

Florian Brandt MSc

# Value Based Digital Health: Einsatz von Patientenfragebögen in Digitalen Gesundheitsanwendungen als Einstieg in eine nutzenbasierte Versorgung

Die Alterung der Gesellschaft, der Fachkräftemangel, aber auch die Digitalisierung prägen das Gesundheitswesen seit vielen Jahren und stellen große Herausforderungen an dessen Gestalter. Mit steigendem Alter steigt auch das allgemeine Erkrankungsrisiko (RKI 2020). Ältere Patientengruppen sind häufiger multimorbide und haben einen erhöhten Bedarf an Behandlungsmaßnahmen, die vom Gesundheitssystem finanziert werden müssen. Gleichzeitig sinken die systemseitigen Einnahmen, da das Finanzierungsmodell, zumindest in der GKV, auf Beiträgen beruht, die sich am Einkommen orientieren und das durchschnittliche Einkommen mit einem zunehmenden Anteil an Rentnern sinkt.<sup>1</sup> Darüber hinaus kämpft das Gesundheitswesen mit einem Mangel an qualifizierten Fachkräften, der sich durch den steigenden Behandlungsbedarfs noch verschärft (Wunsch/Buchmann 2019) und in strukturschwachen ländlichen Regionen bereits in der medizinischen Grundversorgung sichtbar ist. Die Digitalisierung wirkt dem entgegen, indem sie im Gesundheitswesen ortsunabhängige Wege der Leistungserbringung eröffnet und sogar neue Leistungsbereiche hervorbringt. So wurde mit dem Digitale Versorgung Gesetz (DVG) die regelhafte Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit ausgewählter Gesundheits-Apps, sogenannter Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), in der GKV eingeführt. Gleichwohl sind auch der digitale Umbau und die Schaffung neuer Leistungsbereiche mit zusätzlichen Kosten verbunden. Insgesamt steht das Gesundheitswesen somit vor einem erheblichen Finanzierungsproblem und es ist absehbar, dass die aktuellen Versorgungs- und Vergütungslogiken nicht zukunftsfähig sind.

>> Innovative Lösungs- und Weiterentwicklungsansätze müssen zum einen geeignet sein, das Finanzierungsproblem zu mildern, dürfen aber auch nicht zu Qualitätseinbußen führen. Zudem entsteht in einem System, das auf Versicherungspflicht und nicht auf freier Konsumentscheidung basiert, ein erhöhter Legitimationsdruck gegenüber dem Versicherten als zentralem Stakeholder (Znotka et al. 2019), weshalb eine strikte Orientierung etwaiger Weiterentwicklungsmaßnahmen am Versicherten bzw. Patienten geboten ist. Dies fasst der Ökonom Michael Porter im Rahmen seines Value Based Health Care Konzepts in einem zu optimierenden Quotienten zusammen, der die

## Zusammenfassung

Mithilfe von Patientenfragebögen können Änderungen des Gesundheitszustands einfach erfasst und Behandlungserfolge dadurch messbar gemacht werden. Deren Einsatz in der Gesundheitsversorgung steigert somit die Patientenorientierung und kann zudem als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung dienen. Die DiGA-Versorgung bietet hierbei ein besonders geeignetes Anwendungsfeld. Eine fragebogenbasierte Messung des Gesundheitszustands innerhalb der DiGA in einem Prä-Post-Design, das heißt vor und nach Durchführung der DiGA-Therapie, wäre vergleichsweise einfach umsetzbar. Ein Vergütungsanspruch entstünde im Sinne eines Pay-for-Performance-Ansatzes nur dann, wenn der intendierte Therapieeffekt tatsächlich eintritt. Dies trüge zu mehr Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Nutzens, aber auch zu mehr Versorgungseffizienz bei. Bei steigendem Reformdruck wäre dies zudem ein wichtiger Schritt in eine zukunftsfähige und nutzenbasierte Gesundheitsversorgung.

