgung ermöglicht es, den stationären Sektor zu entlasten und ihm dadurch Kapazitäten für die Versorgung von schwer erkrankten Covid-Patienten einzuräumen. Gleichzeitig zeigt die Corona-Pandemie auf, welche Potenziale in der deutschen Gesundheitsversorgung noch nicht ausgeschöpft werden und wo die Herausforderungen für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Patientenbehandlung liegen.¹⁾

Mit Blick auf andere Länder sind vor allem die „Managed Care-Konzepte“ in den USA, Kanada, Österreich und Skandinavien interessante internationale Vorbilder. Bei den „Managed Care-Konzepten“ ist die Primärversorgung gewährleistet und verschiedene Akteure im Gesundheitswesen arbeiten im Team zusammen, um Prävention, Gesundheitsförderung, Akut- und Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen, Rehabilitation und Pflege zu verknüpfen.²⁾

Das deutsche Gesundheitssystem wird dagegen von einer sektoralen Trennung beherrscht, welche häufig als reformbedürftiger Kernpunkt herangezogen wird, wobei insbesondere die fehlende Integration zwischen den ambulanten und den stationären Leistungserbringern eine der zentralen Probleme des deutschen Gesundheitssystems darstellt.³⁾ Diese Schnittstellenprobleme führen zu einem unzureichenden Informationsaustausch zwischen den Sektoren, wodurch die Qualität und Transparenz in der Patientenversorgung leidet und hohe Kosten durch beispielsweise teure Doppel- und Mehrfachuntersu-

chungen verursacht werden.⁴⁾ Aus diesem Grund zielt der Gesetzgeber bereits seit Ende der 80er-Jahre mit Gesundheitsreformen darauf ab, das Gesundheitswesen in struktureller Hinsicht neu auszurichten und einzelne Versorgungsbereiche enger miteinander zu verknüpfen.⁵⁾

Hierbei wurden unter anderem in § 53 Abs. 3 SGB V die besonderen vernetzten Versorgungsformen aufgenommen, welche zur Veränderung und Verbesserung der Versorgung in Deutschland beitragen sollen.



Dies sind beispielsweise:

✔ Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V):

Die integrierte Versorgung umfasst eine verschiedene leistungssektoren-übergreifende Versorgung der Versicherten (z. B. Krankenhaus – niedergelassener Vertragsarzt, die sog. vertikale Integration) oder eine interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung (z. B. Hausarzt – Facharzt, die sog. horizontale Integration).

Durch die Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde die integrierte Versorgung erstmalig im SGB V verankert und später durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 konkretisiert.⁶⁾

✔ Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V):

Hausarzt agiert als eine Art „Lotse“ im Gesundheitswesen und koordiniert und steuert die Versorgung der Versicherten mit eigenen sowie mit medizinischen Leistungen anderer Leistungserbringer.

1) Vgl. DGIV (2021), Positionspapier zur Zukunft der Integrierten Versorgung, S. 3.

2) Vgl. Dettling, D. (2021), <https://kommunal.de/gesundheits-daseinsvorsorge-dettling> (Stand: 15.12.2021).

3) Vgl. BT-Drs. 17/10323 (2012), S. 29.

4) Vgl. Hildebrandt, H./Trojan, A. (2021), <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/> (Stand: 14.12.2021).

5) Vgl. Amelung, V. E. (2021), <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/integrierte-versorgung-51770> (Stand: 13.12.2021).

6) Vgl. Wagner, F. (Hrsg.) (2017), S. 457.

✔ **Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (§§ 137f-g SGB V) / Disease-Management-Programme (DMP):** Angebot spezieller, auf die jeweilige Krankheit zugeschnittene Behandlungsprogramme, die auch den Patienten stärker einbinden.

✔ **Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V):** Charakteristisch für Modellvorhaben ist die experimentelle Eigenschaft. Modellvorhaben sind auf maximal acht Jahre befristet. Sie müssen wissenschaftlich begleitet, ausgewertet und veröffentlicht werden.



Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen, einzeln oder in Partnerschaften Versorgungsverträge mit einem oder mehreren Leistungsanbietern abzuschließen.⁷⁾ Die Vergütung der Leistungserbringer wird dabei nicht wie üblich mit der kassenärztlichen Vereinigung, sondern direkt mit der gesetzlichen Krankenkasse individuell und ohne gesetzliche Vorgaben vereinbart.⁸⁾ Hierbei sind grundsätzlich viele verschiedene Möglichkeiten denkbar, wie beispielsweise eine Einzelleistungsvergütung, aber auch Kopfpauschalen, Fallpauschalen oder Komplexpauschalen.

Das führt dazu, dass einige Leistungen günstiger angeboten werden können als üblich.⁹⁾

Eine weitere Besonderheit der integrierten Versorgungsverträge ist, dass sie von allen Vertragsparteien freiwillig abgeschlossen werden können und nicht dem Kontrahierungszwang unterliegen. Dadurch wird ein weiterer Anreiz geschaffen, die integrierte Versorgung an den Bedürfnissen aller Beteiligten auszurichten.¹⁰⁾

Ziele der vernetzten Versorgung

Durch die vernetzte Versorgung werden die starren Sektorengrenzen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen der Gesundheitsversorgung der Vergangenheit angehören. Die vernetzte Versorgung stellt den Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung und bindet den Patienten besser in strukturierte Behandlungsketten ein. Dies kann vor allem durch eine verbesserte Verzahnung der Leistungsbereiche erfolgen. Ziel ist es, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern und Transparenz zu schaffen. Gleichzeitig können wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, um die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale weiter auszuschöpfen, wodurch das deutsche Gesundheitswesen effektiver und effizienter gestaltet werden kann.¹⁰⁾ Manche Versorgungsforscher fordern sogar die Abschaffung der Sektoren und

begründen dies damit, dass das Denken in Sektoren den Weg in eine moderne Gesundheitsversorgung behindert und Gesundheitsversorgung immer vom Patienten aus gedacht werden sollte.¹¹⁾

7) Vgl. Hildebrandt, H./Trojan, A. (2021), <https://leitbegriffe.bzga.de/alpha-betisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/> (Stand: 14.12.2021).

8) Vgl. Wagner, F. (Hrsg.) (2017), S. 457.

9) Vgl. Krankenkassenzentrale (2021), <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/integrierte-versorgung> (Stand: 17.12.2021).

10) Vgl. Amelung, V. E. (2021), <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/integrierte-versorgung-51770> (Stand: 13.12.2021).

11) Piwernetz, K./Neugebauer, E.A.M. (2021), S. 39f.

Erwartete Verbesserung durch die vernetzte Versorgung

42,3 Prozent der deutschen Bevölkerung empfinden die mangelnde Kooperation der Akteure des Gesundheitssystems als eines der größten Hindernisse für das Gesundheitswesen.¹²⁾

Durch die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen werden teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, Wechselwirkungen von Medikamenten, lange Wartezeiten sowie entbehrliche Krankenhausaufenthalte vermieden, welche für den Patienten oftmals eine unnötige Belastung darstellen. Außerdem werden die Übergänge zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung vereinfacht und dadurch auch die Behandlungsdauer verkürzt. Die vernetzten Versorgungsmodelle sind dabei insbesondere für Patienten mit komplexeren Behandlungs- und Betreuungsverläufen geeignet. Hierunter fallen beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Depressionen und Bandscheibenerkrankungen.¹³⁾ Des Weiteren werden die Gesundheitsdaten von Patienten nicht nur zur besseren Therapie eingesetzt, sondern es werden auch neue datenbasierte Gesundheitslösungen ermöglicht sowie die Optimierung von Forschung und Entwicklung.¹⁴⁾

Die vernetzte Versorgung wird allerdings nicht nur dem Patienten, sondern auch den Leistungserbringern eine zeitliche Entlastung bringen und insbesondere eine lückenlose und zügige Kommunikation beispielsweise zwischen Arzt und Patient ermöglichen.

Durch die Möglichkeit, mit mehreren Leistungserbringern (private Krankenversicherungen zählen in diesem Kontext als Leistungserbringer; Erläuterung siehe Folgeabschnitt) an einem Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse teilzunehmen, werden Technologien gemeinsam genutzt und hierdurch finanzielle Vorteile erlangt. Die gesetzlichen Krankenkassen werden von der vernetzten Versorgung profitieren, indem sie Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Krankenkassen ausschöpfen und damit die Versorgungsqualität für ihre Versicherten steigern.¹⁵⁾

12) Vgl. AOK Bundesverband (Hrsg.) (2021),

<https://aok-bv.de/positionen/bundestagswahl-2021/> (Stand: 15.12.2021).

13) Vgl. Krankenkassenzentrale (2021), <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/integrierte-versorgung> (Stand: 17.12.2021).

14) Vgl. Thesenpapier (2021), <https://kovarhuss.de/wp-content/uploads/2021/10/Get-it-done-final.pdf> (Stand 03.01.2022).

15) Vgl. Gerling, T. (2021), S. 19, 48.

16) Vgl. Hildebrand, H. et al. (2021), S. 64.

17) Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2020), S. 3f.

Optionen für die privaten Krankenversicherungen im Themenkomplex

Bisherige Pilotprojekte der vernetzten Versorgung haben die privaten Krankenversicherungen (PKV) oftmals noch nicht in ihre Modellvorhaben einbezogen. Dies lag zum einen daran, dass die PKV nicht dem Ausgleichsverfahren des Gesundheitsfonds unterliegt. Zum anderen orientierten sich die Lösungsansätze an einer regionalen Poolbildung über mehrere Krankenkassen und -versicherungen. Dabei besteht die Herausforderung, dass in der privaten Krankenversicherung bundesweit ca. 10 Prozent der Bevölkerung versichert sind.¹⁶⁾

Dennoch haben auch die privaten Krankenversicherungen ein langfristiges Interesse an der Gesundheit ihrer Versicherten. Immer mehr Krankenversicherungen entwickeln sich daher weg vom klassischen Kostenerstatter hin zum Gesundheitsberater, bei dem der Aufbau eines Ökosystems, das heißt die Vernetzung verschiedener Akteure und Dienstleister, zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) im Dezember 2020 wurde in § 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3b SGB V auch den privaten Krankenversicherungen und Pflegeversicherungen die Möglichkeit eröffnet, ebenfalls den Selektivverträgen der gesetzlichen Krankenkassen beizutreten.¹⁷⁾ Daher ist es denkbar, dass sich auch die privaten Krankenversicherer in neuen vernetzten Versorgungsansätzen engagieren. Dies kann beispielsweise durch digitale Assistenzlösungen erfolgen. Hierdurch erhält die PKV einen direkten Zugang zu den Versicherten und kann erfolgsabhängig mit Telemedizinzentren kooperieren. Des Weiteren kann die PKV durch regionale Initiativen einen direkten Zugang zur Bevölkerung erreichen, indem sie Vorträge zu Gesundheitsthemen anbietet oder zu „Mitmach-Aktionen“ aufruft. Durch die Poolbildung mit mehreren regionalen oder überregionalen privaten Krankenversicherungen kann die PKV andere Leistungserbringer zu Veränderungen anhalten und sie zu Kooperationen ermutigen.

Die privaten Krankenversicherungen nehmen seit Jahrzehnten im deutschen dualen Gesundheitssystem die Rolle des „Innovationsmotors“ ein. Sie fördern nicht nur Start-ups, sondern unterstützen auch neue Versorgungsansätze/-methoden und bringen Know-how in das medizinische Versorgungsgeschehen ein. Die PKV wird auch weiterhin dazu beitragen, dass Innovationen schneller in der Versorgung ankommen. Dies liegt unter anderem daran, dass die PKV für innovative Angebote einen raschen Zugang zum Markt bieten kann, weil sie im Vergleich zu gesetzlichen Krankenkassen weniger Genehmigungsvorbehalten unterliegt.



Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Deshalb konzentriert sich die SDK auf deren Absicherung – und das seit 1926. In dem im Jahr 2018 gegründeten SDK-Gesundheitsausschuss werden im Stil eines Thinktank neue Entwicklungen im Gesundheitswesen von namhaften Experten diskutiert.