## Schlüsselwörter

Digitale Gesundheitsversorgung, Patientenfragebögen, Patient-reported Outcome Measures, Erfolgsabhängige Vergütung, Behandlungserfolgsmessung

## Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

Gesundheitsergebnisse (Health Outcomes) ins Verhältnis zu den hierdurch verursachten Kosten (Costs) setzt, was den patientenbezogenen Nutzen (Value) ergibt (Porter 2010). Insofern ist Value Based Health Care ein Leitbild für innovative Weiterentwicklungsansätze im Gesundheitswesen, zu dessen zentralen Elementen eine kontinuierliche Ergebnismessung und eine Berücksichtigung der gemessenen Ergebnisse im Rahmen der Vergütung gehört. Der konsequente Einsatz von Patientenfragebögen zur Erfolgsmessung in der DiGA-Versorgung wäre ein solcher Ansatz. Aktuell müssen DiGA nach dem Gießkannenprinzip, d. h. völlig unabhängig von der tatsächlichen Nutzung und einem nachweisbaren Behandlungserfolg, erstattet werden. Nach § 33a SGB V können DiGA dazu bestimmt sein, „[...] die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.“ Insbesondere die Behandlung oder Linderung von Krankheiten kommt als Einsatzgebiet für Patientenfragebögen in Betracht. Zum einen können Änderungen des Gesundheitszustands einfach erfasst und der Behandlungserfolg dadurch messbar gemacht werden. Zum anderen können die Messergebnisse als Basis für eine erfolgsabhängige Vergütung (Pay for Performance; P4P) dienen. Ziel dieses Beitrags ist es, die Möglichkeiten des Einsatzes von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung zu konkretisieren und hieraus resultierende Chancen aufzuzeigen. Nachdem zunächst auf einige Grundlagen und Voraussetzungen des Einsatzes von Patientenfragebögen in der Gesundheitsversorgung eingegangen wird, erfolgt hierzu die Entwicklung eines konkreten Umsetzungskonzepts.

## Allgemeines zu Patientenfragebögen in der Gesundheitsversorgung

Patientenfragebögen ermöglichen eine standardisierte Diagnose und Therapieeffektmessung über wenige Einzelfragen. Als Messinstrumente, die auf einer Selbstbeurteilung des Gesundheitszustands durch den Patienten basieren, gehören sie zu den sog. Patient-

1: Der überwiegende Teil der Gesundheitsversorgung findet in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt, die sozial und solidarisch finanziert ist. Knapp 90% aller Versicherten sind hier versichert, während nur etwas mehr als 10% privat, d. h. in einem System dessen Finanzierung auf individueller Risikozumessung beruht, krankenversichert sind.

reported Outcome Measures (PROMs). PROMs ermitteln die Perspektive des Patienten im Hinblick auf bestimmte Krankheitssymptome, den funktionellen Status körperlicher Mechanismen oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Black 2013). In der klinischen Forschung sind PROMs bereits etabliert und werden regelmäßig in Studien zur Effektmessung genutzt. Der Vorteil gegenüber anderen Messinstrumenten besteht insbesondere in der vergleichsweise hohen Effizienz. Die Datenerhebung per Fragebogen ist in der Regel mit weniger Aufwand verbunden als die Erhebung mithilfe physischer Messmethoden und liefert dennoch vergleichbare Ergebnisse. Aber auch in der Praxis kann der Einsatz von PROMs sinnvoll sein. Sie können die Diagnosestellung unterstützen, die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern und bei der frühzeitigen Aufdeckung von therapiebedingten Problemen helfen (Valderas et al. 2008). Der hohe Standardisierungsgrad erzeugt zudem objektivierte und einheitliche Diagnoseergebnisse. Beispiel: Eine „schwere Erkrankungsform“ bedeutet, unabhängig vom jeweils behandelnden Arzt, immer das Vorliegen desselben Fragebogen-Scores. Insgesamt wird mithilfe von PROMs die Wahrnehmung des Patienten explizit berücksichtigt und dadurch die Patientenorientierung in Forschung und Praxis erhöht.

In der Anwendung ist zwischen generischen und krankheitsspezifischen Patientenfragebögen zu unterscheiden. Bekannte und häufig genutzte Patientenfragebögen zur Messung des allgemeinen Gesundheitszustands, insbesondere der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sind der SF-36 (Ware/Sherbourne 1992) oder der EQ-5D (EuroQol Group 1990). Bei der Erfolgsmessung einer therapeutischen Intervention, z. B. einer DiGA, sind krankheitsspezifische Fragebögen jedoch deutlich genauer, da sie auf die Erkrankung fokussieren, auf die auch die Intervention gerichtet ist (Hays 2005; Meadows 2011). Zustandsänderungen außerhalb des konkreten therapeutischen Einflussbereichs werden ausgeblendet. Somit sind krankheitsspezifische Patientenfragebögen in diesem Kontext grundsätzlich zu bevorzugen. Hinweise auf passende krankheitsspezifische Fragebögen finden sich zum Beispiel im Diagnostik-Abschnitt der jeweiligen medizinischen Leitlinie.

### Voraussetzungen des Einsatzes von Patientenfragebögen

Grundsätzlich sollten nur sprachlich und inhaltlich evaluierte Fragebögen mit guten psychometrischen Eigenschaften eingesetzt werden. Sofern ein entsprechender Fragebogen im deutschsprachigen Raum nicht verfügbar ist, ist zunächst die Übersetzung eines geeigneten fremdsprachigen, in der Regel englischsprachigen, Fragebogens erforderlich. Die Übersetzung von fremdsprachigen Patientenfragebögen ins Deutsche erfolgt, in Anlehnung an die ISPOR Grundsätze zur interkulturellen Anpassung von PROMs, regelmäßig in einem mehrstufigen Prozess (Wild et al. 2005). Zunächst wird die Zustimmung zur Übersetzung und Validierung bei den jeweiligen Entwicklern eingeholt. Daraufhin wird die fremdsprachige Originalversion von mehreren Deutsch-Muttersprachlern mit guten Englischkenntnissen unabhängig voneinander ins Deutsche übersetzt. Die Übersetzungsergebnisse werden miteinander verglichen und in gemeinsamer Abstimmung eine konsentrierte Version entwickelt. Die konsentrierte Version wird zur Rückübersetzung an weitere Personen (deutsch/englisch-bilingual) übermittelt und zurück ins Englische übersetzt. Die rückübersetzten Versionen werden ebenfalls miteinander sowie mit der Originalversion verglichen. Sofern die Originalversionen und die rückübersetzten Versionen inhaltlich übereinstimmen, kann die

Eignung der neu entwickelten deutschsprachigen Version grundsätzlich festgestellt werden. Diese wird abschließend mit medizinischem Fachpersonal diskutiert und an eine kleine Gruppe von Testpersonen ausgehändigt, um auf Verständlichkeit und mögliche Interpretationsspielräume zu überprüfen (Finalisierung).

Bei der Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften sind insbesondere die folgenden Gütekriterien von Interesse (Nunnally/Bernstein 1994; U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research et al. 2006): Reliabilität, Validität und Änderungssensitivität.

#### Reliabilität

Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit und Replizierbarkeit der Ergebnisse eines Messinstruments. Sie gibt an, inwieweit mehrere Messungen, die unter gleichen Messbedingungen durchgeführt wurden, übereinstimmen. Reliable Messinstrumente sind unanfällig gegen Messfehler und führen bei wiederholten Messungen zu den gleichen Ergebnissen. Die Reliabilität kann mithilfe verschiedener Methoden geschätzt werden. Im Hinblick auf Patientenfragebögen wird hierzu häufig die interne Konsistenz und die Retest-Reliabilität berechnet. Die interne Konsistenz gibt an, inwiefern mehrere Items, die innerhalb einer Multi-Item-Skala dieselbe Dimension messen sollen, zusammenhängen. Ein gängiges Maß für die interne Konsistenz ist Cronbachs Alpha. Für eine zufriedenstellende interne Konsistenz sollte ein Wert von  $\geq 0,7$  erreicht werden. Die Retest-Reliabilität gibt an, inwiefern zwei aufeinanderfolgende Messungen übereinstimmen.