Chancen für die neue Koalition

In der Vergangenheit hat die Regierung vielfältige Bemühungen angestellt, um Anreize für die Akteure des Gesundheitswesens für den Ausbau der vernetzten Versorgung zu schaffen. Hierfür wurde beispielsweise im Jahr 2016 der Innovationsfonds ins Leben gerufen, um sektorübergreifende Versorgungsprojekte zu fördern. Dies führte dazu, dass einige Versorgungsmodelle erprobt wurden, wie beispielsweise die Pilotprojekte „Gesundes Kinzigtal“, „Gesundheitszentrum Hohenstein“ und das „Ärztenez Lippe“, jedoch ist zu beachten, dass diese nur teilweise Erfolge erzielt haben.¹⁸⁾

Insofern liegt es nun in der Hand der neuen Koalition, die Weichen für eine gewinnbringende vernetzte Versorgung für alle Akteure zu stellen. Das Thema ist in den Parteien präsent, so gehen beispielsweise die Grünen, die SPD, die FDP und die CDU/CSU in den Bundestagswahlprogrammen von 2021 u. a. explizit auf die Vernetzung der stationären und ambulanten Sektoren ein.¹⁹⁾ Die Politik muss den Rahmen so verändern, dass künftig alle Beteiligten ihr Handeln stärker an den Bedürfnissen und dem Nutzen der Patienten ausrichten können.²⁰⁾ Hierbei ist es insbesondere wichtig, dass sie die bereits entwickelten und evaluierten Versorgungsansätze sichern und den Leistungsakteuren sowie den Vertragspartnern gleichzeitig mehr Freiheiten zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen ermöglichen.²¹⁾ Weiterhin muss sichergestellt werden, dass die Gesundheitsdaten auch für eine bessere Versorgung genutzt werden, wodurch schnell erkannt werden kann, ob Therapien bei Patienten erfolgreich anschlagen. Zudem könnten durch die vernetzte Versorgung die Forschung und Entwicklung optimiert werden, was im weiteren Verlauf dazu führt, dass Deutschland innovationsfähiger und wettbewerbsfähiger im internationalen Vergleich wird.²⁰⁾



Fazit:

Der Gesundheitsausschuss befürwortet die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen zur Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens. Die Versorgung der Bevölkerung kann nur dann verbessert werden, wenn sie im Bedarfsfall die notwendige, angemessene und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung entlang der gesamten Versorgungskette enthält. Für die Patienten können vernetzte Versorgungsmodelle jedoch auch dazu führen, dass die freie Arztwahl eingeschränkt wird, wodurch Ärzte, bei denen eine langjährige Betreuung erfolgte, aufgegeben werden müssten, sofern diese nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen. Dennoch ist es wichtig, die Versorgungsstrukturen an die sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen und diese voranzutreiben. Dafür sind weitere mutige Reformschritte notwendig, sodass abzuwarten bleibt, wie sich die vernetzte Versorgung in Zukunft weiterentwickeln wird.

18) Vgl. Schubert, I. et al. (2021), S. 470.

19) Vgl. Stegmaier P. (2021), S. 16.

20) Vgl. Thesenpapier (2021), <https://kovarhuss.de/wp-content/uploads/2021/10/Get-it-done-final.pdf> (Stand 03.01.2022).

21) Vgl. DGIV (2021), Positionspapier zur Zukunft der Integrierten Versorgung, S. 9.

Literaturverzeichnis:

Amelung, V. E. (2021): Gabler Wirtschaftslexikon. Stichwort: Integrierte Versorgung, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/integrierte-versorgung-51770> (Stand: 13.12.2021).

AOK Bundesverband (Hrsg.) (2021): Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland. AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021, <https://aok-bv.de/positionen/bundestagswahl-2021/> (Stand: 15.12.2021).

BT-Drs. 17/10323: Drucksache des Deutschen Bundestages 17/10323 vom 10. Juli 2012: Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

Dettling, D. (2021): Kommunale Macht für die Gesundheit, <https://kommunal.de/gesundheitsdaseinsvorsorge-dettling> (Stand: 15.12.2021).

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) (Hrsg.) (2021): Positionspapier zur Bundestagswahl 2021. Das deutsche Gesundheitssystem im Aufbruch. Berlin.

Gerling, T. (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. In: Working Paper Forschungsförderung Nummer 205, Hans-Böckler-Stiftung, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), Februar 2021, Düsseldorf.