#### Validität

Validität ist der Grad an Genauigkeit, mit der dasjenige Merkmal, das gemessen werden soll, tatsächlich auch gemessen wird. Daten, die mithilfe valider Messinstrumente erhoben wurden, repräsentieren also, wie beabsichtigt, die zu messende Größe (z. B. Symptomschwere). Formen der Validität, die bei der psychometrischen Beurteilung von Fragebögen eine besondere Rolle spielen, sind die Konstrukt- und die Kriteriumsvalidität. Eine Fragebogenmessung wird regelmäßig zur „Sichtbarmachung“ von latenten theoretischen Konstrukten (z. B. Lebensqualität) durchgeführt. Um die Beschaffenheit dieser Konstrukte, bzw. die Ausprägung einzelner Merkmale der Konstrukte, messbar zu machen, bedarf es der Nutzung entsprechender Indikatoren (z. B. Fragebogenitems). Die Konstruktvalidität bezieht sich auf die Eignung der gewählten Indikatoren zur Generierung von Aussagen über das dahinter liegende Konstrukt. Ein Fragebogen gilt vor diesem Hintergrund als valide, wenn dessen Ergebnisse hoch mit den Ergebnissen eines Referenzfragebogens korrelieren, der das gleiche Konstrukt misst und dessen Validität bereits empirisch nachgewiesen wurde (Konvergenzvalidität). Mit den Ergebnissen eines Referenzfragebogens, der ein anderes Konstrukt misst, sollte hingegen nur eine geringe oder keine Korrelation vorliegen (Diskriminanzvalidität). Die Kriteriumsvalidität bezeichnet das Ausmaß in dem das Ergebnis eines Patientenfragebogens mit einem externen Referenzwert bzw. dem „Goldstandard“ übereinstimmt. Als Goldstandard fungieren hierbei häufig die Ergebnisse der gängigen ärztlichen Diagnostik.

#### Änderungssensitivität

Die Änderungssensitivität bezeichnet die Fähigkeit eines Messinstruments zur Erfassung von Zustandsänderungen im Zeit- bzw. Behandlungsverlauf. Um die Änderungssensitivität zu beurteilen, erhalten Studienteilnehmer\*innen üblicherweise eine Intervention, deren Wirksamkeit bereits hinreichend belegt ist. Die zu untersu-

chenden Fragebögen werden vor und nach Durchführung der Intervention ausgefüllt. Auf diese Weise kann untersucht werden, ob ein Fragebogen die Änderung des Gesundheitszustands korrekt erfasst, die aus der jeweiligen Intervention resultiert.

## Einsatz von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung

Die DiGA-Versorgung ist als praktisches Anwendungsfeld für Patientenfragebögen ideal geeignet und bietet zudem die Möglichkeit, erstmalig einen systemweiten Value Based Health Care Ansatz mit einem vergleichsweise geringen Aufwand in der GKV umzusetzen. Die Einbettung von digitalisierten Patientenfragebögen in DiGA ist hierbei technisch unproblematisch und würde, im Gegensatz zu einer etwaigen therapiebegleitenden Aushändigung von Papierfragebögen, in der Wahrnehmung der Patienten keinen Medienbruch und zusätzlichen Prozessaufwand erzeugen. In der Versorgungspraxis könnte sich der Ablauf in etwa wie folgt darstellen: Die Patientin/der Patient erhält eine ärztliche DiGA-Verordnung und reicht diese wie üblich bei seiner Krankenkasse ein. Alternativ kann der Patient/die Patientin direkt einen Antrag auf Versorgung mit der gewünschten DiGA bei der Krankenkasse, auch ohne vorangehende ärztliche Verordnung, stellen.<sup>2</sup> Sofern die Voraussetzungen vorliegen, stellt die Krankenkasse einen Freischaltcode (QR-Code) aus, mit dem die DiGA nach dem Sachleistungsprinzip beschafft und genutzt werden kann.<sup>3</sup> Insofern fungiert die Krankenkasse quasi als DiGA-Apotheke. Nachdem die Patientin/der Patient die DiGA heruntergeladen und auf dem Smartphone installiert hat bzw. die DiGA als Webanwendung aktiviert hat, beginnt die fragebogenbasierte Messung des Behandlungserfolgs. Hierzu erscheint der erste Fragebogen zur Befüllung, bevor die erste Therapieeinheit innerhalb der DiGA absolviert werden kann (Prätherapeutische bzw. t0-Messung). Bei dem Fragebogen handelt es sich um einen krankheitsspezifischen Fragebogen, der die Symptomschwere über einen Score, automatisch errechnet aus den individuellen Antworten des Patienten/der Patientin, wiedergibt.

Sobald die prätherapeutische Symptomschwere mithilfe des Fragebogens erfasst wurde, beginnt das Behandlungsprogramm und kann für den vorgegebenen Zeitraum genutzt werden. Nach Ablauf des vorgegebenen Behandlungszeitraums erscheint derselbe Fragebogen ein zweites Mal und wird vom Patienten/von der Patientin ausgefüllt (Posttherapeutische bzw. t1-Messung). Erneut wird der Score zur Symptomschwere ermittelt und mit dem prätherapeutischen Score verglichen. Eine Abrechnung der DiGA-Leistung gegenüber der Krankenkasse ist nur dann möglich, wenn sich der Score verbessert hat. Dieser Prozess der Ergebnismessung und erfolgsabhängigen Vergütung ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bei der Auswahl des Fragebogens ist darauf zu achten, dass dieser zur Indikation der DiGA passt. Er sollte also genau das Outcome messen, auf dessen Herbeiführung die DiGA laut Hersteller auch gerichtet ist. Bei Fragebögen mit mehreren Modulen, z. B. dem PHQ-D, der zur Erfassung des Schweregrads von psychischen Störungen eingesetzt wird und unter anderem Module zu depressiven, somatischen und Angststörungen enthält (Gräfe et al. 2004), ist das jeweils passende Modul auszuwählen. Im Hinblick auf die Entscheidungsregel (Vergütungsanspruch ja/nein) ist die Festlegung von Schwellenwerten denkbar, die erreicht werden müssen, um einen Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu begründen. Gegebenenfalls würde eine Vergütung nur dann fällig, wenn sich der Score um eine vorab festgelegte Mindestpunktzahl verbessert. Lediglich geringfügige Verbesserungen würden hingegen nicht ausreichen. Die Festlegung eines solchen Schwellenwerts könnte Gegenstand der Preisverhandlungen nach § 134 SGB V sein. Hiernach vereinbart der GKV Spitzenverband mit den DiGA-Herstellern Vergütungsbeträge, die einheitlich von allen Krankenkassen zu zahlen sind. Die Vergütungsbeträge gelten hierbei erst ein Jahr nachdem die DiGA vom BfArM für die Versorgung in der GKV zugelassen und in ein offizielles DiGA-Verzeichnis (§ 139e SGB V) aufgenommen wurde. Davor herrscht grundsätzlich freie Preisbildung seitens der Hersteller. Darüber hinaus kann das erste Jahr von den DiGA-Herstellern dazu genutzt werden, den erforderlichen Nutznachweis zu erbringen, sofern der Versorgungs-