Hildebrand, H. et al. (2021): Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert. Hamburg.

Hildebrandt, H./Trojan, A. (2021): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Leitbegriffe. Stichwort: Gesundheitsförderung und integrierte Versorgung, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/> (Stand: 14.12.2021).

Krankenkassenzentrale (2021): Integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/integrierte-versorgung> (Stand: 17.12.2021).

Piwernetz, K./Neugebauer, E.A.M. (2021): Wer A sagt, muss auch B sagen. In: Monitor Versorgungsforschung, Heft 05/2021, S. 38-40.

PKV-Verband (Hrsg.) (2020): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Köln.

Schubert, I. et al. (2021): 10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 27–28, S. 465-72.

Stegmaier P. (2021): Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn. In: Monitor Versorgungsforschung, Heft 05/2021, S. 16-20.

Thesenpapier (2021): Get it done! Jetzt die gesundheitspolitischen Weichen für die kommenden zehn Jahre stellen! Appell der verantwortungsbereiten Gesundheitswirtschaft, <https://kovarhuss.de/wp-content/uploads/2021/10/Get-it-done-final.pdf> (Stand 03.01.2022).

Wagner, F. (Hrsg.) (2017): Gabler Versicherungslexikon. Stichwort: Integrierte Versorgung. 2. Auflage, Wiesbaden.

Über die Autoren



Benno Schmeing ist bei der SDK als Vorstand für die Ressorts Betrieb, Produktmanagement, Kapitalanlage und Gesundheitsmanagement verantwortlich. Herr Schmeing begleitet die Entwicklungen im Gesundheitssystem aus aktuarieller und mathematischer Sicht seit über 20 Jahren in den verschiedensten Positionen der Krankenversicherung. Er verfügt über ein umfangreiches Know-how im Bereich Produkt-/Risiko-management und ist dadurch in der Lage, Zukunftsszenarien in der privaten Krankenversicherung zu bewerten.



Marina Riecker leitet in der SDK die Bereiche Leistungswesen und Gesundheitsmanagement. Frau Riecker legt ihren Fokus auf die Modernisierung des Leistungswesens und im Gesundheitsmanagement auf die Bereitstellung ergänzender und unterstützender Gesundheitsdienstleistungen für die SDK-Versicherten sowie auf das Erkunden neuartiger Diagnostik und Therapien.



Lena Pütz beschäftigt sich seit 2014 mit den Themen Telemedizin, Gesundheitsdienstleistungen sowie Gesundheits-Apps. Sie verfügt über ein erweitertes Know-how in den Bereichen Projekt- und Gesundheitsmanagement. Daher kann sie viele aktuelle Gesundheitsthemen aus praktischer und persönlicher Sicht beurteilen.



Anastasia Budaev ist seit September 2020 duale Studentin bei der SDK in der Studienrichtung BWL-Versicherung. Im Rahmen ihres Praxisaufenthaltes in der Abteilung Leistungsservice wirkte sie aktiv an den Projekten in den Bereichen Grundsatz und Gesundheitsmanagement mit.

Ihre Fragen an den SDK-Gesundheitsausschuss können Sie an diese E-Mail-Adresse senden: gesundheitsausschuss@sdk.de. Gerne besprechen wir Ihr Anliegen in einer der kommenden Sitzungen und freuen uns auf eine gute Diskussion.

Die SDK mit Sitz in Fellbach unterstützt ihre Versicherten dabei, gesund zu bleiben und wieder gesund zu werden. Ein Leben lang, Privatkunden ebenso wie Firmenkunden. Rund 625.000 Mitglieder bauen bei der Gesundheit auf die SDK. Mit knapp 875 Millionen Euro Beitragseinnahmen zählt die SDK zu den 15 größten privaten Krankenversicherern in Deutschland. Die SDK ist Partner der Volksbanken Raiffeisenbanken in Süddeutschland. 800 Beschäftigte im Innen- und Außendienst sorgen für leistungsstarke Beratung und unkomplizierte Unterstützung.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 5
70736 Fellbach

Telefon 0711 7372 - 4916
Telefax 0711 7372 - 4919

www.sdk.de