## Literatur

- Berger, T./Urech, A./Krieger, T./Stolz, T./Schulz, A./Vincent, A./Moser, C./Moritz, S./Meyer, B. (2017): Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention („velibra“) for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. In: *Psychological Medicine* 2017, 47, 1: 67–80
- BfArM (2020): DiGA/Für Leistungserbringer/Wie erhält der Patient die DiGA und wie erfolgt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse? In: <https://diga.bfarm.de/de/leistungserbringer> (abgerufen am 07.03.2021)
- Black, N. (2013): Patient reported outcome measures could help transform healthcare. In: *BMJ* (online) 2013, 346: f167
- EuroQol Group (1990): EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. In: *Health Policy* 1990, 16, 3: 199–208
- Gräfe, K./Zipfel, S./Herzog, W./Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. In: *Diagnostica* 2004, 50: 171–181
- Hays R. (2005): Generic versus disease-targeted instruments. In: Fayers, P./Hays, R. (Hrsg.) (2005): 3–8
- Meadows, K. (2011): Patient-reported outcome measures: an overview. In: *British Journal of Community Nursing* 2011, 16, 3: 146–151
- Nunnally, J./Bernstein, I. (1994): *Psychometric Theory* (3. Auflage). New York: McGraw-Hill
- Porter, M. (2010): What is Value in Health Care? In: *The New England Journal Medicine* 2010, 363, 26: 2477–2481
- RKI (2020): Gesundheit im Alter. In: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit\\_im\\_Alter/Ges\\_alter\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Ges_alter_node.html) (abgerufen am 02.03.2021)
- U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research/U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research/U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health (2006): Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labelling claims: draft guidance. In: *Healthy and Quality of Life Outcomes* 2006, 4: 79
- Valderas, J./Kotzeva, A./Espallargues, M./Guyatt, G./Ferrans, C./Halyard, M./Revicki, D./Symonds, T./Parada, A./Alonso, J. (2008): The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. In: *Quality of Life Research* 2008, 17, 2: 179–193
- Ware, J./Sherbourne, C. (1992): The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: *Medical Care* 1992, 30, 6: 473–483
- Wild, D./Grove, A./Martin, M./Eremenco, S./McElroy, S./Verjee-Lorenz, A./Erikson, P. (2005): Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. In: *Value Health* 2005, 8: 94–104
- Wunsch, C./Buchmann, M. (2019): Demografischer Wandel verschärft Fachkräftemangel. In: *Die Volkswirtschaft* 2019, 5: 43–45
- Znotka, M./Brandt, F./Lindenmeier, J./Dietrich, M. (2019): ‚What the public values...‘ The stakeholder-oriented business model approach as a tool for planning and managing innovation in public and non-profit management – A qualitative inquiry into public value creation in German healthcare. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 42, 1-2: 13–33
- Zwerenz, R./Becker, J./Knickenberg, R./Siepmann, M./Hagen, K./Beutel, M. (2017): Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapie: Efficacy of a new blended treatment approach. In: *Psychotherapie und Psychosomatics* 2017, 86, 6: 341–350

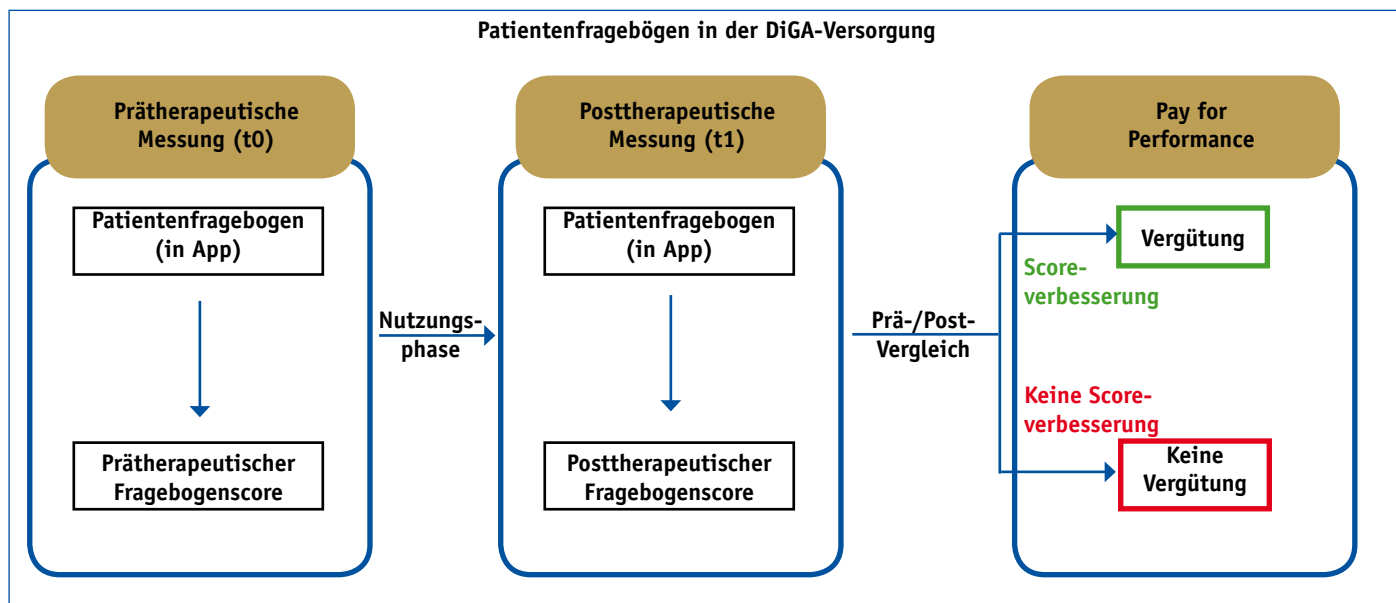


Abb. 1: Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung (eigene Darstellung)

nutzen bislang nicht hinreichend belegt ist. Die Zulassung und Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis erfolgt dann zunächst auf Probe (§ 139e Abs. 4 SGB V). Um in der Logik des „besonderen ersten Jahres“ zu bleiben wäre es denkbar, dass auch die Verbesserungsschwellenwerte der Fragebogenscores erst ab dem zweiten Jahr gelten. Im ersten Jahr würde dann auch eine geringfügige Verbesserung ausreichen. Bei der Festlegung von Schwellenwerten können Interventionsstudien eine erste Orientierung bieten, in deren Rahmen der jeweilige Fragebogen bereits als Outcome-Messinstrument genutzt wurde. So sollte der therapeutische Effekt bei Anwendung der DiGA zumindest nicht schlechter sein, als der gemäß Studienlage zu erwartende Effekt der gängigen Alternativtherapie. Wenn die DiGA zur Behandlung einer irreversiblen Erkrankung eingesetzt werden soll, die einer Heilung bzw. Linderung nicht zugänglich ist, ist ausnahmsweise auch die Festlegung einer maximal zulässigen Verschlechterung des Fragebogenscores als Schwellenwert denkbar.

Zur Qualitätssicherung des beschriebenen Prozesses ist es wichtig, dass nur solche Fragebögen eingesetzt werden, welche die im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Voraussetzungen erfüllen. Sofern die psychometrische Güte der deutschsprachigen Version des jeweiligen Fragebogens bislang nicht hinreichend untersucht wurde, sollte im ersten Jahr eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der entsprechend übersetzten Version erfolgen. Dies kann parallel zur Erbringung des Nutznachweises geschehen, in deren Rahmen ja ohnehin Forschungsdaten bei den Nutzern erhoben werden müssen. Insgesamt liefern Patientenfragebögen einen Performanceindikator „erster Wahl“, da sie auf den unmittelbaren Anwendungszweck der DiGA, nämlich eine positive Beeinflussung des Gesundheitszustands, abstellen. Hilfsindikatoren, wie beispielsweise die Nutzungsfrequenz oder Klickraten, treten damit in den Hintergrund, können jedoch begleitend erhoben werden, um die tatsächliche DiGA-Nutzung festzustellen und damit die Attribuierung eventuell gemessener Outcomes gegenüber der DiGA zu stützen (vgl. hierzu auch die Ausführungen im folgenden Absatz).

Als Einschränkung bei der entsprechenden Nutzung von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung ist die Ergebniszurechnung zu nennen. In der Regel ist nicht abschließend bekannt, ob und gegebenenfalls in welcher Intensität die Patientin/der Patient, par-

allel zur Nutzung der DiGA, anderweitige therapeutische Leistungen zur Behandlung der Erkrankung in Anspruch nimmt. Ein positiv gemessenes Behandlungsergebnis könnte somit auch auf eine andere Intervention zurückgehen. Dies ist insofern jedoch unproblematisch, da im Status quo gar keine Ergebnismessung erfolgt. Auch wenn die Messung des Behandlungserfolgs mit Ungenauigkeiten verbunden ist, ist sie der Alternative der Nichtmessung deutlich überlegen, ermöglicht sie doch überhaupt erst eine Einschätzung des therapeutischen Nutzens. Zudem wäre eine dahingehende Abgrenzung verschiedener Interventionen hinsichtlich des Therapieeffekts auch nicht sinnvoll, da DiGA häufig gerade für eine therapiebegleitende und nicht -ersetzende Nutzung geeignet sind (Berger et al. 2017; Zwerenz et al. 2017). Um dennoch abzuschließen, dass eine gemessene Veränderung des Gesundheitszustands zumindest partiell auf die DiGA-Nutzung zurückgeht, empfiehlt es sich begleitend zu messen, ob die DiGA im Messzeitraum einen ebenfalls festzulegenden Nutzungsschwellenwert (z. B. Mindestnutzung einmal pro Woche) erreichen konnte.

### Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, den Einsatz von Patientenfragebögen in der DiGA-Versorgung zu diskutieren und hieraus resultierende Chancen aufzuzeigen. Hierzu wurde ein möglicher Umsetzungsprozess in der DiGA-Versorgungspraxis beschrieben und dessen Voraussetzungen definiert. Idealerweise erfolgt die Messung des Gesundheitszustands per Fragebogen innerhalb der DiGA in einem Prä-Post-Design, d. h. vor und nach Durchführung der DiGA-Therapie. Hierbei sollten krankheitsspezifische Fragebögen mit guten psychometrischen Eigenschaften genutzt werden, die das Behandlungsziel der DiGA möglichst genau erfassen. Ein Vergütungsanspruch entsteht nur dann, wenn der intendierte Therapieeffekt, nachgewiesen durch die Prä-Post-Messung, tatsächlich eintritt (Pay for Performance). Insgesamt trägt das beschriebene Verfahren zu mehr Transparenz hinsichtlich des therapeutischen Nutzens, aber auch zu mehr Versorgungseffizienz bei, indem es einen gezielten Einsatz von DiGA nur in solchen Behandlungssituationen fördert, wo eine entsprechende Versorgung sinnvoll und ein therapeutischer Nutzen realistisch erscheint. Dies steigert wiederum die Akzeptanz bei Ärzten, Patienten und Kran-

kenkassen und nutzt so letztendlich auch den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen. Zudem wird durch eine konsequente und unmittelbare Messung des Behandlungserfolgs die Patientenorientierung im Gesundheitswesen erhöht und ein Schritt in Richtung Value Based Health Care gegangen. <<

### Value Based Digital Health: use of patient questionnaires in digital health applications as a first step into Value Based Health Care

With the help of patient questionnaires, changes in the state of health can be captured very simple and therefore treatment successes can be made measurable. Thus, their use in health care increases patient orientation and furthermore they can serve as a basis for performance-related remuneration. Treatment by digital health applications offers a particularly suitable field of application for this. A questionnaire-based measurement of health status within the digital health application in a pre-post design, meaning before and after using the digital health application for therapy, would be relatively easy to implement. A claim to remuneration would only arise if the intended therapeutic effect actually occurs, which is in the sense of a pay-for-performance approach. This would contribute to more transparency with regard to the therapeutic benefit, but also to more efficiency of care. With increasing pressure to reform, this would also be an important step towards a sustainable Value Based Health Care.

#### Schlüsselwörter

Digital healthcare, Patient questionnaires, Patient-reported Outcome Measures, Pay for Performance, Treatment success measurement

#### Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

#### Autorenerklärung

Florian Brandt ist Mitarbeiter der IKK Südwest in Saarbrücken. Die Ausarbeitungen erfolgten alleinig durch Florian Brandt und wurden ohne finanzielle Unterstützung durch Dritte durchgeführt.

#### Zitationshinweis

Brandt, F.: „Value Based Digital Health: Einsatz von Patientenfragebögen in Digitalen Gesundheitsanwendungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 66-70. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2347>

#### Florian Brandt MSc

betreut bei der IKK Südwest den Bereich Versorgungsinnovation. In diesem Rahmen beschäftigt er sich mit der Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsprojekten sowie mit Digitalisierungsprozessen zur innovativen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Neben seiner beruflichen Tätigkeit ist der studierte Ökonom (Universität des Saarlandes, MSc) in der Wissenschaft aktiv. Er forscht und publiziert zu verschiedenen Themen des Gesundheitswesens und evaluiert als Doktorand am Universitätsklinikum des Saarlandes die psychometrischen Eigenschaften ausgewählter Patientenfragebögen. Kontakt: [Florian.Brandt@ikk-sw.de](mailto:Florian.Brandt@ikk-sw.de)

